



# Over de beoordeling van arbeidsgeschiktheid

<https://hdl.handle.net/1874/342478>

*A. qu. 192, 1939.*

OVER DE BEOORDEELING  
VAN ARBEIDSGESCHIKTHEID

C. DEN HARTOG

BIBLIOTHEEK DER  
RIJKSUNIVERSITEIT  
UTRECHT.







UB lth.

OVER DE BEOORDEELING VAN ARBEIDSGESCHIKTHEID



*Diss. Utrecht, 1939*

# OVER DE BEOORDEELING VAN ARBEIDSGESCHIKTHEID

## PROEFSCHRIFT

TER VERKRIJGING VAN DEN GRAAD VAN DOCTOR  
IN DE GENEESKUNDE AAN DE RIJKSUNIVERSITEIT  
TE UTRECHT, OP GEZAG VAN DEN RECTOR  
MAGNIFICUS, DR. TH. M. VAN LEEUWEN, HOOG-  
LEERAAR IN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE,  
VOLGENS BESLUIT VAN DEN SENAAAT DER UNI-  
VERSITEIT, TE VERDEDIGEN TEGEN DE BEDEN-  
KINGEN VAN DE FACULTEIT DER GENEESKUNDE  
OP DINSDAG 18 APRIL 1939, DES NAM. TE 4 UUR,

DOOR

CORNELIS DEN HARTOG,

GEBOREN TE HEUKELUM.

Drukkerij ter Haar & Schuyt N.V. — Leerdam

1939

BIBLIOTHEEK DER  
RIJKSUNIVERSITEIT  
UTRECHT





*Aan de nagedachtenis van mijn Vader.*

*Aan mijn Moeder.*

*Aan mijn Vrouw en Zoontje.*



Het verschijnen van dit proefschrift biedt mij de welkome gelegenheid, U, Emeriti-Hoogleraren, Hoogleraren, Lectoren en Privaat-docenten van de Natuur-Philosophische en Geneeskundige Faculteiten te Utrecht, te danken voor het van U ontvangen onderwijs.

De nagedachtenis van de overleden Hoogleraren Zwaardemaker, Magnus, Eykman, Wolff, Aldershoff en Bouman houd ik dankbaar in eere.

U, Hooggeleerde Baart de la Faille, Hooggeachte Promotor, ben ik zeer veel dank verschuldigd, dat Gij mij in de gelegenheid gesteld hebt, dit proefschrift onder Uw leiding te bewerken en dat Gij mij daarbij steun hebt verleend. Bovenal ben ik U dank verschuldigd voor hetgeen ik van U heb mogen leeren bij uw onderwijs. Geen moeite was U daarbij te veel. Ook wil ik U dank zeggen voor de ruime wijze, waarop Gij mij over Uw bibliotheek de beschikking hebt gegeven.

Veel dank ben ik aan U verschuldigd, zeer geachte Mr. Haarman, dat Gij mij toestond, van gegevens van de „Federatie voor O. V.” gebruik te maken. Ook gaat mijn erkentelijkheid uit naar de beide afdeulings-secretarissen Frieling en Schavinga.

Ten slotte dank ik allen, die mij op eenige wijze behulpzaam geweest zijn bij het bewerken van dit proefschrift, in het bijzonder den Heer van Dalen voor zijn steun bij het doorlezen van het handschrift.



# OVER DE BEOORDEELING VAN ARBEIDSGESCHIKTHEID.

---

## I N H O U D.

HOOFDSTUK I.	<b>Inleiding</b>	13
HOOFDSTUK II.	<b>Kort algemeen overzicht van de ontwikkeling der wettelijke arbeidersverzekering</b>	16
HOOFDSTUK III.	<b>Algemeene beschouwingen over de begrippen arbeids(on)geschiktheid, Erwerbs(un)-fähigkeit, ziekte, ongeval en invaliditeit</b>	22
	a) Arbeids(on)geschiktheid; arbeid	22
	b) Erwerbs(un)fähigkeit; Erwerb	25
	c) De begrippen arbeids(on)geschiktheid en Erwerbs(un)fähigkeit in de Duitsche wetgeving	26
	d) Eenige uitspraken, welke het verschil tusschen arbeids(on)geschiktheid en Erwerbs(un)fähigkeit aanduiden	27
	e) Ziekte	28
	f) Ongeval; letsel in betrekkelijk korten tijd ontstaan; beroepsziekte	38
	g) Invaliditeit	43
HOOFDSTUK IV.	<b>De beoordeeling der arbeidsgeschiktheid voor de Ziekte-, Ongevallen- en Invaliditeitswet</b>	45
	a) Korte inleiding	45
	b) Zijn de beoordeelingen der arbeidsgeschiktheid objectief of subjectief?	48

c)	Over de tabellarische-mathematische methoden in de ongevallenverzekering; vooraf iets over de lichte verwondingen en den invloed van de behandeling op de arbeidsgeschiktheid	50
d)	Eenige verschillen met de particuliere ongevallenverzekering . . . . .	67
e)	Iets over de psychologische en psychotechnische methoden . . . . .	70
f)	De beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid voor de Ziektewet . . . . .	72
g)	De beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid voor de Invaliditeitswet . . . . .	83

<b>HOOFDSTUK V.</b>	<b>Simulatie, automutilatie, aggravatatie, traumatische neurose . . . . .</b>	<b>86</b>
a)	Over het voorkomen van simulatie, automutilatie en aggravatatie . . . . .	86
b)	Eenige eigen gegevens; invloed van den huisarts . . . . .	94
c)	Opvattingen omtrent aggravatatie en simulatie	100
d)	Traumatische neurose . . . . .	102

<b>HOOFDSTUK VI.</b>	<b>Arbeidsgeschiktheid in het landbouwbedrijf</b>	<b>108</b>
a)	Iets over den arbeid in het landbouwbedrijf als seizoenbedrijf en sterk gedifferentieerd bedrijf . . . . .	108
b)	Streven naar efficiëntie in het landbouwbedrijf en den invloed daarvan op de arbeidsgeschiktheid . . . . .	111
c)	Ongevallenletsels en ziekten, veelvuldig voorkomend in het landbouwbedrijf, met de beoordeeling van hun arbeids(on)geschiktheid . . . . .	113

- d) De verminderd arbeidsgeschikten, ouden van dagen en vrouwen in het landbouwbedrijf . . . . . 124
- e) Invloed van werkloosheid en seizoen op loon en ziekteaangifte . . . . . 136

SAMENVATTING . . . . .	138
ZUSAMMENFASSUNG . . . . .	141
SUMMARY . . . . .	144
RÉSUMÉ . . . . .	147
GERAADPLEEGDE LITERATUUR . . . . .	150





## HOOFDSTUK I.

### INLEIDING.

Toen ik ruim zes jaar geleden mijn praktijk te Wehe—Den Hoorn aanvaardde, deed zich al dadelijk, ja wellicht reeds denzelfden dag de vraag voor : wanneer is nu de tegen ziekte of ongeval verzekerde patiënt weer zoover hersteld, dat hij zijn werk geheel of gedeeltelijk hervatten kan. Voor een arts, kersversch van de Universiteit, is dit geen gemakkelijke opgave. Laat de arts het aan den patiënt over zijn eigen arbeidsgeschiktheid te beoordeelen, dan bestaat het gevaar, dat de patiënt te lang of zelfs van beroep „rentetrekker” wordt, wat dan gaat ten koste van de gemeenschap. Bovendien verwacht de patiënt, dat de huisarts beslist. Doet de huisarts dit niet, of wacht hij daarmee te lang, dan is er spoedig een controleerende arts, die den patiënt vertelt, wanneer hij weer zoo ver hersteld is, dat hij zijn werk hervatten kan. De sociale wetgeving heeft medegebracht, dat de huisarts naast de behandeling van zijn patiënt, voor een even verantwoordelijke taak geplaatst wordt bij de beoordeeling, of de patiënt weer zoo ver genezen is, dat hij zonder schade voor zijn gezondheid naar zijn werkgever terug kan gaan. Natuurlijk is dat oordeel nauw verbonden met de behandeling, ofschoon deze taak gedeeltelijk wordt overgenomen door den controleerenden geneesheer.

Onjuiste beoordeeling nu kan aanleiding geven tot conflicten met den patiënt, of met controleerende artsen, en kan tot langdurige, voor den patiënt schadelijke beroepszaken leiden.

De moeilijkheden werden grooter, toen mij al spoedig door de „Wettelijke Ziekte- en Ongevallenverzekering, De Federatie voor O.V.” contrôles opgedragen werden. Deze strekten zich uit over een gebied van Zoutkamp tot Baflo, en betroffen bijna uitsluitend landarbeiders.

Hierdoor voor een nieuwe taak geplaatst, kwam de vraag bij mij op : Legt men bij de beoordeeling als controleerend arts dezelfde maatstaven aan, als de huisarts doet ? Als huisarts toch heeft men de verklaarbare neiging zijn patiënten eerder wat te laat dan te vroeg aan het werk te zenden. Door als controleerend arts op te treden, komt men plotseling in een geheel andere, misschien nog meer verantwoordelijke positie, dan die van huisarts. Van een meestal onbekenden patiënt wordt gevraagd

diens arbeidsgeschiktheid te beoordeelen: het tijdstip te bepalen, waarop de patiënt het werk weer hervatten kan, zonder dat deze daarbij in zijn gezondheid geschaad wordt. Hier den juiste weg te kiezen kan niet alleen aan eigen ervaring overgelaten worden. Kennisneming van de groote ervaring van anderen is daarvoor zeker noodig.

In de eerste plaats leere men zich zelf kennen. Dit dringt des te meer, wanneer men kennis neemt van een artikel van SAJET in „De Socialistische Gids” onder den titel van „Klasse geneeskunde”, waarin de patiënt evenals de arts ingedeeld wordt; de patiënt in zijn reactie op een ongeval, de onderzoekende medicus in zijn reactie op de beoordeeling van den patiënt.

Hier moge volgen, hoe volgens SAJET de onderzoekende arts kan reageeren bij de beoordeeling van een ongevalspatiënt, wat echter evenzoo geldt voor ieder ander onderzoek in verband met de sociale verzekering.

- a) Normale reactie (volkomen objectieve beschouwing der klachten in verband met het ongeval).
- b) Bewuste dissimulatie onder invloed der begeerte in het belang van zich zelf of van het verzekeringsorgaan, in welks dienst men is.
- c) Onbewuste dissimulatie onder den invloed van diezelfde begeerte.
- d) Een zoodanige instelling tegenover den arbeider, dat de subjectiviteit van den medicus steeds leidt tot een te lage taxatie der invaliditeit, onafhankelijk van eenige begeertevoorstelling.

Dit laatste wordt door SAJET anti-rente-neurose van den arts genoemd, analoog aan renteneurose of traumatische neurose van den patiënt. PENRIS geeft een bespreking, bestrijding en aanvulling van het artikel van SAJET. De kern van de indeeling blijft er echter onveranderd door. Men kan een dergelijk artikel al of niet betreuren, het doet niet altijd aangenaam aan, aan mogelijke eigen fouten en feilen herinnerd te worden. Het moge aansporen tot de grootste objectiviteit. Mijn voornaamste bezwaar tegen het bewuste artikel is, dat het niet in de „vakpers” geplaatst is.

Ook als huisarts leere men zich zelf kennen, en vooral ook in de verhouding van huisarts tot controleerend arts. Vele schrijvers leggen den nadruk op den eigen karakteraanleg van den onderzoekenden arts.

KNOPPIEN noemt den twijfelachtigen, den angstvalligen en den onwilligen huisarts in zijn houding tegenover de beslissig van den controleerenden arts. Hiertegenover staat natuurlijk de arts, die zijn volle medewerking verleent bij de contrôle van zijn patiënten. Ook VAN THIENEN spreekt in een Clinische Les als zijn overtuiging uit, dat op

het terrein van ziektecontrole, persoonlijkheid en temperament een onmiskenbaren invloed uitoefenen. „De zelf altijd gezonde sanguinicus van opgewekten aard zal eerder iemand arbeidsgeschikt verklaren, dan de neurasthenische of zwaartillende collega, wiens oversterke secundaire functie, ook in de eigen praktijk, eer remt, dan pushing power voor zijn patiënten is.”

Zeer nauw verbonden met de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid is het vraagstuk der aggravatatie en simulatie, zoodat noodzakelijkerwijs ook hier aandacht aan besteed moet worden. Talrijke andere vragen deden zich verder voor.

Daar echter een beperking noodzakelijk bleek, kon ik niet ingaan op de vraag, wanneer wij mogen aannemen, dat een reeds bestaande ziekte door een ongeval verergerd wordt, (b.v. tuberculose of syringomyelie) of in welke gevallen ziekte door een ongeval ontstaat.

Tijdens den studietijd komt men slechts terloops met de vraagstukken der sociale verzekering in aanraking. Juist de alledaagsche gevallen ziet men aan de Universiteit niet, hoogstens belangrijke gevallen, behoorend tot de ongevalleneeskunde.

De moeilijkheden in de algemeene praktijk waren aanleiding, om de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid te bestudeeren. Het eigen onderzoek kon slechts beperkt zijn, daar een groot aantal patiënten mij ontbreekt. Het zijn dan ook mijn ervaringen bij landarbeiders — die menschen, waarmede ik in mijn praktijk in aanraking kom — welke in dit proefschrift zijn neergelegd. Moge het een kleine bijdrage zijn, deze groep beter te leeren kennen.

Daarnaast meende ik de in de literatuur verspreide opvattingen omtrent de begrippen arbeidsgeschiktheid, ziekte, ongeval en invaliditeit te moeten samenvatten en ze naast elkaar critisch te bespreken.

## HOOFDSTUK II.

### KORT ALGEMEEN OVERZICHT VAN DE ONTWIKKELING DER WETTELIJKE ARBEIDERSVERZEKERING.

De arbeidersverzekering is slechts een onderdeel der Sociale Wetgeving. De Sociale Wetgeving omvat de arbeidersbescherming en de arbeidersverzekering. Beide zijn soms niet streng te scheiden. De eerste houdt zich bezig met de wettelijke regeling van de gezondheid en de veiligheid van den arbeider, waarbij de Arbeidswet (1889) en de Veiligheidswet (1895) wel de voornaamste zijn geweest. Bovendien zijn er nog verschillende kleine wetten en besluiten, zooals de Caissonwet (1905), de Steenhouwerswet (1911), de Phosphorluciferswet (1901), de Stuwadoorswet (1914), het Mijnreglement (1906), het Arbeidsbesluit (1920) met de regeling van arbeid van jeugdige personen beneden 18 jaar en van vrouwen, en dan het Veiligheidsbesluit, dat meermalen is uitgebreid.

De arbeidersverzekeringswetten en besluiten bevatten bepalingen tegen de geldelijke gevolgen van ongevallen, ziekte, invaliditeit, ouderdom, en min of meer tegen werkloosheid. Bovendien zal tot deze wetten gerekend behooren te worden een ziekenfondswet, zoodra deze in een nieuwen vorm tot stand gekomen zal zijn.

Aan de arbeidersverzekeringswetten zijn de arbeidersbeschermingswetten vooraf gegaan en wel het vroegst van alle in Engeland, waar het Parlement op voorstel van Sir ROBERT PEEL in 1802 een wet aannam, regelend den arbeid van kinderen.

Vanwaar in het begin van de 19e eeuw dit eerste verschijnen der Sociale Wetgeving en de eerste teekenen van grooter sociaal bewustzijn? Om dit te begrijpen, is eenig inzicht in de Ontwikkelingsgeschiedenis dier eeuw noodig.

In de tweede helft der 18e eeuw werden de uitvindingen gedaan, welke een geweldigen ommekeer teweeg brachten in de bestaande toestanden. Het was het dienstbaar maken van den „stoom” aan de productie (WATT, ARKWRIGHT, STEPHENSON). Tot dien tijd bestond het oude gildewezen, doch door de uitvinding van de stoommachine, van het vliegwiel, de spinmachine en andere werktuigen, ontwikkelde zich een industrie, een machinaal bedrijf, waarbij het, zij het

eerst onder verzet, zowel van de arbeiders als van de gildemeesters, tot een ophooping kwam van arbeiders in bepaalde industriegebieden. Het innige contact tusschen werkgever en werknemer, zooals dat vroeger het geval was, en waarbij beiden verantwoordelijkheid droegen, verdween. Door de vereenvoudiging der handgrepen en door sterkere werkverdeling konden minder geschoolde krachten gebruikt worden, zoodat men met geringere vakopleiding volstaan kon. De machine werd hoofdzaak, de arbeider toevoegsel. De arbeider kwam daardoor lossers te staan tegenover zijn werkgever of diens vertegenwoordiger, veelal iemand, die zelf door het bedrijf gesalarieerd werd.

De arbeider, hoewel vóór de ontwikkeling der industrie ook reeds in een zwakke rechtspositie, werd geheel afhankelijk van den werkgever. Deze was het er om te doen, zijn bedrijf zoo economisch mogelijk te maken, zijn productiekosten zoo veel mogelijk te drukken. De loonen, als onderdeel van de productiekosten, werden zoo laag mogelijk gehouden. De arbeidsduur was onbeperkt; van arbeid door kinderen en vrouwen werd volop gebruik gemaakt, daar deze de eenvoudige handgrepen gemakkelijk konden leeren. Men had allerlei willekeurige boetstelsels en gedwongen winkelnering, die men ook op het platteland aantrof, b.v. bij het afgraven der venen (zie o.a. *Gedwongen Winkelnering in de Venen*, uitgave van de Directie van den Arbeid). Inrichting van fabriek en werkplaats was voor den fabrikant slechts bijzaak, daar hij een zoo groot mogelijke winst trachtte te maken.

Arbeidsongeschiktheid, door welke oorzaak ook, deed den arbeider tot armoede vervallen. De gevolgen waren een sterk pauperisme en alcoholmisbruik.

De sterkste industrialisatie vond men in Engeland, later in Duitschland, terwijl Nederland hierin navolgde, toen men hier te lande begreep, dat onze handel, die aan het eind van de 18e eeuw door de verschillende oorlogen een geduchten klap gekregen had, met andere producten op de wereldmarkt moest komen, wilde hij concurreren.

Daar men niet blind was voor de ontstane wantoestanden, werden enquêtes ingesteld. In Engeland in 1842 en 1862. Prof. QUACK<sup>1)</sup> zegt: de twee groote parlementaire enquêtes hebben in Engeland tooneelen aan het licht gebracht, waarbij de groepen uit DANTE's *Hel* verbleeken. Ook in Nederland werden al vroeg enquêtes gehouden naar den toestand van de nijverheid, n.l. in 1816 en 1820; in 1841 en 1860 volgden enquêtes o.a. naar den kinderarbeid. Later werden belangrijke mededeelingen gedaan door de doctoren CORONEL (1861)<sup>2)</sup> en VAN

1) Aanhaling uit Diepenhorst.

2) S. Sr. Coronel: De gezondheidsleer toegepast op de fabrieksnijverheid. 1861.

HENGEL (1861), over Zeeuwsche fabriekswevers en Hilversumsche fabrieksarbeiders. Het zag er in Nederland niet rooskleurig uit. Vóór 1850 bemoeide de overheid zich niet met de arbeidersklasse. Deze was aangewezen op liefdadigheid (spijsuitdeeling, aalmoezen, enz.). Het duurde nog tot 1874 eer eenige wettelijke voorziening kwam, n.l. door VAN HOUTEN's Kinderwet. Omstreeks dien tijd kwam een duidelijk bewustzijn van de arbeidersklasse. Er ontstonden vakverenigingen en verschillende andere organisaties der arbeiders.

Op de arbeidersbeschermingswetten zal niet verder ingegaan worden, evenmin op het aandeel, dat de vakorganisaties hierin gehad hebben, terwijl het mijn bedoeling is nader een en ander mede te deelen over de ontwikkeling der arbeidersverzekeringswetten.

Merkwaardig daarbij is, dat in Nederland als eerste arbeidersverzekeringswet de Ongevallenwet tot stand komt. Duitschland, Oostenrijk en Noorwegen waren aan het eind van de 19e eeuw voorgegaan. Nederland volgde in 1901. De volgorde in het buitenland was echter anders. Nemen wij Duitschland als voorbeeld, waar, na de door BISMARCK opgestelde keizerlijke boodschap van Keizer WILHELM I van 17 Nov. 1881, reeds op 15 Juni 1883 de Ziekteverzekeringswet tot stand kwam (MANES). Eén jaar later kwam de Ongevallenverzekeringswet voor de industrie. In enkele jaren werden deze wetten uitgebreid, terwijl in 1889 de Invaliditeitswet en de Ouderdomsverzekeringswet tot stand kwamen. Een „Reform” van deze wetten vond plaats 1934 (Aufbaugesetz), met dien verstande, dat aan de versplintering en de onoverzichtelijkheid der sociale verzekeringswetten in den nieuwen Nationaal Socialistischen Staat een einde gemaakt werd, en de verschillende wetten tot één wet werden samengevoegd.

In Oostenrijk ontstond de Ongevallenwet in 1897, in Frankrijk en Italië in 1898, terwijl ze in België pas in 1903 tot stand kwam.

De Staatscommissie, die ten onzent sedert 1890 haar onderzoek uitstrekte naar „feiten en toestanden in de maatschappij, welke een aanvulling van de sociale wetgeving vereischen”, betoogde in haar eindverslag ook de wenschelijkheid van een wet, houdende wettelijke verzekering van werklieden tegen geldelijke gevolgen van ongevallen. Men voelde het als een eisch, dat voorzien werd in de door het bedrijf te weeg gebrachte schade. In 1899 werd een wetsontwerp ingediend, dat door de Tweede Kamer werd aangenomen, doch door de Eerste Kamer in 1900 verworpen, wijl aan de Rijksverzekeringbank het monopolie bij de uitvoering werd gegeven en geen plaats werd overgelaten aan het particulier initiatief voor het dragen van het risico. Een gewijzigd

ontwerp werd met groote meerderheid door de beide Kamers aangenomen.

De nu in 1901 tot stand gekomen *O n g e v a l l e n w e t* verzekert de werklieden in de verzekeringsplichtige bedrijven tegen de geldelijke gevolgen van ongevallen, hun, in verband met de uitoefening van het bedrijf, overkomen. De hiervoor noodige middelen worden opgebracht door den werkgever naar een premie, afhankelijk van de gevarenklasse van het bedrijf. Het stelsel van verplichte verzekering werd gekozen.

De Rijksverzekeringsbank werd verplicht, het premiestelsel toe te passen, terwijl de werkgevers, die overeengekomen waren onderling het risico te dragen, aan het eind van het jaar een omslag heffen voor het dekken der kosten.

Belangrijk werd de *O n g e v a l l e n w e t* uitgebreid in 1921. Ze omvat alle bedrijven, behoudens enkele speciaal genoemde uitzonderingen, o.a. die, welke bij de *L a n d- e n T u i n b o u w o n g e v a l l e n w e t* en de *Z e e - o n g e v a l l e n w e t* verzekerd zijn.

In 1928 wordt ook met lichamelijk letsel, gevolg van ongeval, gelijkgesteld, lichamelijk letsel in betrekkelijk korten tijd ontstaan, zooals peesscheedeontsteking, bevrozing, hitteberoerte, warmtebevanging, zonnesteek, blaar en dergelijke. Verder werden, bij dezelfde wijziging, een klein aantal van de eigenlijke beroepsziekten met de gevolgen van ongeval gelijk gesteld, (lood- en kwikvergiftiging, miltvuur, mijnwormziekte), hetwelk in het nieuwe wetsontwerp belangrijk is uitgebreid.

In 1922 kwam de *L a n d- e n T u i n b o u w o n g e v a l l e n w e t* tot stand; in 1901 waren land-, tuin-, vee- en boschbouwarbeiders uitgesloten. Met het oog op de te verwachten wettelijke verzekering waren er reeds verschillende onderlinge organisaties van landbouwers tot stand gekomen. Dit particulier initiatief werd bij de invoering der wet niet te niet gedaan. De uitvoering der verzekering werd dan ook opgedragen aan de, met het rijksorgaan, de R.V.B., gelijkgerechtigde particuliere organen, de bedrijfsverenigingen.

In het in 1901 uitdrukkelijk van verzekeringsplicht uitgesloten bedrijf, dat zich bezig houdt met het vervoer van goederen en personen met zeeschepen, en in het zeevisschersbedrijf, werd in 1919 door middel van de *Z e e - o n g e v a l l e n w e t* voorzien, waaraan de Oorlogszee-ongevallenwet in 1915 was voorafgegaan. De uitvoering van de *Z e e - o n g e v a l l e n w e t* wordt geheel gelegd in handen der belanghebbenden zelf.

Na het instellen, in 1895, van een Staatscommissie zijn er verschillende ontwerpen geweest voor een ouderdoms- en invaliditeitswet. (1904 Minister KUYPER, 1907 VEEGENS, 1911 TALMA). Het



duurde nog tot 1913, eer de Invaliditeitswet tot stand kwam en zij trad eerst in 1919 volledig in werking. Ze heeft ten doel aan verzekerden rente toe te kennen in geval van invaliditeit en ouderdom, alsmede aan de weduwen en weezen dier verzekerden.

In 1919 kwam de Ouderdomswet tot stand, regelend de vrijwillige verzekering van ouderdomsrente, als tegemoetkoming aan de voorstanders van staatspensionneering. Ook hier ging een zware strijd vooraf, en deze noopte zelfs in 1916 Minister TREUB tot heengaan.

Eindelijk kwam de Ziektewet, de voornaamste in de rij der sociale verzekeringswetten, als laatste in zijn volle werking. In 1913 was deze wet van Minister TALMA reeds tot stand gekomen, doch zij werd eerst op 1 Maart 1930 ingevoerd. Het doel der wet is arbeiders te verzekeren tegen de geldelijke gevolgen, welke arbeidsongeschiktheid wegens ziekte voor hen medebrengt. De wet wordt uitgevoerd door de erkende Bedrijfsverenigingen of door de Raden van Arbeid.

Alvorens de wet van kracht werd, onderging ze in 1929, onder het bewind van minister SLOTEMAKER DE BRUÏNE, belangrijke veranderingen in de wijze van uitvoering. Groote invloed ging hierbij uit van de steeds machtiger wordende werkgevers- en werknemersorganisaties. In 1934 vond nog een zoogenaamde technische herziening plaats.

Het beginsel der wet van TALMA, „alle arbeiders zijn verzekerd” is om praktische redenen niet geheel uitgevoerd. Dienstboden, in het algemeen zij, die in dienst worden genomen voor persoonlijke diensten, zooals naaisters, werkvrouwen enz., vallen er buiten. Voor verdere uitzonderingen raadplege men de Ziektewet zelf of het boekje van MUNTENDAM. Op den inhoud der wet zal niet verder ingegaan worden.

Nauw verbonden met de Ziektewet is een Ziekenfondswet. Het is de bedoeling (art. 48 der Ziektewet), dat den verzekerde geen ziekengeld zal toekomen, indien hij niet van geneeskundige hulp is voorzien (aangesloten bij een wettelijk toegelaten ziekenfonds). Zij is nog in wording.

Werkloosheidsverzekering. Na een tijdelijken opbloei na den wereldoorlog, volgde een ernstige inzinking, de tegenwoordige oeconomische crisis. De wereldoorlog en zijn gevolgen, welke medegewerkt hebben tot de vertraging van de uitvoering der verzekeringswetten, brachten ook mede, dat de aandacht gewijd moest worden aan de duizenden werkloozen tengevolge van de crisis; niet alleen om te trachten hen weer in het productieproces in te schakelen, doch ook, om hen bij te staan in hun noodzakelijk levensonderhoud en in dat van hun gezinnen. Het zijn de door de arbeiders zelf opgebouwde

werkloozenkassen, welke het geld hiertoe opbrachten. De werkgevers dragen niet tot dit doel bij. Het betreft een geheel vrijwillige verzekering. Bij het *Werkloosheidsbesluit* van 1917 dragen Regeering en Gemeenten samen evenveel bij, als de contributie voor de werkloozenkassen bedraagt. Voor sommige groepen van arbeiders is dit zelfs verhoogd tot meer dan 200 % van de contributie. Voor landarbeiders geldt de bijdrage slechts voor de eerste zes weken. Het geheel staat onder gemeentelijke- en rijkscontrôle.

Van een verplichte werkloosheidsverzekering, zooals de ziekteverzekering, is geen sprake. Ze is een geheel vrijwillige.

Hiermede is een zeer schematisch overzicht gegeven. Een vervolmaking van de sociale verzekering is nog in de eerste tientallen van jaren niet te verwachten. Over de plannen en de toekomst schijnt het mij beter niet te reppen. Op het groote belang dezer wetten voor de Volksgezondheid behoeft hier niet nader ingegaan te worden. Wij vinden dit geschetst in *Algemene Gezondheidsleer* van Prof J. J. VAN LOGHEM.

### HOOFDSTUK III.

#### ALGEMEENE BESCHOUWINGEN OVER DE BEGRIPPEN ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEID, ERWERBS(UN)FÄHIGKEIT, ZIEKTE, ONGEVAL EN INVALIDITEIT.

##### A. Arbeids(on)geschiktheid ; arbeid.

Arbeidsgeschiktheid is een samenvoeging van de beide woorden arbeid en geschiktheid. Geschiktheid heeft hier de eenvoudigste beteekenis. KREIL, die beide woorden naar hun begrippen ontleed heeft, noemt geschiktheid een samenvatting van een kunnen. Even goed zou men in plaats van „geschikt zijn”, de uitdrukking „in staat zijn” of „kunnen” mogen gebruiken. Veel minder eenvoudig is het gesteld met het begrip „arbeid”. Iedere tak van wetenschap geeft aan „arbeid”, ondanks de woordgelijkheid, een andere beteekenis. Ook in het spraakgebruik is deze beteekenis nog ongelijk. In de natuurkunde verstaat men onder arbeid (kracht maal weg) iets geheel anders dan in de filosofie of in de techniek of wel in de sociale wetenschappen.

In de sociale verzekering geeft arbeid, samen met geschiktheid, een rechtsbegrip aan, terwijl dan slechts sprake is van arbeid van menschen. Het komt op de geschiktheid tot het verrichten van arbeid aan, hoewel de wet zich niet nader over het begrip arbeid uitspreekt. De arbeid moet echter een bepaald doel hebben. Het is niet alleen het louter bezig zijn. Arbeid in den zin der Arbeidswet zijn alle werkzaamheden, welke verricht worden in dienst van een onderneming. Er wordt geen verschil gemaakt tusschen arbeid en werkzaamheden. Volgens JOSEPHUS JITTA zijn spraakgebruik en jurisprudentie eenstemmig in de opvatting, dat een onderneming een zaak is, die is opgezet met het doel winst te maken.

Volgens KREIL verricht een beroepsvoetballer arbeid, terwijl iemand, die voor zijn plezier speelt, dit niet doet. Een kindermisje, dat in de uitoefening van haar beroep met een kind gaat wandelen, werkt eveneens, terwijl een huismoeder, die hetzelfde doet, daarbij geen arbeid verricht. Men zou geneigd zijn voor arbeid loon als doel te stellen. Dit is niet helemaal juist, wanneer men den volontair neemt, die niets ver-

dient, terwijl hij toch werkt, en zelfs verzekerd is. Het doel van loon is dus niet beslist noodzakelijk.

Volgens de beteekenis van het woord, zou, wanneer het gaat om de beoordeeling van de geschiktheid van den mensch, arbeids (on)geschiktheid een ruim begrip zijn. Het drukt dan de ongeschiktheid tot werken uit zonder meer, wat door PENRIS de „physische invaliditeit” genoemd wordt.

Voor de Ziektewet echter, komt het, wanneer het begrip arbeids(on)geschiktheid gebruikt wordt, er volstrekt niet op aan, of de persoon tot iederen arbeid (on)geschikt is, maar daarop, of hij een bepaalden arbeid, waarmede hij nauw vergroeid is, nog verrichten kan. Deze beteekenis is dus veel beperkter, dan de woordbeteekenis. Ze houdt een beroepsinvaliditeit in. Hier tegenover staat nog de arbeids(on)geschiktheid op de algemeene arbeidsmarkt.

In Nederland kent men slechts het woord arbeids(on)geschiktheid, terwijl men in Duitschland voor dit laatste begrip het woord Erwerbs(un)fähigkeit heeft.

SCHUIRMANS STEKHOVEN geeft zes punten aan, waaruit het begrip arbeids(on)geschiktheid voor de Ziektewet zou moeten blijken. Hij gaat daarbij uit van een engeren gezichtshoek. Hij somt een zeker aantal eigenschappen op, die aanwezig moeten zijn, en noemt een aantal kenmerken, welke afwezig moeten zijn, wat dan samen de arbeidsgeschiktheid veronderstelt. Het lijkt mij niet van belang ontbloomt, deze eigenschappen in het kort te laten volgen.

Arbeidsgeschiktheid veronderstelt :

1. De vrije beschikking over een lichamelijke en geestelijke ontwikkeling en een peil van lichaamskracht en geestvermogens, als vereischt wordt voor de ontwikkeling van het arbeidsvermogen, dat de betrokken arbeid vergt.

De Ziektewet vraagt daarbij niet naar arbeidsgeschiktheid in het algemeen, maar naar geschiktheid voor den eigen arbeid, dus naar de bijzondere geschiktheid.

2. De afwezigheid van ernstige lichaamsgebreken, ziekelijke afwijkingen en geestesstoornissen, die een voortdurende bedreiging vormen van het leven van den arbeider en (of) hem voortdurend bedreigen met plotselinge onderbreking van den arbeid (b.v. aneurysma aortae; epilepsie; irreponibele ingewandsbreuk, die telkens beklemd raakt.)

3. De afwezigheid van ernstige geestesstoornissen, die hem voortdurend of bij tijden op onvoorziene wijze gevaarlijk maken voor zich zelf of voor zijn omgeving.

4. De afwezigheid van ziekten van een dermate afstootelijk of be-

smettelijk karakter, dat tegen contact met werkgever of medewerkers overwegende maatschappelijke bezwaren bestaan (ozaena; anus praeternaturalis; incontinentie).

5. De afwezigheid van lichtere lichaamsgebreken, ziekelijke afwijkingen en geestesstoornissen, die zonder direct onder 2 of 3 te vallen, de kans op volhouden van den arbeid gedurende een redelijken termijn belangrijk verminderen, hetzij vanwege hun voortschrijdend karakter, hetzij, doordat zij de reservekracht wegnemen, zoodat een samenloop van ongunstige omstandigheden het resterende arbeidsvermogen geheel of gedeeltelijk wegneemt (slaptetoestanden na herstel van ernstige ziekten of griep; prostaathypertrophie, enz.).

6. De afwezigheid van lichaamsgebreken, ziekelijke afwijkingen en geestesstoornissen, waarvan met redelijke mate van waarschijnlijkheid mag worden aangenomen of verondersteld (c.q. voorspeld kan worden) dat ze rechtstreeks onder invloed van de arbeidsprestatie, die de arbeid voor den betrokkene meebrengt, verergeren, zoodat de arbeid een rechtstreeksche bedreiging voor de gezondheid van den betrokkene vormt, (lijder aan blaas of nierontsteking, waarvan de urine nauwelijks vrij is van ontstekingsverschijnselen; bloeding van blaaspapilloom, die door rust is tot staan gekomen.)

SCHUURMANS STEKHOVEN heeft het begrip arbeids(on)geschiktheid slechts uit ziekteverzekeringsoogpunt gezien. Over de woordbeteekenis wordt niet gesproken. Voor de praktijk der Ziektewet zijn de beschouwingen van STEKHOVEN echter van het meeste belang.

HOLLMANN beziet de arbeids(on)geschiktheid van uit sociologisch-biologisch standpunt. In sociologischen zin is arbeid alle werkzaamheid, welke zich richt op het verkrijgen van materiele goederen, of zich als ruilobject laat gebruiken, of in dienst van een gemeenschap verricht wordt. In de sociale verzekering moet zoowel met de arbeidsprestatie, als met de vermoeienis als begeleidingsverschijnsel van iederen arbeid boven een physiologische mate rekening gehouden worden bij de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid, dus zoowel de biologische, als de sociologische kant beschouwd worden. Begeleidingsverschijnsel van iederen arbeid is vermoeidheid. Normaal verdwijnt dit vermoeidheidsverschijnsel weer in den voor iederen arbeid noodigen rusttijd. Vindt de arts genoemd verschijnsel na den rusttijd, zoo is er arbeidsongeschiktheid. Wanneer een overmaat van vermoeidheidsverschijnselen van een lichamelijke ziekte afhangt, is dit onomstreden een ziekte in den zin der ziekteverzekeringwet (Reichsversicherungsordnung) (R.V.O.); worden de verschijnselen echter te voorschijn geroepen door oorzaken, zonder een stoornis in de correlatie der organen te vinden, zoo heeft

men met een arbeidsinsufficiëntie te doen. De oorzaak van deze arbeidsinsufficiëntie noemt HOLLMANN het ontbreken van de psychische drijfveer tot arbeid. Wanneer het ontbreken of gestoord zijn van deze drijfveer onbewust is, gaat het om een „niet-willen-kunnen”. Wij komen hier echter op het terrein van de begrippen ziekte en neurose, waarover later. Uit de verdere beschouwingen van HOLLMANN blijkt, dat zijn sociologie op Nationaal-Socialistischen leest is geschoeid.

Nauw samenhangend met arbeidsgeschiktheid, is Erwerbsfähigkeit.

## B. Erwerbs(un)fähigkeit ; Erwerb.

Voor het begrip „geschiktheid” geldt hetzelfde, als gezegd werd voor dit deel van het begrip arbeids(on)geschiktheid. Er blijft dus over het begrip Erwerb nader te bezien. Onder „Erwerb”, d.i. verdienste, loon, verworven goed, kan verstaan worden het goed, dat verworven is. Bij de „Erwerbsfähigkeit” treedt dus een bepaald doel, het „Erwerbsdoel” op den voorgrond, namelijk het verkrijgen van goederen. Goederen zijn middelen tot het bevredigen van behoeften.

Volgens de woordbetekenis is van de begrippen arbeids- en „Erwerbs” geschiktheid het begrip arbeidsgeschiktheid het ruimst. Bij het woordbegrip arbeidsgeschiktheid is het van geen belang voor welk doel men werkzaam is; of het voor „Erwerb” (verworven goed, verdienste) is, of wel alleen maar voor het verkrijgen van kennis, onderzoek enz. Bij de Erwerbsfähigkeit daarentegen, is het werkzaam zijn gericht op het verkrijgen van Erwerb.

In de sociale verzekering komt het slechts zelden voor, dat de arbeid niet gericht is op het verkrijgen van goederen, van verdienste, van loon. In de ziekteverzekering is in principe slechts de geschiktheid voor het voortzetten van den arbeid, die tot nu toe verricht werd, beslissend, zoodat arbeidsgeschiktheid tegenover Erwerbsfähigkeit een veel engere betekenis heeft. Onder Erwerbsfähigkeit in de Deutsche en Oostenrijksche ongevallenverzekering wordt namelijk verstaan, wat iemand in staat is op het geheele economische terrein, op de algemeene arbeidsmarkt, aan verdienste (loon) te verkrijgen. De woordbetekenis en de betekenis, die de sociale verzekering er aan hecht, dekken elkaar dus niet. De Erwerbsfähigkeit is van veel verdere en ruimere strekking dan de arbeidsgeschiktheid. Een inzicht, wanneer iemand nog wel arbeidsgeschikt, doch niet Erwerbsfähig is, vinden we in een uitspraak omtrent een ongeval, een blinden landbouwer overkomen. (blz. 28).

De Nederlandsche ongevallenverzekering kent alleen het woord ar-

beidsgeschiktheid. Art. 20, alinea 1, (nieuw art. 15) van de Ongeval-  
lenwet zegt: wanneer iemand den derden dag niet in staat is in de  
onderneming van zijn werkgever zijn gewone werk te verrichten, ont-  
vangt hij een tijdelijke uitkeering, enz. Dit geldt voor de eerste 42 da-  
gen. Men vindt hier de onmogelijkheid tot het uitoefenen van het eigen  
beroep bij den eigen patroon (Berufsuntauglichkeit).

Artikel 21 (nieuw art. 16) spreekt, wanneer het gaat over de onge-  
schiktheid tot werken na den 42sten dag na het ongeval, over geheel  
of gedeeltelijk ongeschikt tot werken, waarmede volgens art. 22 (nieuw  
art. 18) bedoeld wordt de arbeid, welke overeenkomt met zijn krachten  
voor het ongeval en met zijn bekwaamheden. (Arbeitsunfähigkeit)  
(BROCX). In de Nederlandsche ongevallenverzekering wordt dus het  
verkrijgen van loon niet op den voorgrond gezet, al wordt er in de prac-  
tijk wel de arbeidsgeschiktheid mede bepaald (BROCX). Erwerbsunfä-  
higkeit wordt in Nederland volgens BROCX gevonden bij invaliditeit,  
waar de onmogelijkheid bestaat 1/3 van het gewone loon te verdienen.

### C. De begrippen Arbeids(on)geschiktheid en Erwerbs(un)fähigkeit in de Deutsche wetgeving.

De Deutsche wetgeving kent in de sociale verzekering de begrippen  
arbeids(on)geschiktheid, Erwerbs(un)fähigkeit, Berufs(un)fähigkeit,  
en invaliditeit. De wetgever laat zich verder niet over deze begrippen uit.  
Om hierin een nader inzicht te krijgen, zijn we aangewezen op de beslis-  
singen en uitspraken der rechtsprekende organen. Men heeft te doen  
met rechtsbegrippen.

Voor 1911, het jaar van inwerkingtreding der Reichsversicherungs-  
ordnung (R.V.O.), werd in de 3 takken van de sociale verzekering, na-  
melijk de ziekte-, ongevallen- en invaliditeitsverzekering, slechts de term  
„Erwerbsunfähigkeit” gebruikt. Deze term had voor een ieder van de  
verzekeringstakken zijn eigen beteekenis. Voor de ziekte- en ongeval-  
lenwet, werd de uitlegging van het begrip „Erwerbsunfähigkeit”<sup>1)</sup>  
overgelaten aan de rechtspraak.

Voorstellen van leden der regeeringscommissie, die zich met de voor-  
behandeling van het wetsontwerp betreffende de ongevallenwet van  
1896 bezig hield, om een nadere omschrijving van het begrip „Erwerbs-  
unfähigkeit” te geven, werden, wijl men geen overeenstemming kon  
verkrijgen over wat men tot nu toe gebruikelijk was onder Erwerbsun-  
fähigkeit te verstaan, verworpen.

1) par. 4, 5, Abs. 1 Nrs. 2 des Krankenversicherungsgesetzes vom 15.6.1882.  
(RG. BL. S. 73).

In 1900 werd zelfs, bij de beraadslagingen over de herziening der Ongevallenwet, voorgesteld, Erwerbsfähigkeit te vervangen door het woord „Schaden”. Dit werd echter algeheel verworpen, als volkomen in strijd met de bedoeling der wet.

Merkwaardig is, dat de in par. 642 gegeven uitleg van het begrip Erwerbsunfähigkeit, voorkomende in het eerste ontwerp van de R.V.O., in 1909 niet opgenomen werd in het latere ontwerp en in de R.V.O. zelf. Deze paragraaf luidde :

Par. 642. Erwerbsunfähigkeit is dan aanwezig, wanneer de gewonde niet meer in staat is, door het verrichten van werk, dat overeenkomt met zijn krachten en bekwaamheden en wat van hem, onder in acht neming van zijn opleiding en zijn beroep, op redelijke wijze verwacht mag worden, dat te verdienen (erwerben), wat hij voor het ongeval verdienen (erwerben) kon.

Ook de Memorie van Toelichting tot de R.V.O. houdt zich bezig met de begrippen arbeidsongeschiktheid in de ziekteverzekering en Erwerbsunfähigkeit in de ongevallenverzekering. Ze zegt in haar toelichting betreffende de ziekteverzekering: de nieuwe uitdrukking „arbeidsongeschiktheid” is precies dezelfde, als wat eerst onder „Erwerbsunfähigkeit” in de ziekteverzekering verstaan werd. Arbeidsongeschiktheid is dan reeds aanwezig, wanneer de zieke niet in staat is zijn tot nu toe uitgeoefend beroep waar te nemen, of dit slechts kan doen met het gevaar zijn toestand te verergeren.

In de Invaliditeitswet van 1889 en 1899 wordt het begrip Erwerbsunfähigkeit nader omschreven. In 1889 wordt aangenomen, dat de verzekerde dan Erwerbsunfähig is, wanneer hij niet meer in staat is, door loonarbeid, welke overeenkomt met zijn lichamelijke en geestelijke krachten en bekwaamheden,  $\frac{1}{6}$  van zijn gemiddelde loon te verdienen. In 1899 wordt dit veranderd in: „met in achtneming van zijn vroegere beroep  $\frac{1}{3}$  te verdienen, van wat lichamelijk en geestelijk gezonde personen, met dezelfde opleiding, in dezelfde streek, gewoon zijn te verdienen”.

#### D. Eenige uitspraken, welke het verschil tusschen Arbeidsongeschiktheid en Erwerbsunfähigkeit aangeven.

PERLMANN geeft een verzameling belangrijke beslissingen en uitspraken van „das Reichsversicherungsamt” en de bedrijfsverenigingen, vanaf 1888 tot 1913. Het zijn alleen uitspraken uit de ongevallenverzekering.



De eerste begripsbepaling „Erwerbsfähigkeit“ vinden we in 1897 (R.E. Rekursentscheidung, d.h. Entscheidung in Unfallsachen) A.N (Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts) S. 253.

Voor de beoordeeling van den graad van Erwerbsfähigkeit mogen niet de toevallige, voor het oogenblik gunstige of ongunstige arbeidsvoorwaarden in een afzonderlijk bedrijf beslissend zijn; maar het komt er op aan vast te stellen, welke geschiktheid de gewonde bezit tot het verkrijgen van een loon op het geheele terrein van het economisch leven.

Uit deze beslissing blijkt duidelijk, wat met Erwerbsfähigkeit bedoeld wordt. Nog in dat zelfde jaar vinden we in een uitspraak de begrippen arbeidsgeschiktheid en Erwerbsfähigkeit naast elkaar gebruikt, waarbij het onderscheid tusschen beide wel heel goed uitkomt (A.N. 1897, S 463 R.E. Nr. 1645 van 5 April 1897)

Een volledig blinde 63-jarige landbouwer, die geheel Erwerbsunfähig is, werkt toch nog in eigen bedrijf (veevoederen). Hij krijgt een letsel aan schouder, rug en been, en maakt aanspraak op ongevallenuitkeering. Hem wordt geen rente toegekend, wijl hij vóór het ongeval reeds Erwerbsunfähig was. In hooger beroep wordt hem ook geen rente toegekend. Hoewel aangenomen wordt, dat hij op eigen, hem bekend, terrein werkzaamheden verrichten kan, dus een zekere arbeidsgeschiktheid bezit, heeft hij echter niet, de voor den geheelen landbouw noodzakelijke capaciteiten, dat is de geschiktheid nog, waar dan ook, een noemenswaardig loon te verkrijgen.

Een nadere toevoeging lijkt mij, na hetgeen op de vorige bladzijden over de beide begrippen gezegd is, niet noodig.

### E. Ziekte.

Van het begrip „ziekte“ wordt bij de uitvoering van de Ziektewet, zoo veelvuldig gebruik gemaakt, dat eenige aandacht hiervoor gerechtvaardigd is. Vooropgesteld moet worden, dat het medisch begrip ziekte volstrekt niet identiek is met het begrip ziekte uit de Ziektewet. Evenmin is ziekte gelijk aan arbeidsongeschiktheid. Er zijn verschillende definities van het medisch begrip ziekte. Prof. R. DE JOSSELIN DE JONG gaf op zijn colleges de volgende definitie, als de meest dat begrip nabij komende :

„ziek zijn is een proces, dat zich afspeelt in cellen, weefsels of organen, wanneer deze door uit- of inwendige oorzaken worden aangetast in hun bouw of arbeidsvermogen, zoodat de functie van deze cellen,

weefsels of organen stoornissen ondervindt. Of de persoon ziek wordt, hangt af van den graad, de plaats, den duur en den aard van het proces en van de constitutie van den persoon. Zoo kan iemand pathologisch anatomisch ziek zijn, doch klinisch gezond (galsteen, diabetes)".

Deze definitie kan niet geheel bevredigen. Ze laat geen plaats voor de psychische processen, o.a. de neurosen. Indien deze intracellulaire processen waren, dan zou de definitie ook hierop van toepassing zijn. Bovendien is het ziek zijn geen proces, maar veel meer de stoornis in de functie, zoodat bij een definitie de nadruk op dit laatste moet vallen, meer dan op het anatomische gedeelte. Bij de definitie van Prof. De JOSSELIN DE JONG is juist het omgekeerde het geval.

WORTMAN zegt: klinisch ziek zijn bestaat slechts dan, „als het gestoorde bewustzijn zich mengt in het ziekteproces, en het ziektegevoel, de bewustwording van den gestoorde levensrhythmus, ontstaat". (Geneesk. Bladen 1935 en aangehaald door A.A.S. in de Medische Kroniek van den Socialen Verzekeringsgids Jan. 1936). Volgens A.A.S. zou men volgens deze definitie een lijder met een apoplexie of een uraemisch coma niet ziek mogen noemen, omdat daarbij iedere bewustwording ontbreekt. A.A.S.(NIJDER) wil het begrip ziekte als volgt formuleeren: „Ziekte is elke oorzaak van stoornis in de levensverrichtingen". Deze omschrijving is een modificatie van de definitie van RIBBERT „ziekte is een stoornis in de levensverrichtingen", waarbij door RIBBERT alleen aan de stoffelijke afwijkingen gedacht werd. Door de toevoeging „elke oorzaak", worden ook de functioneele neurosen in deze definitie opgenomen.

Prof. E. D. WIERSMA spreekt dan van ziek zijn, wanneer de levensverschijnselen zoodanig van het gemiddelde afwijken, dat zij het bestaan van het individu in meerdere of mindere mate bedreigen, of wanneer zij schadelijk zijn voor de samenleving. Deze bepaling van ziekte is geheel willekeurig en steunt op utiliteitsgronden. Tusschen gezonde en zieke levensverschijnselen bestaat slechts een gradueel verschil; ze gaan geleidelijk in elkaar over. Prof. WIERSMA maakt onderscheid tusschen de somatische en de psychische persoonlijkheid. De ziekelijke stoornissen nu liggen op een lager niveau dan de normale functies (TENDELOO). Op somatisch gebied wordt dit gekenmerkt door een dedifferentiatie met een verminderd harmonisch samenwerken der verrichtingen. Dit geldt evenzoo voor de psychische functies, waarbij een daling van het psychisch niveau waarneembaar is.

REMIJNSE drukt zich een weinig populair uit, wanneer hij zegt: „ziekte is een toestand van het organisme, dat, in conflict met een schadelijk agens, uit het evenwicht is geraakt; de verschijnselen van een

ziekte zijn uitingen van het organisme, dat met een schadelijk agens in conflict is". Ook REMIJNSE beschouwt hierbij slechts den „lichamelijken" mensch. Hoewel het niet duidelijk uit zijn definitie blijkt, wordt m.i. toch het hoofdgewicht gelegd op de stoornis van het organisme, dus op een stoornis van de functie van dit organisme.

WEICKSEL zegt: „Krank ist der Mensch, der sich nicht im Vollbesitz seiner physischen oder psychischen Kräfte befindet". Dit is niet juist, daar het verlies van krachten door ouderdom toch niet als ziekte is te beschouwen. Deze definitie maakt dan ook geen onderscheid tusschen ziekte en ouderdom.

Prof. L. POLAK DANIELS deed in zijn rectorale rede van 1936 uitkomen, hoe moeilijk het is „ziek zijn" tegenover „gezond zijn" te stellen. „Ziek zijn" noemt schrijver een reactie, gevolg van factoren, gelegen in en buiten den patiënt zelf. Het is een stoornis in den functioneelen evenwichtstoestand van de organen, waarbij de nadruk wordt gelegd op den functioneelen toestand.

Het is duidelijk, dat deze verschillende omschrijvingen van het begrip „ziekte" het den rechtsprekenden organen niet gemakkelijk maken. In 1932 richtte de Voorzitter van den Raad van Beroep te 's-Gravenhage een verzoek tot Prof. J. M. BAART DE LA FAILLE om ingelicht te worden omtrent de volgende punten:

1. Welke is, in het algemeen, de meest gangbare opvatting van het begrip „ziekte".
2. Wat wordt, in medisch wetenschappelijken zin, onder het begrip „ziekte" verstaan.
3. Of, in hoeverre, en waarom aan het begrip „ziekte" in de Ziekte-wet al dan niet, een beteekenis dient te worden gehecht, welke afwijkt van de beteekenis, welke dat begrip volgens de meest gangbare opvatting en (of) in medisch wetenschappelijken zin heeft?

Een ongeveer gelijknamig verzoek deed de Voorzitter van den Centralen Raad van Beroep in 1936 aan de Hoogleeraren Prof. A. A. HIJMANS VAN DEN BERGH en Prof. J. M. BAART DE LA FAILLE.

In het eerste rapport wordt als antwoord op vraag 1 medegedeeld, wat VAN DALE'S Groot Woordenboek en KUIPERS' Geïllustreerd Woordenboek der Nederlandsche Taal over ziekte zeggen. Terecht wordt in het tweede rapport opgemerkt, dat, wat het spraakgebruik onder ziekte verstaat, voor een groot deel afhankelijk is van de voorstellingen, die de geneesheeren zich daaromtrent maken. Deze voorstellingen wisselden in den loop der tijden sterk, afhankelijk van de heerschende theorieën in de verschillende

perioden der geschiedenis. Dit geldt ook voor het begrip „ziekte” in medisch wetenschappelijken zin. Prof. BAART DE LA FAILLE deelt mede, wat VIRCHOW, COHNHEIM, ZIEGLER, REDDINGIUS, TENGELOO, KREHL omtrent „ziekte” zeggen; uit welke opvattingen duidelijk het verschil in medisch denken blijkt. terwijl men tevens opnieuw weer overtuigd wordt van de ingewikkeldheid der levensprocessen, waardoor een definitie noodzakelijkerwijs slechts gebrekkig kan zijn. Ten slotte zegt KREHL, is de arts, die den zieke waarneemt. degene, die beslist, wien hij ziek of gezond zal noemen, n.l. den mensch, die op een zeker oogenblik niet of wel beantwoordt aan het type van lichamelijke en geestelijke functies, dat de arts zich voor oogen had gesteld.

De definitie van het begrip „ziekte” van beide Hoogleraren voor den Centralen Raad van Beroep, in een beslissing van 14 Mei 1936 Z. W. D. No. 179, 1935, luidt, dat onder „ziekte niet een statisch begrip verstaan wordt, doch een proces, dat is dus een, zich in den tijd uitstrekkende gebeurtenis of een complex van gebeurtenissen, welke bestaan in wijzigingen in de functie van het organisme, hetzij in kwalitatieven, hetzij — gewoonlijk — in kwantitatieven zin, veroorzaakt door een verstoring van het evenwicht in het lichaam, hetwelk er naar schijnt te streven, dit evenwicht te herstellen; dat het begrip ziekte dus onderstelt, een actieve reactie van het organisme, in het leven geroepen door een ziektemakende oorzaak. Een toestand, waarbij weefsels en cellen inert zijn, verdient den naam van ziekte niet. Bij de reactie van weefsels en cellen, die het wezen van ziekte uitmaken, ontstaan gewoonlijk, — en althans in zeker stadium van ontwikkeling — door andere waarneembare verschijnselen, subjectieve, onaangename gewaarwordingen, benevens stoornissen in de verrichtingen die den lijder verhinderen zijn normale werkzaamheden uit te voeren of hem daarin in meerdere of in mindere mate belemmeren. Al deze beschouwingen gelden ook voor geestelijke reacties. Platvoeten, liesbreuken, spataderen en zich ontwikkelende scoliose en kyphose moeten als ziekte worden aangemerkt, zoodra ze tot functiestoornissen aanleiding geven”. Uit de verdere beschouwingen blijkt bovendien, dat de rapporteurs meenen, dat zuivere ouderdomsgebreken weinig voorkomen, doch dat het meestal gaat om ouderdomsziekten, daar slijtage in werkelijkheid altijd vergezeld gaat van schadelijke invloeden. De rapporteurs beschouwen ouderdomsgebreken dan ook als functioneele veranderingen van weefsels of cellen, als gevolg van schadelijke uitwendige invloeden, zij het ook tot stand gekomen of bevorderd onder invloed van ouderdomsslijtage der cellen.

Volgens A. A. S(NIJDER) is bovengenoemde definitie noodeloos moeilijk gemaakt, en sluit ze weer geheel aan bij de definitie, waarbij ziekte beschouwd wordt als „oorzaak van functiestoornissen” en waaraan desnoods de beperking is toe te voegen, dat deze functiestoornissen zich „in den tijd uitstrekken”. SNIJDER betreurt het, dat het begrip „niet statisch” in deze definitie genoemd wordt, daar dit tot verwarring aanleiding kan geven. Het begrip statisch roept herinnering op aan het historische „organisch-statische”, waarbij men aan statisch het begrip organisch vastknoopte. Dat dit niet denkbeeldig is, wil SNIJDER duidelijk maken, door de meening weer te geven van het Scheidsgerecht van 's Hertogenbosch. Het Scheidsgerecht vindt een tegenspraak in de beschouwingen van de beide Hoogleeraren over het hebben van platvoeten als „ziekte”. Platvoeten is een statische toestand, die, zoodra deze nu aanleiding geeft tot functiestoornissen, een „ziekte” genoemd wordt; dus een niet-statisch begrip wordt. SNIJDER ontzenuwt de opvatting van het Scheidsgerecht, dat hier een tegenstrijdigheid zou zijn. Bij platvoeten als „ziekte”, die aanleiding geven tot functiestoornissen, wordt een wijziging gebracht in de functie d.i. een dynamische functie van een primair functioneel-statischen toestand.

Bij goed lezen en interpreteren van de definitie schijnt mij het gevaar, dat men zich verwart in historische begrippen, niet groot, daar zeer nadrukkelijk het zwaartepunt gelegd wordt op de wijziging van de functie van het organisme.

Een, door een der rechtsprekende organen in Duitschland in 1913 genomen beslissing, geeft m.i. het begrip „ziekte” niet juist geformuleerd weer. Deze zegt: „Ziekte is een abnormale toestand van het lichaam, welke waarneembaar te voorschijn treedt in de noodzakelijkheid van behandeling door den arts, of van het gebruiken van geneesmiddelen. Een toestand, die, uit medisch oogpunt, als ziekte te beschouwen is, behoeft het in den zin der R.V.O. niet te zijn, wanneer niet de noodzakelijkheid van een kuur of wel de Erwerbsunfähigkeit blijkt. Pr. OV.G.17.2.13 A.V. 14.3.32”. Hieruit volgt dus, dat door de R.V.O. een ziekte slechts dan wordt aangenomen, wanneer de gezondheidstoestand van den verzekerde een behandeling noodig maakt, of er arbeidsongeschiktheid is, terwijl er medisch wel degelijk een ziekte kan zijn, zonder dat behandeling noodig is, of er arbeidsongeschiktheid behoeft te zijn (platvoeten, lues, breuk, tongkanker, enz.). Ongeveer dezelfde opvatting huldigt WEICKSEL.

De definitie, die SCHUURMANS STEKHOVEN geeft, is m.i. veel vollediger. Hij zegt:Onder ziekte, in den zin der wet, moet worden ver-

staan elke ziekelijke afwijking, klacht of gebrek, die met arbeidsgeschiktheid (bedoeld is natuurlijk arbeidsongeschiktheid; den H.) en de behoefte aan geneeskundige behandeling gepaard gaat en zoolang zij daarmee gepaard gaat. Ziekte met al haar tijdelijke en blijvende gevolgen van lichamelijken en geestelijken aard, geeft dus recht op ziekengeld, zoolang arbeidsongeschiktheid en behoefte aan voortgezette geneeskundige behandeling bestaat en uiterlijk tot de in art. 39 (nieuw art. 37) genoemde zes maanden verstreken zijn.

Hier wordt dus arbeidsgeschiktheid op den voorgrond gesteld, en daarna de behoefte aan geneeskundige behandeling, in tegenstelling met het voorgaande, waar het woordje of gebruikt werd, wat inhoudt, dat beiden niet samen behoeven te gaan.

FEILCHENFELD zegt: Krankheit ist ein anormaler Zustand, der in der Notwendigkeit ärztlicher Behandlung oder der Anwendung von Heilmitteln wahrnehmbar tritt. Auch die Arbeitsunfähigkeit kann als Erfüllung der Versicherungsfalles gelten, wenn nämlich der Versicherte zwar eine gewisse Arbeitsfähigkeit besitzt, aber unhäufig ist, diejenige Arbeit auszuführen, die er in der Ausübung seines Berufes zu verrichten gewohnt ist. (Dr. LEOPOLD FEILCHENFELD, Lehrbuch der Praktischen Versicherungs-Medizin, 1927 bl.z. 218).

Ook hier staat de arbeidsongeschiktheid niet op den voorgrond, evenmin als in de genoemde beslissing van 1913.

Ziekte in den zin van art. 20 der Ziektewet, zegt Prof. BAART DE LA FAILLE (Raad van Beroep te 's Gravenhage, Febr. 1932), is een stoornis in de lichamelijke en/of geestelijke verrichtingen van den verzekerden arbeider in zoodanigen graad, dat de ongeschiktheid tot den arbeid, waaromtrent de werkgever en de werknemer te goeder trouw een overeenkomst hadden aangegaan, tijdens den tijd der dienstbetrekking klaarblijkelijk is ontstaan.

ROSIN omschrijft het begrip ziekte in verband met de wettelijke regeling als een bepaalden, niet normalen (pathologischen) lichamelijken toestand van den mensch, welke waarneembaar is in de noodzakelijkheid eener geneeskundige behandeling en in de beïnvloeding der arbeidsgeschiktheid. (aangehaald uit EVERSEN). Ouderdom valt, streng genomen, niet onder deze definitie. Wel zwangerschap der vrouw. Deze definitie wijkt slechts weinig af van die van SCHUURMANS STEKHOFEN. Waar deze laatste „elke ziekelijke afwijking, klacht of gebrek” noemt, geeft ROSIN „niet normalen lichamelijken toestand”. Deze omschrijving is eenvoudiger, doch verwaarloost het „geestelijk element”. De Nederlandsche wetgeving stelt zwangerschap en bevalling van een gehuwde vrouw gelijk met ziekte.

FEILCHENFELD noemt zwangerschap en bevalling natuurlijke gebeurtenissen, geen ziekte, evenmin als het „onwel” zijn van de vrouw. Evenzoo ouderdomszwakte, waarover nagenoeg alle verzekeringsartsen het wel eens zullen zijn. Echter werd reeds opgemerkt, hoe moeilijk het is uit te maken, of men met den „normalen, physiologischen” ouderdom, of met overeenkomstige verschijnselen, ontstaan door chronische of acute ziekten, te doen heeft.

BROCX meent van ziekte te moeten spreken, zoolang een proces voortschrijdt, en nog geen stationnaire toestand is ingetreden. Hij rekent ouderdom niet tot de ziekten, volgens zijn definitie echter zou men van ziekte moeten spreken, daar ouderdomsverschijnselen progressief zijn (SNIJDER).

In de definitie, welke STEKHOVEN van ziekte geeft, valt op, dat hij ziekelijke afwijking gelijk stelt met gebrek, indien ze gepaard gaat met geneeskundige behandeling en arbeidsongeschiktheid. Hij komt hiertoe op medische gronden, op grond van taalkundige overeenkomst en uit art. 20 (nieuw art. 23) en art. 42 (nieuw art. 40) van de Ziektewet. Om te bewijzen, dat de begrippen ziekte en gebrek elkaar taalkundig dekken, gebruikt hij de omschrijvingen van de navolgende woorden uit het Groot Woordenboek van VAN DALE, welke ik hier onveranderd weergeef.

ziekte: het ziek zijn.

ziek: ongesteld, onpasselijk, toestand van het lichaam of één of meer lichaamsdeelen, wanneer niet alle organen goed werken.

gebrek: een onvolkomenheid, een ongemak, een kwaal van het lichaam

kwaal: een langdurige sleepende ziekte.

ongemak: een kwaal of gebrek.

Op grond van deze taalkundige omschrijvingen blijkt duidelijk de gelijkheid van beide begrippen.

Uit art. 23 en art. 40 (ongeschiktheid tot werken, uit een zelfde „ziekteoorzaak” voortkomende) blijkt, dat de Ziektewet het begrip „ziekteoorzaak” kent. Art. 23 spreekt van „een ziekte”, die een gevolg is van een ongeval” en van een „ziekte, die het gevolg is van een lichamelijk letsel.”

Daar het voor een goed begrip van de bedoeling van den schrijver noodig is, laat ik zijn betoog in zijn geheel volgen: De Ongevallenwet kent „lichamelijk letsel, gevolg van een ongeval” en „lichamelijk letsel in betrekkelijk korten tijd ontstaan”. Derhalve is een „ziekte, die het gevolg is van een ongeval” blijkbaar identiek met „lichamelijk letsel”, aangezien het lichamelijk letsel in dit geval de ziekte zelf is! Zulks te meer, omdat „lichamelijk letsel in betrekkelijk korten tijd in verband

met de dienstbetrekking" als peesscheedeontsteking en zonnesteek in den meest letterlijken zin des woords ziekte is. De ziekteoorzaak is in dit geval geen ongeval in den zin van een plotseling van buiten inwerkende gebeurtenis, maar „iets", dat toch geacht wordt in verband te staan met de dienstbetrekking.

Scherp worden tegenover elkaar geplaatst: ziekte of lichamelijk letsel, gevolg van ongeval of van „iets" in verband met de dienstbetrekking aan den eenen kant en ziekte of lichamelijk letsel, niet gevolg van een van de beide genoemde factoren, aan den anderen kant.

Er is eenige moeite voor noodig, het sprongetje te begrijpen, dat leidt tot de gevolgtrekking, dat de Ziektewet geenerlei onderscheid maakt tusschen ziekte als zoodanig en gebreken als gevolg van ziekte, dus tusschen de directe en meer verwijderde „gevolgen van eenzelfde ziekteoorzaak" (vergel. ook weer art. 40), evenmin als de Ongevallenwet onderscheid maakt tusschen de tijdelijke en blijvende ongevalsgevolgen, als gevolgen van een bijzondere ziekteoorzaak.

BROCX maakt in zijn definitie van ziekte in den zin der wet het onderscheid „ziekte en invaliditeit". Zijn definitie luidt: „Onder ziekte moet worden verstaan iedere, niet geconsolideerde afwijking in den anatomischen bouw van het lichaam, benevens iedere storing in de functie daarvan en ook van den geest". SCHUURMANS STEKHOVEN komt op vrij heftige wijze op tegen deze definitie. Hij ontkent, dat er eenige aanleiding bestaat arbeidsongeschiktheid wegens ziekte te stellen tegenover invaliditeit, voor zooverre invaliditeit ziektegevolg is, en de geneeskundige behandeling voortduurt. Bovendien meent hij, dat van een consolidatie nooit sprake is, zoolang het ziekteproces voortschrijdt, ook al staat blijvende invaliditeit vast, en evenmin, wanneer van voortgezette geneeskundige behandeling nog wijziging in den toestand kan en mag worden verwacht. Voorbeelden maken dit duidelijk. Zijn eindconclusie moge volgen. „Arbeidsongeschiktheid wegens ziekte in den zin der wet mag niet worden ontkend bij (voorloopig) blijvende invaliditeit als gevolg van ziekte, zoo lang de toestand niet dermate gefixeerd en geconsolideerd is, dat de behoefte aan voortzetting van de geneeskundige behandeling uit dien hoofde opgehouden heeft te bestaan. Slechts bij hooge uitzondering zal uit dien hoofde binnen zes maanden, bedoeld in art. 39 (nieuw art. 37), aanleiding bestaan om gebruik te maken van art. 50 (nieuw art. 53) eerste lid onder d: krachtens welke bepaling ziekingeld geheel of gedeeltelijk kan worden geweigerd, „indien verzekerde zich niet gedurende het geheele verloop der ziekte onder behandeling blijft stellen". Ik (STEKHOVEN) ontken derhalve het recht van



bestaan van de tegenstelling „ziekte” en „gebrek”, en „ziekte” en „invaliditeit”.

Ook WALLER is het met de beschouwingen van BROCX niet eens. MUNTENDAM geeft in zijn boekje de tegenstelling ziekte en gebrek. Hij wijst er op, dat het begrip ziekte niet nader in de wet omschreven wordt, en dat er in de rechtspraak herhaaldelijk van elkaar verschillende definities gegeven worden. Zijn omschrijving van ziekte komt overeen met de definitie van BROCX. Onder „gebrek” wordt verstaan een afwijking in den normalen bouw of in de functie van lichaam en geest, welke zich kenmerkt door een toestand van rust, van onveranderlijkheid. Ziekte kan tot gebrek leiden, evenals uit een gebrek ziekte kan ontstaan.

LENNHOFF geeft een voorbeeld, waarbij z.i. ziekte en gebrek gelijktijdig bestaan. Volgens hem is een aortaaneurysma een ziekelijke toestand en gelijktijdig een toestand, welke in afzienbaren tijd niet weggenomen kan worden. Volgens LENNHOFF wordt door de rechtspraak onder gebrek verstaan: een van den regel afwijkende, lichamelijke of geestelijke toestand, met welks duur voor niet afzienbaren tijd te rekenen is. Volgens de opvatting van BROCX zou hier sprake zijn van gebrek; volgens SCHUURMANS STEKHOVEN zou iedere aanleiding ontbreken, om hier van gebrek te spreken, en zouden we te doen hebben met een ziekte.

Voor deze laatste opvatting kan ik ook het meest gevoelen, en wel hierom, wijl een aortaaneurysma, om bij dit voorbeeld te blijven, zoodra deze lasten gaat geven, behandeling noodzakelijk maakt, het proces voortschrijdt, en we daardoor in verzekeringsrechtelijken zin met een ziekte te maken hebben. Van een consolidatie is bij deze afwijking geen sprake.

KHAN deelt eenige uitspraken mede over het begrip ziekte in den zin der Ziektewet. Volgens hem moet het begrip „ziekte” in den zin der wet een ruime zijn. Het Scheidsgerecht van 's Hertogenbosch (14.3.36. A.B. 1936 Blz. 398) geeft de volgende definitie van ziekte: Ziekte is een stoornis in het menscheijk lichaam, waardoor de normale levensverrichtingen of wel niet normaal verlopen, of wel bedreigd worden, daar „immers de Ziektewet een aanvulling is der Invaliditeitswet, waarin gesproken wordt van tijdelijke invaliditeit, ontstaan door ziekte of gebreken, terwijl de Ziektewet, wegens ziekte, slechts uitkeering geeft over een termijn van practisch gesproken, een half jaar”.

De definitie, welke KHAN zelf van ziekte geeft, luidt: „Ziekte, in den zin der Ziektewet, is een lichamelijke of geestelijke afwijking, voorzoover niet vallende onder de Ongevallenwet”.

Deze definitie geeft slechts een negatieve omschrijving, terwijl bovendien een afwijking nog geen ziekte is. Deze opvatting van het begrip „ziekte” is m.i. daarom ook niet goed bruikbaar.

Het door de N.V. Zyma—Ysat uitgegeven tijdschrift *Pharmamedico* van Dec. 1938 bevat een belangwekkend artikel van Prof. BORCHARDT te Koningsbergen over ziekte en constitutie. Er wordt in besproken, wat VIRCHOW, LUBARSCH, RIBBERT, ASCHOFF, GROTE, e.a. onder het begrip „ziekte” verstaan. De eigen definitie van BORCHARDT luidt: „Ziekte is een afwijking van den normalen bouw, het normale gebeuren, den normalen weerstand, het normale denken en gewaarworden, waarbij een aandoening aanwezig is”. BORCHARDT meent, dat het begrip „ziekte” zoowel het objectieve als het subjectieve ziek zijn moet bevatten. Deze zelfde meening ben ik toegedaan, doch de definitie van BORCHARDT bevat veel te veel „eischen”, waaraan het ziek zijn voldoen moet. Bovendien is het niet de afwijking van den norm, die de ziekte bepaalt, doch komt het er in de eerste plaats op aan, hoe de zieke mensch op de aandoening reageert. Ook is de mensch dan ziek, wanneer de arts een ziekte bij hem ontdekt, die behandeling noodzakelijk maakt.

Samenvattend kom ik tot de overtuiging, dat er geen enkele definitie is, die iedereen geheel bevredigen kan. Iedere definitie benadert slechts oppervlakkig het diepste wezen van ziekte, en is daarbij, zooals reeds gezegd werd, geheel afhankelijk van de, op een bepaald tijdstip in de geschiedenis heerschende, inzichten, theorieën en kennis.

Gemeen hebben de meeste definities, dat ze den nadruk leggen op de stoornis van den functioneelen toestand, waarbij de eene definitie dit wat meer bewust doet dan de andere. Voor een goede definitie lijkt mij dit een vereischte. De definitie van ziekte dient dan ook te luiden: „Ziekte is elke stoornis in de functie van het organisme, indien de zieke zich zijn stoornis bewust wordt, of doordat de stoornis voor den arts waarneembaar wordt”. Zoowel lichamelijke als geestelijke stoornissen vallen geheel onder deze definitie. „Ziekte is elke stoornis in de functie van het organisme”, zonder meer, is niet voldoende, daar er talrijke functiestoornissen van het organisme voorkomen, zonder dat de patiënt zich ziek behoeft te gevoelen. Iemand is slechts dan ziek, wanneer hij zich zijn stoornis bewust wordt. Er loopen talloze menschen rond, bij wie, bij een keuring, als toevallige vondst een diabetes wordt ontdekt, waarbij de menschen zich volkomen gezond gevoelen en ten hoogste verwonderd zijn over deze vondst. Zijn ziekte begint pas op het moment, dat de arts de ontdekking doet. Eveneens begint men dan van ziekte te spreken, wanneer de stoornis in de functie van het

pancreas dusdanig wordt, dat zijn gestoorde koolhydraatstofwisseling gepaard gaat met lichamelijke of geestelijke verschijnselen, die hem tot den arts voeren, dus hem het gevoel geven, dat hij niet heelemaal gezond is. Ook bestaat de mogelijkheid, dat bij een ziekte bewusteloosheid intreedt. Deze zieke is zich dan zijn stoornis niet meer bewust, doch de stoornis in de functie van het organisme is daarentegen wel voor anderen waarneembaar.

De hierboven gegeven definitie kan nog uitgebreid worden met de toevoeging, dat de stoornis in de functie van het organisme den zieke arbeidsongeschikt moet maken, of dat, wegens de behandeling, arbeidsongeschiktheid ontstaat. Hierdoor voldoet de definitie aan de eischen, welke de Ziektewet aan ziekte stelt. Na deze toevoeging vallen ook die afwijkingen onder het begrip ziekte, waarvoor operatieve behandeling noodig is, zooals liesbreuken en dergelijke, waar wegens de behandeling tijdelijke arbeidsongeschiktheid intreedt.

#### F. Ongeval; letsel in betrekkelijk korten tijd ontstaan; beroepsziekte.

Er is ook van het begrip „ongeval” nog geen enkele definitie, waardoor ieder zich geheel bevredigd gevoelt. Men behielp zich voorloopig met uitspraken van den Centralen Raad van Beroep. Getuige een gedachtenwisseling in 1936 in het Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde tusschen SCHOUTE, VERAART en VAN DEN VRIJHOEF, is sinds kort van verschillende zijden de belangstelling voor dit vraagstuk opnieuw gewekt.

De definitie, door VERAART gegeven, luidt: „Een ongeval is een ongewilde gebeurtenis, waaruit beschadiging is voortgekomen”. In een toelichting wordt er aan toegevoegd, dat met ongewild is bedoeld: buiten toedoen van den menschelijken wil, zoowel als tegen dien wil.

Gebeurtenis is een op zich zelf staand feit, of een reeks van op zich zelf staande feiten, afwijkend van den gewonen gang van zaken. Verder moet de beschadiging uit de gebeurtenis voortgekomen zijn. De beschadiging wordt door VERAART het belangrijkste geacht, doch alle drie componenten moeten samen gaan. Door het woordje ongewild wordt een scheiding gemaakt tusschen onoplettendheid, onvoorzichtigheid, onnaakendheid en waaghalzerij, dronkenschap en misdaad. Onder deze definitie vallen niet: werkblaar en tendovaginitis crepitans.

VAN DEN VRIJHOEF wil een ongeval noemen: „een gebeurtenis, waardoor onverwachts, ongewild, plotseling, een lichamenlijk letsel ontstaat”. Hij meent deze omschrijving van het begrip ongeval ergens ge-

lezen te hebben, doch weet niet waar. Bij het naslaan der literatuur, vond ik, dat REMIJNSE deze uitdrukking gebruikte, waaronder, zooals hij zegt, van oudsher een ongeval verstaan wordt. Het bezwaar van VERAART hiertegen is, dat de woorden onverwachts en plotseling overbodig zijn, daar een ongewilde gebeurtenis plotseling komt. SCHUURMANS STEKHOVEN zegt omtrent „plotseling”, dat dit eigenschap noch kenmerk van het letsel is (blz. 46 van zijn dissertatie). Het is een kwaliteit van de b i j z o n d e r e g e w e l d s i n w e r k i n g, welke geacht moet worden een essentieel element uit te maken van de ongevalsgebeurtenis. STEKHOVEN meent, dat deze toevoeging niet ter „nadere aanduiding en beperking” gemist kan worden. Lichamelijk letsel drukt een b e p a a l d e beschadiging uit, terwijl het simpele woord „beschadiging” zoowel op de beschadiging van den mensch, als op die van zaken, planten en dieren duidt. De definitie van VERAART is daarom de meest omvattende, doch voor de Ongevallenwet heeft alleen de beschadiging van menschen beteekenis.

Evenals van ziekte geeft de wet van het begrip ongeval geen definitie. Practijk en rechtspraak hebben in den loop der jaren dit begrip duidelijk doen worden. Beschadiging van goederen heeft in den zin der Ongevallenwet geen beteekenis. DIEPENHORST meent, dat sinds in 1928 in dezelfde wet de oneigenlijke (art. 1, lid 2; bevrozing, peesscheede-ontsteking, zonnesteek en dergelijke) en de eigenlijke beroepsziekten lood-, kwikvergiftiging, miltvuur enz.) in deze wet zijn opgenomen, de eisch, dat een ongeval een van buiten inwerkende plotselinge gebeurtenis moet zijn, veel van zijn practische beteekenis verloren heeft. Een meening, welke ik niet deelen kan. Immers, het is nog steeds noodig ongeval tegenover ziekte te stellen. Het gebeurt bijna dagelijks, dat de patiënt meent een ongeval te hebben gehad, terwijl in werkelijkheid een ziekte de oorzaak der arbeidsongeschiktheid is. De rheumatische spieraandoeningen zijn er het meest sprekende voorbeeld van. Bovendien spreekt de wetgever bij de „letsels in betrekkelijk korten tijd ontstaan” van „en dergelijke”. Ook van dit laatste is daarom een nadere bepaling noodig.

Mr. H. W. GROENEVELD gaf in 1909 als definitie van een ongeval: „de plotselinge inwerking van een van buiten komende oorzaak op den persoon, waarvan aantasting van den gezondheidstoestand van lichaam of geest het gevolg is”.

Mr. GROENEVELD zegt: „het ongeval is niet de van buiten komende omstandigheid, maar de inwerking daarvan op het menschelijk lichaam”, daarbij ROSIN aanhalend. Als voorbeeld geeft GROENEVELD: wanneer in een fabriek een stoomketel springt, en een werkman

door een stuk wordt getroffen, is het ongeval niet het springen van den ketel, maar de inwerking van het stuk op het lichaam van den werkmán. Een ongeval is slechts dan voltooid, indien het een letsel gegeven heeft. Beschadiging van goederen heeft dus geen zin.

Evenals KREIL gedaan heeft voor het woord „arbeidsgeschiktheid”, ontleedde KIJZER het woord-begrip „ongeval”. Het woord ongeval bevat de stam „geval” van „ghevallen” wat „gebeuren” beteekent. Het accent valt in ongeval op het dynamische, op de gebeurtenis. Het voorvoegsel „on” zou een Indo-Germaansch ontkenningsvoorvoegsel zijn van wisselende kracht, van ontkenning (b.v. onrijp, oneens) tot de beteekenis van het tegendeel (ongeloof, onvermogen). In het woord ongeval zou het voorvoegsel „on” op te vatten zijn in afkeurenden zin en ongelukkige gebeurtenis beteekenen. De gebeurtenis zou onverwacht (toevallig) en ongewenscht (ongelukkig) zijn.

KIJZER komt dan ook tot een definitie, die bijna gelijk is aan die van VAN DEN VRIJHOEF en REMIJNSE. De definitie van KIJZER heeft boven de andere definities de toevoeging, dat de inwerking van het geweld van een bijzonder karakter moet zijn, niet eigen aan het werk mag zijn en den normalen arbeidsgang moet verstoren. In plaats van ongewild noemt KIJZER onvoorzien, wat VERAART de opmerking doet maken, dat deze definitie misdaden niet buitensluit. Bovendien geeft de toevoeging „bijzonder karakter” een onbekende. De definitie moet zeggen welk karakter. Volgens KIJZER zegt zijn definitie dit wel degelijk, wanneer hij de toevoeging geeft, dat het geweld niet eigen mag zijn aan het werk, enz.

In een ongeveer 30 blz. tellend hoofdstuk behandelt SCHUURMANS STEKHOVEN het ongevals-begrip, waarbij hij de definitie van KIJZER onder de loupe neemt, en als zijn meening uitspreekt, dat „onvoorzien” en „bijzonder” in de definitie geenszins identiek zijn. Voorzienbaarheid is volgens eerstgenoemde bovendien niet tegenstrijdig met het ongevalskarakter en evenmin „impliceert onvoorzienbaarheid, ongewoonheid of bijzonderheid”. Hij meent, dat het bij een ongeval aankomt op het ongewone, het bijzondere, en wel, op de inwerking van het geweld. STEKHOVEN zag dan ook liever in de definitie van KIJZER het „onvoorzien” vervangen door „ongewoon” of „bijzonder”, en in plaats van het bijzonder karakter van de inwerking een bijzonder karakter van de uitwerking van het geweld, welke opvatting mij ook juister lijkt dan die van KIJZER.

Het primaire in de Ongevallenverzekering is, zoals BROCX in 1926 opmerkte, de gebeurtenis en niet het letsel. Het letsel is het gevolg. Iets, wat ook uit de woordafleiding van KIJZER zou blijken.

VERAART komt op tegen het feit, dat BROCX en SMIT „ongevals-gebeurtenis” en „letsel” los van elkaar staand zien, en het begrip ongeval niet hebben gezien als een samengesteld begrip ten opzichte van oorzaak en gevolg. Hij meent, dat het begrip ongeval onbestaanbaar is zonder een deel van het gevolg, het primaire letsel. De gebeurtenis is slechts primair, wat betreft de tijdsopvolging. SCHUURMANS STEKHOVEN zegt, dat letsel en gebeurtenis even primair zijn; zij vormen een twee-eenheid. Ook bij GROENEVELD treft men de fout aan, dat letsel en gebeurtenis niet als één geheel gezien worden.

KASKEL STITZLER zegt (aangehaald uit ROSTOCK): het begrip ongeval heeft 3 kenmerken:

1. Een beschadiging van den persoon van den getroffene.
2. Het is een plotselinge gebeurtenis.
3. Er is een oorzakelijke samenhang tusschen de beschadiging en de gebeurtenis.

SCHUURMANS STEKHOVEN vindt, dat de definitie van een ongeval moet luiden: „onopzettelijke, bijzondere schade toebrenge (gewelds)inwerking op het menschelijk lichaam, den dood of arbeidsongeschiktheid tengevolge hebbend”, welke definitie zich volgens STEKHOVEN aan zou sluiten bij die van PICCARD: „die plötzliche, nicht beabsichtigte, schädigende Einwirkung eines mehr oder weniger ungewöhnlichen äussern Faktors auf den menschlichen Körper.”

M.i. gaat SCHUURMANS STEKHOVEN te ver, wanneer hij als eisch bij ongeval dood of arbeidsongeschiktheid stelt, daar in de sociale verzekering ook als ongeval geldt, het letsel, dat slechts geneeskundige behandeling verlangt, zonder dat er arbeidsongeschiktheid behoeft te bestaan<sup>1)</sup>. Ook particuliere ongevallenverzekeringsmaatschappijen kennen medische behandeling zonder arbeidsongeschiktheid. Deze definitie is dus zeker niet zonder meer bruikbaar, doch moet de toevoeging bevatten: „of medische behandeling noodig maakt”. In de definitie van S. S. is het „plotselinge” van de „geweldsinwerking” vervallen. Daarvoor in de plaats gebruikt hij de term „bijzondere” schadetoebrenge (gewelds)inwerking. Dit drukt echter niet voldoende duidelijk uit,

---

<sup>1)</sup> Deze opmerking werd ook gemaakt door Mr. C. S. VAN WIJNGAARDEN bij de bespreking v. d. diss. van Sch. St. (Geneesk. Tijdschr. der R.V.B. 1938, blz. 276). Bovendien meent Mr. v. W., dat het te ver gaat, wanneer „onopzettelijk” uitdrukkelijk wordt genoemd, daar de R.V.B. schadeloos stelt die gevallen, waarbij moord of mishandeling worden veroorzaakt door opzet van een ander. Het lijkt mij moeilijk deze gevallen in een definitie in te sluiten. M.i. kan „onopzettelijk” niet gemist worden, om den „eigen opzet” uit te sluiten.

wat er mede bedoeld wordt. Het woordje „bijzonder” geeft een onbekende. STEKHOVEN beschouwt „plotseling” als een kwaliteit van de bijzondere geweldsinwerking, doch dit behoeft het m.i. in het geheel niet te zijn. Het geval is denkbaar, dat men volgens deze definitie „langdurige”, bijzondere geweldsinwerking eveneens als ongeval gaat beschouwen. Het kan zich voordoen, dat iemand in zijn werkruimte bloot gesteld is aan een langzame vergiftiging van gassen, niet eigen aan het beroep, b.v. CO, waarbij door de geringe concentratie zich na weken of eerst na maanden de ongunstige werking doet gevoelen. Volgens de definitie van S. S. zouden de ontbrekende ziekteverschijnselen als ongeval zijn aan te merken. Bovendien is in de definitie van S. S. de geweldsinwerking, evenals de geweldsuitwerking, slechts een onderdeel van een ongeval. Bij een ongeval mag de gebeurtenis niet verwaarloosd worden, daar een ongeval hiermede slechts compleet is. Juister zou de definitie dan ook luiden, indien gezegd werd: „Een ongeval is een onopzettelijke<sup>1)</sup> gebeurtenis of reeks van gebeurtenissen met een plotselinge of in betrekkelijk korten tijd ontstane, schadetoebrengende inwerking op het menselijk lichaam of den menschelijken geest, welke den dood of de arbeidsongeschiktheid tengevolge heeft, of wel geneeskundige behandeling noodig maakt.”

Deze definitie komt dan ook, naar ik meen, het ongevalsbegrip het meest nabij.

Sinds de wijziging van de Ongevallenwet in 1928 noemt art. 1, alinea 2 „letsels in betrekkelijk korten tijd ontstaan”. Het is noodig, hierop nog even in te gaan.

Volgens KIJZER is het niet logisch een onderscheid te maken tusschen plotselinge gebeurtenis en den tijd, waarin zich het letsel ontwikkelt. Hij haalt daarbij uit het *Handbuch der Gesamten Unfallheilkunde von F. KOENIG und GEORG MAGNUS* aan Dr. KNOLL: *Rechtliche Grundlagen der Unfallgesetzgebung*, waarin deze zegt: „Es kommt nicht darauf an, ob die Unfallfolgen sich langsam entwickelt haben, oder plötzlich aufgetreten sind, sondern ob das schädigende Ereignis selbst, die schädigende Einwirkung auf den Gesundheitszustand des Versicherten, sich in einem verhältnissmässig kurzen Zeitraum abgespielt hat”. Het gaat alleen maar om den duur der inwerking van de schadelijke prikkels.

Dit is van belang, omdat sinds 1928 eenige van deze letsels genoemd worden, (peesscheedeontsteking, bevrozing, hitteberoerte) en de wetgever er aan toevoegt, „en dergelijke”.

---

1) Zie noot op blz. 41.

KIJZER geeft 3 punten, waar men bij deze aandoeningen op heeft te letten.

- 1) Kan de te beoordeelen aandoening in het algemeen het gevolg zijn van bepaalde prikkels, die gedurende betrekkelijk korten tijd op den verzekerde inwerkten? Als hoofd- of als bijoorzaak?
- 2) Zoo ja, heeft dan:
  - a) de dienstbetrekking inderdaad tot het ontstaan van dergelijke prikkels gedurende betrekkelijk korten tijd, onafgebroken of met kleine onderbreking geleid, of,
  - b) kunnen deze prikkels ook buiten verband met de dienstbetrekking hebben ingewerkt? (Eigen bedrijf, buiten diensttijd, enz.).
- 3) Kan de aandoening ook veroorzaakt zijn door andere oorzaken, dan van buiten af inwerkende prikkels, geheel of ten deele? (constitutie, leeftijd, andere ziekten, vroegere ongevallen).

VERAART meent, dat „letsels in betrekkelijk korten tijd ontstaan” niet thuis behooren in de Ongevallenwet, een meening, welke naar ik meen de meesten wel zullen deelen. Het is hierdoor te verklaren, dat in 1928 nog geen Ziektewet bestond.

Beroepsziekte is een stoornis van de gezondheid, die in bepaalde verzekerde bedrijven langzamerhand, als typische bedrijfsbeschadiging ontstaat. Deze ziekten worden met name in de wet genoemd.

### G. Invaliditeit.

Invaliditeit drukt een toestand uit, een gebrekkigheid; een ongeschiktheid, bijvoorbeeld voor den militairen dienst of voor arbeid. Ze kan tijdelijk of blijvend zijn. In het gewone spraakgebruik geeft invaliditeit weinig moeite.

In den zin der Invaliditeitswet is een verzekerde invalide, wanneer hij, tengevolge van ziekte of gebreken, buiten staat is een derde te verdienen van hetgeen lichamelijk en geestelijk gezonde personen van dezelfde soort en van soortgelijke opleiding daar ter plaatse gewoonlijk verdienen.

Hierbij wordt als basis genomen  $\frac{2}{3}$  verlies van het loon, iets, wat overeenkomt met de Deutsche Erwerbsunfähigkeit.

Blijvend invalide wordt hij beschouwd, bij wien geen vooruitzicht bestaat op zoodanige toeneming van de arbeidskracht, dat hij ophoudt invalide te zijn.

Tijdelijk invalide is hij, waarbij de invaliditeit onafgebroken



een half jaar bestaan heeft, en er uitzicht bestaat, op een zoodanige toewijding van de arbeidskracht, dat hij ophoudt invalide te zijn.

In de Invaliditeitswet wordt *ouderdom* met invaliditeit gelijkgesteld, onverschillig, of de verzekerde werkelijk invalide is, of niet. De leeftijd, welke oorspronkelijk door minister TALMA op 70 jaar gesteld was, is later gesteld op 65 jaar. Men is van de gedachte uitgegaan, dat *ouderdom* is te beschouwen als een vorm van invaliditeit.

## HOOFDSTUK IV.

### De beoordeeling der arbeidsgeschiktheid voor de Ziekte-, Ongevallen- en Invaliditeitswet.

#### A. Korte inleiding.

Van de veronderstelling wordt uitgegaan, dat degenen, over wie dit hoofdstuk handelt, vallen onder de sociale verzekeringswetten, zoodat de vraag van het al of niet verzekerd zijn, hier onaangeroerd kan blijven.

Voor de beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid van den verzekerde staat op de allereerste en allergewichtigste plaats de beoordeeling van diens gezondheidstoestand. Immers, zonder hiervan geheel op de hoogte te zijn, is de bepaling van den graad van arbeidsgeschiktheid onmogelijk. Het is hierbij noodig den mensch in zijn geheel te bezien, om een duidelijk beeld te verkrijgen van de algeheele lichamelijke en geestelijke productiviteit van dien mensch, en zich niet te laten verleiden om in hem een wezen te zien, samengesteld uit een aantal afzonderlijke organen. Deze bewering moge wat ouderwetsch en overbodig klinken, doch maar al te vaak wordt hiertegen nog gezondigd.

Het is alleen de arts, die in staat is iemands gezondheidstoestand te beoordeelen, vandaar dat ook meestal aan hem wordt overgelaten de arbeidsgeschiktheid van een verzekerde te bepalen. Hoewel uiteindelijk de beslissing niet aan den arts wordt overgelaten, wordt toch meestal op zijn oordeel afgegaan en houden de besturen der verzekeringsorganen zich bijna altijd aan de rapporten van hun geneeskundige adviseurs.

Dit stelt aan deze artsen zeer bijzondere eischen. Eischen als mensch en als arts. Bovendien mag men van hen verwachten, dat zij voldoende kennis bezitten van het bedrijf en van den door den verzekerde in dit bedrijf te verrichten arbeid, om eenigszins met nauwkeurigheid te kunnen beoordeelen, tot welken arbeid de verzekerde, naar wiens arbeidsgeschiktheid gevraagd wordt, nog in staat is. Goede samenwerking en verstandhouding met beroepsdeskundigen is daarvoor noodig. Voor de Invaliditeitswet zijn loonkundigen ingeschakeld. Het kennis nemen van de meest voorkomende werkzaamheden in een bepaald bedrijf is voor den arts niet moeilijk. Door het nauwkeurig ondervragen van den ar-

beider zelf en door zich te laten voorlichten, eventueel door zelf te gaan aanschouwen, zal hij hiervan spoedig op de hoogte zijn.

In ons land, waar behandeling en contrôle zoo goed als gescheiden zijn, wordt door den huisarts slechts zelden meer de arbeidsgeschiedheid van zijn eigen patiënten bepaald voor een van de verzekeringsorganen. In een groot deel der gevallen bepaalt echter de huisarts de arbeidsgeschiktheid mede, door zijn directen invloed op den patiënt, al of niet in overleg met den controleerenden geneeskundige. Ik stip dit hier slechts aan, daar een nadere bespreking thuis zou behooren in een verhandeling over scheiding tusschen contrôle en behandeling, en de verhouding huisarts-controleerend arts. Ook de kwestie „vol-ambtenaar of half-ambtenaar” en wie van beiden de arbeidsgeschiktheid van een verzekerde moet bepalen, blijft geheel buiten beschouwing.

Alleen een enkele opmerking over het belang van den huisarts is toch wel ter plaatse. Hij is het toch, die den patiënt van vroeger kent. Om iets over de arbeidsgeschiktheid van den verzekerde te weten te komen, vóór dat deze door een ongeval getroffen of ziek werd, is toch wel in de eerste plaats zijn huisarts aangewezen. De loonstaten alleen toch kunnen den verzekeringsarts of het verzekeringsorgaan niets mededeelen over den toestand van het hart of van de longen van den patiënt, zooals deze waren, voordat hij ziek werd, of een ongeval kreeg. Al moge de anamnese een aanwijzing geven in een bepaalde richting, een eventuele verergering van een reeds bestaande ziekte door een ongeval is zonder inlichtingen van den huisarts niet juist te beoordeelen. De verhouding huisarts—controleerend arts behoort dan ook goed te zijn. De huisarts behoort niet op de beslissingen van den controleerenden arts vooruit te loopen; de controleerende arts behoort in twijfelachtige of moeilijke gevallen overleg te plegen met den huisarts.

In mijn inleiding wees ik er reeds op, dat het mensch zijn, het arts zijn bepaalt. Dit geldt zeker, indien het gaat om de sociale belangen van den verzekerde. Deze ziet in den arts, die aangewezen is om den dag te bepalen, waarop hij weer geheel of gedeeltelijk zijn werk mag hervatten, alleen den vertrouwensman van de verzekering, en meent ten onrechte, hierin vaak gesteund door zijn huisarts, dat het den controleur er alleen maar om te doen is, hem zoo snel mogelijk aan het werk te zenden. De arts moet dan ook trachten, zich zoo goed mogelijk op de hoogte te stellen van de klachten van den patiënt, vertrouwen te wekken, echt van onecht te onderscheiden. Groote praktische ervaring en levenservaring moeten samengaan met volstreekte eerlijkheid, zoowel ten opzichte van het verzekeringsorgaan, als van den patiënt, waarover rapport uitgebracht moet worden. De arts moet kennis nemen van de

sociale omstandigheden en van de werkgelegenheid van den verzekerde, daar deze van grooten invloed kunnen zijn op de „instelling” van den patiënt tegenover de „verzekering”.

Tal van vragen doen zich verder voor. Kunnen we de arbeidsgeschiktheid objectief vaststellen, of zijn we aangewezen op subjectieve maatstaven? Welke zijn de objectieve methoden? Maakt een geringe objectieve vondst den patiënt arbeidsongeschikt, of overdrijft hij? Simuleert patiënt? Is patiënt door een ongeval getroffen of is hij ziek?

Is eenmaal de mate van arbeidsongeschiktheid vastgesteld, dan moet daarover rapport worden uitgebracht. Ieder verzekeringsorgaan heeft daarvoor zijn eigen formulieren. Het maakt daarbij verschil, of men de arbeidsgeschiktheid te beoordeelen heeft voor de Ongevallen-, Ziekte- of Invaliditeitswet. In het algemeen komt het wel hierop neer, dat, nadat overleg gepleegd is met den huisarts, en door verzekerde of werkgever, of door beiden, aangifte is gedaan bij het uitvoerend orgaan van het desbetreffende onderdeel van de sociale verzekeringswetten, dit ten opzichte van de arbeidsgeschiktheid de volgende vragen stelt:

- 1) Bestaat er arbeidsongeschiktheid?
- 2) Bestaat de ongeschiktheid wegens ziekte of ongeval?
- 3) Is verzekerde ongeschikt in het algemeen tot het verrichten van arbeid of wel speciaal tot het verrichten van „zijn” arbeid?
- 4) a) Houdt, indien het een ziekte is, het ziektegeval verband met, of is het een voortzetting van, één of meer gevallen, of is het op zich zelf staand?
- b) Indien er een ongeval is, is dit dan ontstaan in dienstverband? Is er opzet, roekeloosheid of misdaad in het spel?
- 5) Is de arbeidsongeschiktheid een gevolg van ouderdom?
- 6) Is de geneeskundige behandeling doelmatig en houdt verzekerde zich aan deze behandeling?
- 7) Wendt verzekerde zijn klachten voor, of overdrijft hij?
- 8) Welke is de mate en de vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid?
- 9) Welke is de diagnose?

Een zeer belangrijk deel van het rapport behoort te zijn de gang en de uitkomst van het onderzoek. Bijna altijd vinden we, en vooral in de oudere literatuur, klachten over onvolledigheid en oppervlakkigheid van anamnese en onderzoek. Vooral dan blijkt, van hoe groot belang een goede anamnese, goed algemeen en lokaal onderzoek is, wanneer door een van beide partijen beroep wordt aangeteekend, of wanneer het er om gaat, een eventueelen samenhang tusschen ziekte en ongeval na te gaan.

Er bestaan dan ook verschillende schemata over den gang van dit onderzoek.

### B. Zijn de beoordeelingen der arbeidsgeschiktheid objectief of subjectief ?

Tijdens de eerste jaren van het ontstaan van de sociale verzekering werd herhaaldelijk de vraag besproken, of een zuivere bepaling van de arbeidsgeschiktheid mogelijk was, terwijl daarbij vooral voor de ongevallenverzekering de vraag werd opgeworpen, of men bij eenige benadering het percentage eener arbeidsgeschiktheid bepalen kan. Bij ziekte heeft men met gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid weinig te maken, daar men hierbij meestal slechts bepaalt, wanneer de verzekerde weer in staat is zijn werk te hervatten. Wat de gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid bij ziekte betreft, hierop wordt in het hoofdstukje over de bepaling der arbeidsgeschiktheid bij ziekte nader ingegaan.

De beoordeeling, wanneer bij ziekte arbeidsongeschiktheid bestaat, is juist bij de meest voorkomende en lichtere ziektegevallen zeer moeilijk. Het zijn juist de dagelijksche dingen, de vage pijnen, de lichte rheumatische klachten, de lichtere anaemieën, klachten over slapte en moeheid, verschillende neurasthenische klachten, die de grootste moeite opleveren. Voor den huisarts is de moeilijkheid wellicht minder groot dan voor den controleerenden arts. De eerste toch kent zijn patiënten en hun lichamelijke en geestelijke vermogens van jaren her. Hij kent hun voornaamste belevenissen, familieverbindingen en voorouders. Het advies van zijn huisarts, althans zoo is het nog op het platteland, geldt voor den patiënt dan ook zwaar. Op de welgemeende vraag van den arts aan zijn patiënt, of hij zijn werk nog doen kan, volgt dan ook meestal diens eerlijke overtuiging, al of niet bevestigend. Stemt de objectieve vondst van den huisarts niet overeen met de beweerde lasten van den patiënt, dan zal zijn oordeel afhangen van wat hij weet van karakter en aanleg van zijn patiënt. Kent hij hem overigens als een flinken man, wilskrachtig en met een zekere volharding, die genoeg scheidt in zijn arbeid, geen bijzondere moeilijkheden heeft, dan zal hij eerder van diens arbeidsongeschiktheid overtuigd zijn, dan van den slappeling, die voor ieder wissewasje naar den dokter loopt en hem ieder oogenblik raadpleegt over pijnen en pijntjes. Van niet te miskennen invloed is de verhouding in het gezin. De „al te liefhebbende vrouw”, die den man voorpraat, dat hij nog te veel lasten heeft om te werken, of dat hij nog te zwak is om aan het werk te gaan, of wel, dat de ziekte wel eens „terug zou kunnen slaan”, heeft een nadeeligen invloed en doet de subjectieve klachten verergeren.

Een zuivere objectieve maatstaf blijkt dus niet aan te leggen, en de arts zal zich laten leiden door de individueele verschillen van zijn patiënten. Het is slechts in betrekkelijk weinig gevallen, dat een diagnose en daarmede gepaard de arbeidsgeschiktheid, uitsluitend gesteld wordt op de objectieve gegevens; veelal zelfs wordt een diagnose gesteld uitsluitend op de mededeelingen van den patiënt zelf. De gevallen, die met flinke koorts verlopen, of waar men duidelijke verschijnselen vindt van bronchitis of beginnende pneumonie, geven geen moeilijkheden. Aan den anderen kant vindt men vele gevallen met objectieve vondsten, zooals emphyseem of hartklepgebreken, waar men bij de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid min of meer subjectief te werk gaat.

Somde ik de moeilijkheden op voor den huisarts, hoe veel te meer gelden deze voor den controleerenden arts, die de patiënten, die hij te beoordeelen krijgt, te voren nimmer zag. Bij een eerste onderzoek is de bepaling van de arbeidsgeschiktheid hem dan ook soms volslagen onmogelijk en blijft hem dikwijls niets anders over, dan, indien de klachten hem daartoe aanleiding geven, den patiënt na een paar dagen weer voor hercontrôle op te roepen en hem die paar dagen als arbeidsongeschikt te beschouwen.

In deze gevallen kunnen de inlichtingen van den huisarts van groote waarde zijn en tot het gewenschte resultaat voeren.

Blijkt het, dat men bij de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid bij een ziekte voor een groot deel is aangewezen op subjectieve bevindingen, hoe staat dit bij de ongevalsverwondingen, waar, om het populair uit te drukken, de objectieve vondsten als het ware toch voor het grijpen liggen. Laten we REICHEL aan het woord, die in 1898 opmerkte: wel kan men gezichtsscherpte, gehoorsscherpte, beweeglijkheid van gewrichten, lengte van ledematen bepalen, hun waarde voor de berekening der arbeidsgeschiktheid lijkt me zeer twijfelachtig.

Zoo boud als deze woorden toen gesproken werden, zoo hopeloos is de zaak op het oogenblik niet meer. Er valt nu tenminste te bouwen op een ondervinding van meer dan 30 jaren. Voor het bepalen der arbeidsgeschiktheid bij blijvende invaliditeit na verwondingen heeft men bepaalde systemen opgebouwd, die, met individueele speling, het percentage der arbeidsgeschiktheid aan zouden geven, welke door REICHEL, evenals door vele andere artsen echter verfoeid werden, daar ze tot schijnobjectiviteit zouden voeren. VON WEISZAECKER noemde de beoordeeling der arbeidsongeschiktheid een „Voluntaristischen Akt“. In de caricatuur werd van „Kochentaxe“ gesproken.

Wanneer na een verwonding — en dit geldt vooral voor hoofdverwondingen — hoofdpijnen, duizeligheid en andere subjectieve klachten op den

voorground staan, is de moeilijkheid nog grooter. Men zou als slotconclusie kunnen zeggen, dat, daar in de ongevallengeneeskunde de objectieve vondsten grooter zijn, de objectieve vaststelling der arbeidsgeschiktheid hierdoor ook aan waarde gewonnen heeft. Het is echter niet te verhelen, dat ook hier subjectiviteit niet is buiten te sluiten, en vooral in die gevallen, waar de negatieve vondsten het grootst zijn. Ook daar, waar objectiviteit als het ware voor de hand ligt, zal men zich nog laten leiden door allerlei subjectieve indrukken, b.v. meer of minderen indruk over de intelligentie van den verwonde, den indruk van diens wilsenergie en van het arbeidstype, den totaalindruk, welke factoren de individuele verschillen van den te beoordeelen persoon uitmaken.

Den juisten dag te bepalen, waarop iemand weer zoover hersteld is, hetzij van ziekte of van ongeval, dat hij zijn werk weer geheel of gedeeltelijk verrichten kan, is voor een groot deel subjectief, en wordt door ervaring verkregen. Eenigen steun heeft men daarbij wel — om bijvoorbeeld geïnfecteerde wonden te noemen — aan verschijnselen als zwelling, roodheid, warmte, pijn; doch zijn deze verschijnselen verdwenen, dan kan één dag te vroeg aan het werk zenden de oude ontsteking weer op doen vlammen, terwijl het te laat aan het werk gaan een na-deel beteekent voor de verzekering. Ervaring en persoonlijkheid zullen hier de beslissing bepalen. Hierbij komt nog, dat er bij vele artsen en patiënten een neiging bestaat de werkhervatting op een Maandag te doen beginnen. POSTHUMA, algemeen practicus, wees er op, dat het onjuist is, dat alle menschen net op Maandag beter zouden zijn. De algemeene opvatting, dat die één of twee dagen langer er niet veel toe zouden doen, is niet juist, daar ze, behalve schade aan de verzekering, ook schade aan den patiënt toebrengen, daar „deze zoo snel mogelijk weer in het productieproces ingevoerd moet worden”.

In het landbouwbedrijf is het zeer wel mogelijk midden in de week werk te vinden, vooral in den seizoentijd, zonder dat daardoor iemand anders ontslagen behoeft te worden. Is dit werk niet te vinden, dan zou de verzekerde op het moment, dat hij hersteld was, normaal ook geen werk gevonden hebben, indien hij niet ziek geworden was.

Welke zijn nu de systemen, die de arbeidsongeschiktheid aangeven bij blijvende invaliditeit, en hoe is men aan deze gekomen?

### C. Over de tabellarische-mathematische methoden in de Ongevallenverzekering; vooraf iets over de lichte verwondingen en den invloed van de behandeling op de arbeidsgeschiktheid.

Het grootste deel der verwondingen behoort tot de zoogenaamde lichtere. Dit geldt zoowel voor de industrieverwondingen, als voor die in

den landbouw en bij mijnwerkers. De ernstige verwondingen met blijvende invaliditeit vormen het kleinste percentage.

In den regel geeft de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid van de lichtere verwondingen weinig moeilijkheden. Wanneer deze verwondingen (snijwonden, stoot- en knelwonden, enz.) lichaamsdeelen betreffen, die voor den arbeid een belangrijke functie te vervullen hebben, zullen ze, wanneer de verwonding een zekeren graad heeft, den patiënt arbeidsongeschikt maken. Hierbij is de aard van het werk van belang. Een voorbeeld moge dit toelichten.

Een arbeider met een versche snijwond aan één van de vingers, welke beperkt is gebleven tot de huid en de subcutis, moet in den herfst aardappelen uit den grond krabben. Het is duidelijk, dat deze arbeid voor hem ongeschikt is, wegens kans op verontreiniging van de wond met aarde en wellicht met tetanusbacillen. Bovendien zou de pijnlijkheid van den vinger hem het voortdurende gebruik verhinderen. Met deze zelfde verwonding kan hij echter wel achter een ploeg met paarden loopen. Een verbandje om den vinger is hierbij niet storend. In het algemeen is arbeid met een vingerverbandje, waarover meestal een leeren sloopje, zeer goed mogelijk. Een nat handverband daarentegen maakt iemand voor arbeid ongeschikt.

Uit dit eenvoudige voorbeeld blijkt wel, hoe noodig de arts op de hoogte moet zijn van de werkmogelijkheden en den aard van de te verrichten werkzaamheden. Of men bij een bepaalde verwonding arbeid al of niet toelaatbaar zal vinden, zal afhangen van de ervaring en de ondervinding van den arts en van den aard van het werk. Niet te ontkennen en van algemeene bekendheid is het feit, dat de verzekerde arbeider sneller het werk neerlegt, dan degene, die in het vrije bedrijf werkzaam is. Vóór het in werking treden van de Ongevallenwet bleef de arbeider langer aan den arbeid, dan daarna.

Een typisch voorbeeld daarvan is de tendovaginitis crepitans, welke o.a. ontstaat door het trekken van vlas. Vóór de gelijkstelling van deze afwijking, in 1928, met de gevolgen van een ongeval, werd door den arbeider, die zich „vertrokken” had, een stevige leeren riem om den pols gedaan, en vond een dusdanige onderlinge werkverdeling plaats, dat de verwonde door kon werken. In plaats van vlas trekken, legde hij voortaan een band om de schooven.

Ook kan bij een lichte verwonding de getroffene gedeeltelijk arbeidsgeschikt zijn. Het is begrijpelijk, zooals in het begin opgemerkt werd, dat iemand met een vingerverwonding wel ploegen kan, doch niet met de vingers in de aarde wroeten mag. In overleg met den werkgever-landbouwer is het veelal mogelijk voor zoo iemand in het zoo sterk gedifferentieerde landbouwbedrijf ander werk te vinden (b.v. heg knippen, ploegen, mennen, enz. al naar gelang van het seizoen). Soms kan hij alle voorkomend werk verrichten behalve melken. Met dezen arbeid



is de dag van den getroffen niet geheel gevuld. Het percentage der arbeidsgeschiktheid behoort in deze gevallen bepaald te worden naar de hoeveelheid werk, die er is. Een gevaar hierbij is, dat de werkgever arbeid zoekt, die toch gebeuren moet, doch anders uitgesteld zou zijn, en de arbeider hierdoor een geheelen dag volwaardigen arbeid verricht en door den boer slechts gedeeltelijk uitbetaald wordt, terwijl het overige door de verzekering gedragen wordt.

De wijze van behandeling zal van grooten invloed kunnen zijn op de arbeidsgeschiktheid. 21 Febr. 1935 kwam een 35-jarige man op mijn spreekuur met de zeldzame afwijking van een onderhuidsche strekpeesafscheuring van de eindphalanx van den rechter ringvinger, ontstaan, doordat hij met gestrekte vingers op een gevulden zak kwam te vallen. (N e d. T i j d s c h r. v o o r G e n e e s k. 16 Mei 1936). Zoowel chirurgische, als conservatieve behandeling is mogelijk. Bij de ingestelde conservatieve therapie droeg de patiënt een metalen hoesje over den vinger, zooals deze tijdens de aardappelrooicampagne gebruikt worden, om er de aardappelen mede uit den grond te krabben. Dit hoesje houdt den vingertop in een zeer behoorlijke extensie, vooral als aan de volairzijde nog een kleine verhooging wordt aangebracht (andere apparaatjes zijn beschreven door ROMBACH en VAN REE). Het voordeel was, dat de patiënt hierdoor slechts twee dagen arbeidsongeschikt was, terwijl bij chirurgisch ingrijpen de patiënt ongetwijfeld veel langer arbeidsongeschikt geweest zou zijn.

Ook bij de alledaagsche gevallen kan de ingestelde behandeling de arbeidsgeschiktheid sterk beïnvloeden. De Sociale Verzekering s g i d s van Jan. 1937 geeft onder den eenigszins spottenden titel „Strijders in het wit” een voorbeeld van een jongen, die, na zich in den duim gehakt te hebben, zich 2 maanden onder medische behandeling moest stellen, terwijl de eenvoudige verwijdering van den nagel de slechte genezing in enkele dagen zou hebben doen verdwijnen. Ten slotte bracht de na 2 maanden gevolgde extractie de genezing.

Van algemeene bekendheid is overigens, dat ongevalsverwondingen juist op het platteland veel langer duren dan in de stad, waar men spoediger en gemakkelijker specialistische hulp heeft. Onlangs werd daarop nog door VAN NES en KNOPPIEN gewezen. Bovendien bleek, dat een groot deel der verwondingen op het platteland onvoldoende behandeld werd. De volgende schemata, overgenomen uit het G e n e e s k u n d i g T i j d s c h r i f t der R.V.B. van Maart 1934 mogen dit nog eens verduidelijken.

**Na 13 weken genezen :**

	In het ziekenhuis van MAGNUS	Op het platte- land
46 schouderontwrichtingen	67,7 %	2,2 %
137 spaakbeenbreuken	71,4 %	2,9 %
120 enkelbreuken	47,4 %	0,8 %

**S p a a k b e e n b r e u k e n .**

**Platteland.**

**MAGNUS.**

91 % door huisartsen behandeld.

46 % onvoldoende repositie.

20 % grove dislocatie.

Na 13 weken slechts 2,9 % genezen.

Gemiddelde rente na 13 weken 25 %.

Blijvende rente van 10—30 %.

¼ van de gevallen onvoldoende vuist maken.

7 van de 137 gevallen: vingers blijven 3 cm. van de handpalm af.

Na 13 weken 71.4 % genezen.

Na 2 jaar 97 % rentevrij.

Slechts 3 % kreeg blijvende rente.

Werk gemiddeld na 45 dagen hervat.

Volgens een andere aanhaling uit hetzelfde artikel vond ZUR VERTH, dat bij breuken van den dijhs in een klein ziekenhuis 73½ % een blijvende rente krijgt, tegen 20 % in de groote ziekenhuizen. Verder wordt gefulmineerd tegen zelfbehandeling van wonden en worden de vele etterende wonden hiearaan toegeschreven, evenals aan het „Priessnitzen" van versche snijwonden.

Zoo zijn er talrijke ongevalsverwondingen, waarvan de juiste behandeling van grooten invloed blijkt te zijn op den duur der gevolgen, dus evenzoo op de arbeidsgeschiktheid. Ik noem hierbij nog slechts de diepe infecties van de handpalmen, peesscheedeontsteking, diep ingedrongen corpora aliena in de cornea. LOHMAR geeft een lijstje, bevattende de letsels, die zonder uitzondering ziekenhuisbehandeling noodig hebben, o.a. alle dijbeenbreuken, alle open beenbreuken, breuken, waarvan de breuklijn in de buurt van of in het groote gewricht ligt, bekken- en wervelbreuken<sup>1)</sup>, ontwrichtingen van groote gewrichten, enz. Ook op het

1) Met de opvatting, dat wervelfracturen ziekenhuisverpleging behoeven, is MUNTENDAM het geenszins eens. In een vergadering der afd. Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier der Ned. Mij. tot Bev. der Geneesk., betoogde hij met klem, dat wervelfracturen zonder zenuwbeschadiging thuis behandeld moeten worden. Indien den patiënt bekend wordt, dat hij een fractuur heeft, remt dit sterk de genezing.

platteland is het tegenwoordig met de moderne middelen van vervoer goed mogelijk, dat, zonder schade voor den patiënt, deze naar een ziekenhuis overgebracht kan worden. Overigens is het een bekend feit, dat eenzelfde wond met eenzelfde behandeling door denzelfden arts, bij den een sneller geneest, dan bij den ander.

Uit al deze gegevens blijkt, hoe moeilijk het daarom is een gemiddelden duur van arbeidsongeschiktheid aan te geven bij een bepaald letsel. Men moet daarbij steeds de omstandigheden in aanmerking nemen.

GRIFFITHS ging den gemiddelden duur van arbeidsongeschiktheid na bij 50.000 ongevalsangiften en deelde de verschillende gelijksoortige ongevallen in naar leeftijd, zwaar- en middelzwaar werk. Hoe grooter nu het aantal ongevallen, des te meer waarde de cijfers hebben. Zij zijn echter meer te beschouwen als een leidraad bij de beoordeeling van eigen gevallen, dan dat ze veel statistische waarde hebben. Ondanks het groote aantal aangiften worden van bepaalde afwijkingen nog slechts kleine getallen gevonden, o.a. slechts 1 geval van de wervelfracturen en van de fracturen van de processus transversi.

Het is duidelijk, dat bij de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid na ernstige ongevallen, waarbij een stoornis in den algemeenen toestand intreedt, of waarbij verlies van ledematen te betreuren is, deze in het begin geen moeilijkheden opleveren. Komt echter de tijd, dat de getroffene zijn werk weer gedeeltelijk hervatten kan, dan wordt de beoordeeling moeilijker. Den getroffene wordt dan een rente toegekend, welke steeds herzien kan worden. Dit kan ten allen tijde geschieden, en de toegekende rente zal afhangen van den op dat oogenblik bestaanden toestand. Langzamerhand zal er een toestand van rust, van genezing intreden en zal een blijvende rente toegekend worden voor de nog resteerende arbeidsongeschiktheid, waarbij de vóór het ongeval aanwezige arbeidsgeschiktheid op 100 gesteld wordt, zonder rekening te houden met eventueele vroegere, ziekelijke veranderingen. De getroffene is gewend geraakt aan het verlies van een bepaald lichaamsdeel en heeft grootere behendigheid gekregen met het hem overblijvende; hij heeft zich aangepast door het in werking stellen van zijn reservekracht, op overtuigende wijze bewezen door VAN EDEN. De vastgestelde blijvende rente kan slechts worden herzien, indien de toestand, die den maatstaf vormde voor de toekenning der loopende rente, veranderd is en in verhouding tot de mate dier verandering, of wanneer feiten bekend worden, die, wanneer ze eerder bekend geweest zouden zijn, invloed uitgeoefend zouden hebben op de vaststelling voor blijvende rente. Het komt er dus practisch op neer, de bestaande arbeidsgeschiktheid vast te stellen.

In Duitschland is de laagst toegekende rente, sinds de daar heerschen-  
de economische omstandigheden, naar een invaliditeit van 20 %, welke  
na 2 jaar zonder meer weg valt (SCHOLTZE). Tot nu had men in  
Duitschland renten in 5-vouden, doch SCHOLTZE meent, dat over  
5-vouden te strijden valt en wil slechts 10-vouden toekennen, waarbij  
hij wel  $33\frac{1}{3}$  en  $66\frac{2}{3}$  % erkennen wil. In Nederland is de laagste ver-  
goeding 10 % (KORTEWEG bepleitte in 1915 de laagste rente naar  
20 % invaliditeit) en worden 5-vouden toegekend. In Frankrijk kent  
men alle mogelijke renten, tot 2 % toe, (BRISSARD) o.a. voor cica-  
trisatie van de huid, lichte atrophie van kleine phalangen en meer der-  
gelijke kleine ongemakken, welke de arbeidsgeschiktheid weinig of niet  
beïnvloeden.

Hoe stelt men nu de blijvende arbeidsongeschiktheid vast? Volgens  
den reeds eerder aangehaalden REICHEL was de schatting in 1898 een  
geheel willekeurige. Voor verschillende beroepen had men bij verlies  
van bepaalde ledematen eenige wisselende grenzen, bijv. voor het verlies  
van den rechter arm  $66\frac{2}{3}$ —80 %. Men ging daarbij uit van de reeds  
voor dien tijd bestaande schattingen der particuliere ongevallenverzeke-  
ringsmaatschappijen. Daaraan knoopte men de volgende redeneering  
vast: stel het verlies van een rechter arm op 75 % ongeschiktheid, dan  
is het volgende deel: de rechterhand, toch ook zeer gewichtig en daarom  
65—70 %; de duim als gewichtigste van de vingers 25—30 %, enz. Ver-  
loor men meerdere lichaamsdeelen, dan telde men de percentages een-  
voudig bij elkaar. Zoo kwam men tot het belachelijke, dat iemand met  
een liesbreuk voor 10 % ongeschikt werd verklaard, en met een dub-  
bele breuk eenvoudig voor 20 %.

De fout, volgens REICHEL, was, dat men zich toen niet duidelijk voor  
oogen stelde, wat een schatting van 50 % inhield. Men dacht er niet  
aan, dat zoo iemand ook 50 % van zijn loon moet verdienen. Volgens  
REICHEL moet men voor de schatting van de arbeidsongeschiktheid  
dan ook uitgaan van

- 1) Op 100 stellen de som, die patiënt nog verdienen kon voor het  
ongeval of eventueel voor zijn ziekte.
- 2) Vaststellen, wat de getroffenene per jaar nog verdienen kan, nadat  
hij door het ongeval getroffen werd.

De verhouding dezer beide getallen zou dan het percentage der ar-  
beidsongeschiktheid aangeven. In de praktijk heeft deze wijze van vast-  
stellen van de mate der arbeidsgeschiktheid slechts weinig ingang ge-  
vonden. Beperkt wordt deze methode toegepast in Groot-Brittannië,  
Australië en Canada. Daarnaast worden schattingstafels gebruikt (I n-  
t e r n a t i o n a l e s A r b e i t s a m t 1 9 3 8). Het is duidelijk, dat van

een zuivere toepassing van deze wijze van vaststellen spoedig, en door werkgevers, en door werknemers, geprofiteerd zal worden. Het komt voor, dat werkgevers loon inkorten, om loon met rente samen niet hooger te doen zijn, dan wat een arbeider normaal verdient. Dus hoe lager het loon, des te hooger de rente, wat een voordeel beteekent voor den werkgever. Ook punt 1 heeft slechts in normale tijden zonder werkloosheid beteekenis. Het volgende, niet op zich zelf staande geval van loon korten, nam ik waar.

Bij een landarbeider van 35 jaar werd na een calcaneusfractuur, met fractuurlijn door het gewricht, wegens blijvende pijn door middel van chirurgisch ingrijpen een verstijving van het gewricht tusschen calcaneus en talus teweeggebracht. Er werd een blijvende rente naar 10 % invaliditeit vastgesteld. De verzekerde ontvangt de rente, terwijl hem door den boer ditzelfde deel op zijn loon gekort wordt. Deze arbeider verricht echter m.i. zijn werk ten volle, en dus komt de rente ten voordeele van den boer. Dit zelfde nam ik ook waar bij toekenning van tijdelijke rente.

Bij het in werking treden der Ongevallenwet in Duitschland beschikte men niet over bepaalde schattingstabellen. Gedeeltelijk had men eenigen steun aan de normen, die gebruikt werden door de particuliere ongevallenverzekeringsmaatschappijen. Hoe komt het, zegt REICHEL, dat, wanneer desondanks twee artsen onafhankelijk van elkaar eenzelfde geval te beoordeelen krijgen, hun schattingen zoo weinig uit elkaar loopen? Komt het, doordat die oorspronkelijk willekeurige schattingen door mededeelingen in de literatuur burgerrecht verkregen hebben? Een feit is, zegt REICHEL, dat sommige artsen een groote handigheid verkregen hebben in het vaststellen van een juiste rente. Deze uitspraak vereischt een nadere beschouwing. Allereerst is de meening, „een juiste rente vastgesteld te hebben” zeer betrekkelijk, daar de beoordeeling voor een deel subjectief is. Bovendien is, wat KORTEWEG zegt, in lijnrechte tegenspraak met hetgeen REICHEL mededeelt. KORTEWEG zegt, dat de schattingen van twee of meer artsen, onafhankelijk van elkaar vastgesteld, niet zoo dicht bij elkaar liggen. In 1909 werd door het Bestuur van de R.V.B. een commissie van drie controleerende geneeskundigen ingesteld, welke na een ingesteld onderzoek o.a. vond, dat invaliditeit niet op 20 % nauwkeurigheid te schatten viel. Eenmaal vond men zelfs een verschil van 45 %.

Ook het tijdstip, waarop een tijdelijke rente in een blijvende rente omgezet wordt, is geheel willekeurig. In sommige gevallen wordt een vaste termijn aangenomen, in andere gevallen stelt men de bepaling mede afhankelijk van leeftijd, beroep, andere afwijkingen, enz. In plaats van „dauernde” rente spreekt men daarom liever van „andauernde” rente (Internationales Arbeitsamt).

In „Die Bemessung der dauernden Erwerbsunfähigkeit in der Sozialversicherung: Internationales Arbeitsamt, 1938”, worden de verschillende wijzen, waarop het loon, door den getroffenene verdiend, als uitgangspunt voor de beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid kan dienen, medegedeeld. In dit werk zijn vastgelegd de resultaten van de besprekingen van het Bureau International du Travail van 16 tot 20 Nov. 1936 te Genève gehouden en door PENRIS in het Geneeskundig Tijdschrift der R.V.B. van Febr. 1937 gepubliceerd. Men kan het volgende vergelijken:

- a) Het loon, dat de getroffenene thans — op het oogenblik der invaliditeitsschatting — werkelijk verdient (dus werkelijk vastgesteld loon) of
- b) Het loon, dat de getroffenene thans zou kunnen verdienen (dus geschatte mogelijkheid op loon)

en dit te stellen tegenover :

- c) Het loon, dat deze zelfde man vóór het ongeval of vóór zijn ziekte werkelijk verdiende (b.v. het laatste jaar) of
- d) Het loon, dat in het algemeen een werkman van dezelfde soort als de te beoordeelen persoon, in doorsnee verdient, of
- e) Het loon, dat de getroffenene thans zou kunnen verdienen, indien hem geen ongeval getroffen had. Dit geldt evenzoo voor ziekte.

De mogelijkheid, onder punt a) medegedeeld, blijkt niet goed bruikbaar te zijn, daar veel factoren invloed blijken uit te kunnen oefenen op het werkelijk vastgesteld loon (werkloosheid, genoegen nemen met een minderwaardig baantje). Men zou dan punt b) moeten nemen, met a) als grondslag. Bij een schadeloosstelling voor de Ongevallenwet zou men dus het best b) (de geschatte mogelijkheid tot loon verdienen na het ongeval) met e) (de geschatte mogelijkheid tot loon verdienen, indien de getroffenene geen ongeval overkomen ware) kunnen vergelijken, M.i. echter geschiedt in principe hierbij niets anders dan het schatten van iemands arbeidsgeschiktheid, daar toch voor het schatten van het loon, dat iemand na een ongeval nog verdienen kan, toch in de eerste plaats diens lichamelijke toestand beoordeeld moet worden, en dit laatste dus primair is.

Aan verschillende leiddraden voor de beoordeeling van iemands arbeidsgeschiktheid bij blijvende invaliditeit ontbreekt het niet. Een zeer bekende is „Rentenman” van LINIGER, waarin op zeer overzichtelijke wijze, op menselijke figuurtjes, het verlies der betreffende lichaamsdeelen en daarnaast het percentage der invaliditeit aangegeven wordt. Dergelijke „sprekende” tafels hebben het groote gevaar in zich,

dat ze door hun groot uitdrukkend vermogen te star toegepast worden en men daardoor niet voldoende ruimte laat aan de voorkomende, verschillende, individueele afwijkingen. Het bezwaar van velen is, dat men deze tabellen te veel opvat als een rekensommetje. Als leidraad kunnen ze echter van onschatbare waarde zijn. Enkele andere tabellen geven weer uitgebreide casuïstieken met bijzonderheden over verwonding, verloop en aard van het werk (LINIGER en MOLINEUS). Deze beide schrijvers willen slechts bij zeer bijzondere gevallen van de gegeven getallen afwijken, b.v. hoogen ouderdom, belangrijke ziekte van den verwonde. Ieder beroep brengt zijn bijzondere moeilijkheden mee, waaraan echter in de practijk van de rechtspraak niet voldoende aandacht besteed wordt, zooals SCHUURMANS STEKHOVEN opmerkt; in tallooze uitspraken wordt het beroep niet eens genoemd. Ook de landbouw heeft zijn bepaalde eigenaardigheden, wat zich door het volgende geval goed laat illustreeren.

K., ongeveer 60 jaar, linkshandig, verliest ongeveer driekwart van zijn linker pink, welk deel door een hamer verbrijzeld werd en afgezet moest worden. Volgens de meeste bekende schema's zou aan patiënt geen enkele blijvende rente toegekend mogen worden. Het verlies van den pink, ook bij linkshandigen, wordt met 0 % gewaardeerd. Getroffene zegt echter, niet voldoende meer te kunnen melken. Melken moet met de volle hand geschieden; de melk moet van „boven worden aangehaald” en met den pink moet „het laatste er worden uitgedrukt”. Het „slot van den tepel” moet leeggedrukt worden. Als met de rechter- en linkerhand niet gelijk gemolken wordt, wordt de uier scheef en vermindert de handelswaarde van de koe. Dus geen enkele boer wil getroffene als melker hebben. Bestudeeren van melkmethoden, aangegeven door practici (TERPSTRA) en informeeeren bij ervaren melkers, al of niet opgeleid volgens de moderne melkmethoden, kan hier den weg aangeven 1). De man ontving geen enkele schadeloosstelling, waarbij hij zich neerlegde, doch melken heeft hij nadien niet weer gedaan. Overigens heb ik hem uit het oog verloren, daar hij zich in een andere gemeente vestigde.

In de verschillende landen en door de verschillende colleges in een zelfde land worden niet altijd gelijke maatstaven aangelegd bij de beoordeeling van de blijvende invaliditeit. Op het reeds genoemde Congres te Genève, uitgaande van het Bureau International du Travail, kwamen

---

1) Dr. VOGELENZANG, die zelf het melken beheerscht, is van oordeel, dat verschillende pinkletsels, o.a. het ontbreken van het eindlid tot en met het het verlies van den geheelen pink, bij het melken een invaliditeit veroorzaken van minder dan 10 % (H. A. VOGELENZANG, Vingerletsels van blijvenden aard in verband met de mate van arbeidsongeschiktheid voor het melken. Diss. Utrecht 1939). Bij alle door Dr. Vogelenzang onderzochte gevallen van pinkletsels, ligt er tusschen het oogenblik van het letsel en het tijdstip van het onderzoek een tijdsruimte van 10—50 jaar. Een antwoord op de vraag, hoe de aanpassing zal zijn bij pinkletsels bij melkers op ouderen leeftijd ontstaan, wordt niet gegeven.

de tafels voor invaliditeitsschattingen ter sprake. Er werd medegedeeld, op welke wijze men de tafels moet onderscheiden (PENRIS).

- a) Tafels, waarbij leeftijd en beroep buiten beschouwing blijven.
- b) Tafels, waarbij leeftijd en beroep wel in aanmerking worden genomen en dus het percentage varieert met den leeftijd en met het beroep, of
  - a) Tafels, die geen bindende, doch slechts richting gevende cijfers vermelden en
  - b) Tafels met bindende cijfers, waarbij men weer kan onderscheiden:
    - 1) Tafels, die slechts één cijfer vermelden, dat dan als minimum geldt.
    - 2) Tafels, die zowel een maximum als een minimum geven, die als zoodanig bindend zijn.
    - 3) Tafels, die een bindend cijfer vermelden.

De beste tafels zijn die, welke geen bindend cijfer vermelden, en daarnaast nog beroep en leeftijd aangeven. Internationale cijfers zijn onbruikbaar, daar ze aangepast moeten worden aan de omstandigheden van het land. Brazilië heeft o.a. bindende tafels met getallen voor 367 letsels en 966 beroepen.

Een rationeele wijze tot het vaststellen van blijvende invaliditeit is het vaststellen van hetgeen de getroffene functioneel nog verrichten kan; het functioneel vermogen van den verzekerde. Deze methode werd uitgewerkt door MAC BRIDE, die vindt, dat voor den arbeid van den mensch van belang zijn 1) de snelheid van handelen; 2) een juiste coördinatie van bewegingen; 3) de kracht; 4) de veiligheid; 5) het uithoudingsvermogen; 6) het normaal lichamelijk prestatievermogen. De som van deze functies wordt op 100 gesteld, terwijl iedere functie apart een bepaalde waarde vertegenwoordigt. Als voorbeeld uit het boek van MAC BRIDE moge dienen de ankylose van het kniegewricht in strekstand (blz. 243). Het totale verlies van een been wordt op 100 gesteld. De gevolgde berekening en opsomming van de verschillende functioneele factoren heb ik onvertaald gelaten, daar deze dan beter tot hun recht komen.



Permanent disability in ankylosis of the knee.  
 Function affected by disability: balancing, lifting, twisting, turning, pivoting, pushing, springing, pressing, touching, rising, kneeling, kicking, squatting, striking, walking, stepping, standing, running.  
 100 per cent loss = amputation or its equivalent.

Clinical factors contributing to disability	Quickness, alertness, speed, energy		Coordination, correlation both legs and body		Strength, power, leverage		Security, reliability, confidence, control		Endurance, stability, tolerance		Safety as a workman		Prestige of physique, employment, chance of acceptance		Total value of part	
	Value	Loss	Value	Loss	Value	Loss	Value	Loss	Value	Loss	Value	Loss	Value	Loss	Value	Loss
	10 %		20 %		20 %		10 %		20 %		10 %		10 %		100 %	
	Delayed action	7,0	Awkwardness	13,0	Weakness	7,0	Insecurity	2,5	Interruption fatigue	8,0	Increased risk	4,0	Averse influence	5,0	Loss to leg	46,5
Total ankylosis in full extension	70 %	7,0	65 %	13,0	35 %	7,0	25 %	2,5	40 %	8,0	40 %	4,0	50 %	5,0		

Deze methode lijkt mij, boven de tafels, het voordeel te hebben, dat bij de bepaling der arbeidsgeschiktheid nu meer bewust de factoren nagegaan worden, welke bij het individu de geschiktheid tot arbeiden bepalen. De waardebepaling der verschillende factoren blijft een zekere willekeur houden, al wil schrijver door talrijke afbeeldingen de belangrijkheid van bepaalde functies aantonen.

Van eenige landen heb ik ter vergelijking eenige tafels naast elkaar geplaatst en heb daartoe tafels genomen, die niet als bindend gelden. hier en daar een minimum en een maximum vermelden en in sommige gevallen onderscheid maken tusschen links en rechts. Opzettelijk heb ik geen tafels gekozen, die bovendien nog beroep en leeftijd aangeven, daar dit veel te uitvoerig zou worden. Het schema is gedeeltelijk aan ROSTOCK ontleend, gedeeltelijk aan wat STAS mededeelde in het *Geneeskundig Tijdschrift van de R.V.B.* De meest zeldzame „blijvende” ongevalsverwondingen zijn weggelaten. Voor Frankrijk heb ik, zooveel mogelijk, gelijke of daarmee overeenkomende verwondingen bijeengezocht uit hetgeen BRISARD-FAUQUES-GRAZ en IMBERT-ODDO-CHAVERNAC mededeelden. Voor Amerika nam ik de gegevens van MAC BRIDE. Voor het toekennen van blijvende rente bij verlies of vermindering van het gezicht van één of beide oogen, raadpleegde ik GRAVESTEN en BROCX, welke laatste een belangwekkende beschouwing hield over het al of niet toekennen van rente bij verlies van één oog, indien bleek, dat dit verlies geen invloed had op de arbeidsgeschiktheid. Hier partij te kiezen lijkt mij zeer moeilijk, daar het redelijk schijnt, een getroffen schadeloos te stellen voor een zoo belangrijk verlies als zijn oog, al heeft dit verlies ook geen invloed op de arbeidsgeschiktheid. Het meest juist lijkt mij echter, geen rente toe te kennen, onder dit voorbehoud, dat, indien het gezichtsvermogen van het andere oog, door welke oorzaak ook, mocht verminderen, dan dadelijk een blijvende rente toegekend wordt, afhankelijk van den graad van de vermindering van de gezichtsscherpte van het gezonde oog; bij totaal verlies 100 %. Deze meening vindt een ondersteuning in het feit, dat MARIJT bij 50 één-oogige niet-ongevallenwets-patiënten van verschillend beroep vond, dat zij practisch geheel valide waren, zoodat alleen op grond van geringe praestatie geen schadeloosstelling gemotiveerd is. Bij ongeveer 3000 één-oogigen, bekend aan de R.V.B., heeft geen dezer het andere oog verloren. Belangrijk zijn de tabellen, die ZEEMAN samengesteld heeft voor de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid bij een bepaalden visus van één of van beide oogen. Van belang zijn de restricties, die ZEEMAN hierbij aanbrengt, waarvan de voornaamste wel is, dat wanneer een oog na een ongeval en na aanpassing een ge-

ringeren visus heeft dan het andere, dit meerdere risico uitgedrukt moet worden in meerdere toekenning van rente van 5 tot 10 %. De toegekende rente bij verlies van één oog wordt door ZEEMAN een risico-premie genoemd, zoodat hij meent dat deze premie niet gekort mag worden op het loon.

HOOFD.	Neder- land in %	Duitsch- land in %	Frank- rijk in %	Ameri- ka in %
Skelet-letsels zonder neurol. afwijkingen.				
Gat in het schedeldak al naar de grootte (dragen van een pelotte noodzakelijk).	?	10—40	20—60 <sup>1)</sup>	14—26
Infractie van den orbitaalrand en van het jukbeen, al naar den graad van de gezichtsafwijking.	?	0—15	5—18	?
Schedelbasisfractuur.	?	0	?	?
HERSENEN.				
Commotio cerebri met objectief aantoonbare neurologische afwijkingen.	?	10—30	10—25	?
Ditzelfde met evenwichtsstoornissen (labyrinthaire duizeligheid).	?	20—60	30	?
Posttraumatische epilepsie.	?	40—100	40	21—56
Facialisparese zonder oogbeschadiging.	?	10	15 <sup>2)</sup>	?
OOG.				
Totale blindheid.	100	100	100	100
Verlies van één oog of het gezicht daarvan	0—15	25	25	15
Verlies van de lens van één oog (al naar gezichtsscherpte met bril).	?	10—20	10—15	?
Vermindering van de gezichtsscherpte van				
één oog tot op	$\frac{1}{10}$ 0—10	0—10	22,5	?
één oog tot onder	$\frac{1}{10}$ 10—15	10—20	15—20	?
beide oogen tot op	$\frac{1}{10}$ 10—65	10—50	10—95	?
beide oogen tot onder	$\frac{1}{10}$ 80—100	50—100	70—100	?

1) Meestal werden subjectieve klachten aangegeven, zooals hoofdpijnen, kloppingen in het hoofd. In eenige andere gevallen betrof het te controleeren verschijnselen, zooals lichte facialisparese, lichte parese van den rechter arm. De indruk wordt gevestigd, dat de Fransche renten, juist door de aanwezige klachten, hooger berekend worden.

2) Lichte duizeligheid werd aangegeven.

	Neder- land in %	Duitsch- land in %	Frank- rijk in %	Ameri- ka in %
Hemianopsie	?	30—40	25—100	?
Dubbelzien	?	20	5—25	?
Oogspierverlammingen (Bij totale verlamming van alle spieren)	?	10—25	10—33 60—67	?

#### GEHOOR.

Eenzijdig volledig verlies van het gehoor	?	10—15	15—25	10
Dubbelzijdig „ „ „ „ „	?	35—50	45—60	40
Eenzijdige fluisterspraak onder 2 M.	?	10—15	5—15 <sup>1)</sup>	10
Dubbelz. „ „ 2 M.	?	25—40	15—45 <sup>1)</sup>	20
„ „ van 2—4 M.	?	10—25	5—30	5—12
Eenzijdige „ van 2—4 M.	?	0—10	0—10	0—5

#### REUK- EN SMAAKORGANEN.

Ozaena	?	20—30	?	?
Vernauwing neusgang met ademverhin- dering	?	15	5—10	?

#### MONDHOLTE.

Kaakklem, waardoor het slechts mogelijk is vloeibaar voedsel te gebruiken	?	20—30	10—40	?
Verlies van meerdere tanden totdat de prothese klaar is.	?	0—20	10—15	?

#### HOOFD EN HALS.

Bijzonder sterke verminking van het gelaat	?	20—50	?	?
Scalpeering bij vrouwen	?	33	man 15	?
Totaal verlies van den neus	?	25	?	?
Noodzaak van het dragen van een ca- nule bij tracheotomie	?	50	50	?

#### BORSTKAS.

Longhernia	?	20—50	?	?
Intercostaalneuralgie na ribfractuur	?	10—30	10—12	?

#### WERVELKOLOM.

Breuk van het wervellichaam zonder ze-  
nuwbeschadiging.  
Rente al naar de functie van de wer-  
velkolom.

1) Voix chuchotée, entendue à 10 centimeter.  
Voix haute, entendue à 1,25 M.

	Neder- land in %	Duitsch- land in %	Frank- rijk in %	Ameri- ka in %
Ongeveer in het eerste jaar	?	40—60	} 12—60 }	17—63
Ongeveer in het tweede jaar		20—40		
Wervelbreuk met gedeeltelijke rugge- mergbeschadiging	?	80—100	40—100	60—100
Blaas- en darmstoornissen na wervel- fractuur	?	25—50	?	16,5—100
Fractuur van doornuitsteeksel				
In het eerste jaar	?	10—30	} 2—10 }	8,5—40
In het tweede jaar	?	0—10		
Fractuur van dwarsuitsteeksel				
In het eerste jaar	?	10—30	} 2—10 }	11,5—31
In het tweede jaar	?	0—10		

### BUIKORGANEN EN BUIKWAND.

Liesbreuken, navelbreuken, litteekenbreu- ken, enz.	?	10—30	10—33	8,5—27,5
Verlies van de milt				
Tot 2 maanden na het ongeval	?	100		?
Volgende 2 maanden	?	75	} 25—30 }	?
Volgende 3 maanden	?	50		?
Na 9 maanden	?	25		?
Na 2 jaar	?	0		?
Darmfistel	?	30—40	20—90 <sup>1)</sup>	?
Verlies sphincter ani	?	30	?	?
Volledige blaasincontinentie	?	60—100	40	?
Urinefistel met de noodzakelijkheid van het dragen van een urinaal	?	30—50	40—60	?
Verlies van een zaadbal	?	0	0	?
Verlies van beide zaadballen op jeugd- igen leeftijd met uitvalverschijnselen	?	30—50	40—50	?
Verlies van den penis	?	20—30	?	?

1) 20—30 % bij fistel rechts; 40—70 % bij laag gezetelde fistel; 70—90 % bij hoog gezetelde fistel.

BOVENSTE LEDEMATEN. ARM.	Neder-	Duitsch-		Frank-	Ameri-	
	land in %	land in %	land in %	rijk in %	ka in %	ka in %
		R.	L.	R.	L.	
Exarticulatie in den schouder, benevens hooge bovenarmamputatie (stomp korter dan 10 cm., gemeten vanaf proc. coracoid.)	80	75	66 <sup>2</sup> / <sub>3</sub>	80—85	70—75	100
Van de veronderstelling wordt uitgegaan, dat de functie van het overgeblevene normaal is, met normale stompverhouding. Dit geldt voor alle volgende afwijkingen.						
Amputatie in het midden van den bovenarm	75	66	60	75	65	85
Hooge onderarmamp. ; exarticulatie in den elleboog ; bovenarmamp. juist boven de condylen van den humerus	70	60	60	75	65	?
Exarticulatie van een hand in den pols; lage onderarmamputatie	65	60	50	65—70	55—60	66 <sup>2</sup> / <sub>3</sub>
Verstijvingen en verlammingen worden om niet te uitgebreid te zijn, niet medegedeeld.						
HAND.						
Verlies van een vinger (wijsvinger)	0	0	0	6—15	3—10	10
Middelvinger	0	(10)	(0)	(15)	(10)	8
Ringvinger; pink	0	0	0	—	—	6
Verlies eindlid van den duim	0	?	?	6—10	3—10	?
Verlies duim	15—20	25	15	25	10	?
Verlies duim met bijbehorend middenhandsbeen	20—25	25	15	30	25	20
Verlies ringvinger en pink	20—25	30	20	23—35	23—30	?
Verlies wijs- en middelvinger	15—20	25	20	20	15	?
Verlies middel-, ringvinger en pink	20—25	25	20	35	25	?
Verlies wijs-, middel-, ringvinger en pink	35	40	35	35	25	?
Verlies wijs-, middel-, ringvinger en pink	50	45	40	50	40	?
Verlies duim en wijsvinger	35—40	?	?	45	35	?
ONDERSTE LEDEMATEN. BEEN.						
Exarticulatie in de heup; hooge dijbeenamputatie	70—80	80	80	85	90	100

	Neder- land in %		Duitsch- land in %		Frank- rijk in %		Ameri- ka in %
			R.	L.	R.	L.	
Dijbeenamputatie in het midden van het dijbeen	60	80	80		75	80	?
Lage dijbeenamputatie	50—60	75	75		70	70	85
In strekstand verstijfde knie	25	33 <sup>1</sup> / <sub>3</sub>	33 <sup>1</sup> / <sub>3</sub>		30—40		46,5
Hooge onderbeenamputatie; exarti- culatie in de knie; GRITTI, SSABANEJEFF	40—50	60	60		60—70		?
Onderbeenamputatie op de grens van onderste en middelste derde deel	35—40	50	50		50	50	50
VOET.							
PIROGOFF.	30	?	?		45	45	?
Verlies van een voorvoet (amputa- tie door de metatarsalia), LIS- FRANC, CHOPART	20—25	33 <sup>1</sup> / <sub>3</sub>	33 <sup>1</sup> / <sub>3</sub>		25—30		?
					CHOPART		
Verlies van een grooten teen met het kopje van het eerste midden- voetsbeentje	0—15	15—30			35—40	grooten teen	
Verlies van één tot en met 5 teenen (Alle teenen)	0	0—15			15—20		8
					3—5		?
					(20—25)		

Bij een onderlinge vergelijking van de medegedeelde tabellen, treft het, dat in de verschillende landen de gemiddelden niet zoo sterk van elkaar afwijken, als wel verwacht kon worden op grond van volksaard en aard van het in deze landen gevolgde verzekeringsstelsel. Over het algemeen maakt men gebruik van 5-vouden. Frankrijk maakt daarop een uitzondering en de Amerikaansche cijfers van MAC BRIDE doen dit gedeeltelijk ook. Daar, zooals reeds herhaaldelijk gezegd werd, de resterende arbeidsgeschiktheid slechts bij benadering te bepalen is, heeft het geen zin andere getallen dan veelvouden te gebruiken, terwijl een veelvoud van 5 wel het gemakkelijkst is. De rechtsprekende organen van Frankrijk gebruiken dan ook niet anders dan 5-vouden, terwijl onder 5 % geen rente toegekend wordt. (Internationales Arbeitsamt: Die Bemessung, enz. 1938). De cijfers van MAC BRIDE lijden aan hetzelfde euvel en zullen zeker aan waarde winnen, wanneer ze afgerond worden tot veelvouden. Veelvouden van 10 zijn aan te bevelen boven die van 5. Sommigen hebben vastgehouden

aan een invaliditeit van  $\frac{1}{3}$  ( $33\frac{1}{3}\%$ ) en  $\frac{2}{3}$  ( $66\frac{2}{3}\%$ ). Een rentetoekenning van 95 %, zooals in Frankrijk gebeurt, heeft een waarde van practisch 100 %, zoodat het redelijk is hier een invaliditeit van 100 % aan te nemen. Evenmin heeft een rentetoekenning van b.v. 2 % eenigen zin, daar in dit geval practisch geen invaliditeit bestaat. De in Nederland medegedeelde cijfers zijn over het algemeen lager dan de buitenlandsche, wat vooral geldt voor die van de onderste ledematen. De Fransche cijfers zijn hier en daar wat hooger dan de Duitsche. Omtrent de medegedeelde getallen voor de blijvende schade, aan de oogen toegebracht, wordt van Fransche zijde opgemerkt, dat deze cijfers niet gelden voor de zoogenaamde visuele beroepen, zooals horlogemaker, graveur en andere. De percentages moeten hierbij hooger berekend worden.

Over het geheel genomen maakt het niet veel uit, welke tabel men raadpleegt, daar deze slechts weinig van elkaar verschillen. Steeds toch moeten de gegeven waarden aangepast worden aan de omstandigheden, die bij ieder individu, bij ieder beroep en in ieder land verschillend zijn, terwijl men voortdurend voor oogen moet houden, dat deze cijfers slechts „leidende” waarde hebben. De meest ideale wijze zou zijn, van iederen getroffen diens „functioneel vermogen” te bepalen. Ten overvloede zij nog medegedeeld, dat de Amerikaansche cijfers, vergeleken bij de andere, aan den hoogen kant liggen.

#### D. Eenige verschillen met de particuliere ongevallenverzekering.

Het groote verschil tusschen de particuliere en de wettelijke ongevallenverzekering is, dat de eerste een zuiver zakelijke onderneming is. De bedoeling is, dat winst verkregen wordt. De verzekering is een geheel vrijwillige. Agenten werven toekomstige verzekerden onder die groepen, waarvoor de wet niet voorziet: kleine ondernemers (smeden, timmerlieden), winkeliers, kleine middenstanders en hen, die uit hoofde van hun beroep grootere kans op ongevallen hebben, zooals artsen (autorijden, verwondingen met besmet materiaal). Voor deze laatsten — en ook voor andere groepen — kan de polis nog aparte voorwaarden bevatten voor het ziek worden aan de infectieziekten, zooals roodvonk, dyphtherie, typhus. Over het algemeen is samenhang tusschen het ongeval en de uitoefening van het beroep niet noodig. Naast deze particuliere ongevallenverzekering is er voor de kleine werkgevers nog de mogelijkheid een vrijwillige ongevallenverzekering te sluiten (art. 87 Ongevallenwet).

De premie voor een particuliere ongevallenverzekering is gedeeltelijk afhankelijk van de gevarenklasse, waarin de verzekerde ingedeeld



wordt. De uitkeering geschiedt naar een van te voren overeen te komen bedrag en is niet afhankelijk van het loon van den verzekerde. De te betalen vaste premie wordt vooraf vastgesteld.

De contrôle laat over het algemeen bij ongevallen met tijdelijke uitkeering veel te wenschen over, op enkele gunstige uitzonderingen na. Ook is de contrôle soepeler, dan bij de wettelijke ongevallenverzekering. Kennelijk zit de bedoeling voorop, den verzekerde te vriend te houden. Op andere wijze laat zich niet verklaren, dat een verzekerde met een lichte contusie van zijn voet 2 maanden uitkeering kreeg, zonder dat hij medisch gecontroleerd werd.

Voor den duur van een uitkeering bij tijdelijke invaliditeit wordt rekening gehouden met het beroep van den verzekerde. Tijdelijke uitkeering houdt op, wanneer de getroffene zijn beroep weer geheel hervatten kan. Bij blijvende invaliditeit maakt iedere verzekeringsmaatschappij van haar eigen tabellen gebruik, waarbij geen rekening gehouden wordt met het beroep van den verzekerde. Als voorbeeld wordt meestal aangehaald, dat een beroepsvoetballer bij verlies van een vinger van de linkerhand evenveel schadeloosstelling zal ontvangen als een grondwerker, tenzij bijzondere polisvoorwaarden anders bepalen. Bij overlijden na een ongeval wordt meestal een vast bedrag uitgekeerd. Op het eerste gezicht lijkt men dus met een „sommen“-verzekering te doen te hebben. SCHUIRMANS STEKHOVEN meent, dat men in werkelijkheid echter met een „schadeverzekering“ te doen heeft. Hij meent echter, dat het „schadeverzekeringskarakter“ beter tot zijn recht moet komen.

Eenheid van uitkeering door de particuliere ongevallenverzekeringsmaatschappijen bij blijvende invaliditeit bestaat in Nederland niet. Duitschland bezit een schema voor de particuliere ongevallenverzekering, waarnaar vele maatschappijen zich richten. Dit staatje met gemiddelde invaliditeitspercentages heb ik van ROSTOCK overgenomen en daarnaast vermeld de percentages, zooals een der groote Ned. Mij. deze geeft (N.V. Fatum, Ongevallenverzekering Mij. van „de Nederlanden“ van 1845), benevens eenige invaliditeitspercentages, welke STAS gebruikte voor de wettelijke ongevallenverzekering. Bij volledig verlies of geheele gebruiksongeschiktheid :

	Duitschland (ROSTOCK)	Nederland		
		Fatum		STAS (wett.)
		R.	L.	
Van een arm of een hand	60	60	50	65—80
„ „ been of voet	50		50	35—80
„ „ duim	20	25	20	15—20
„ „ (wijsvinger	10	15	12	0
„ „ anderen vinger	5	10	7—8	0
„ „ grooten teen	5		5	0
„ „ anderen teen	2		3	0
Geheel verlies				
van het gezicht van beide oogen	100		100	?
„ „ „ „ één oog	30		30	?
„ „ gehoor van beide ooren	60		40	?
„ „ „ „ één oor	30		10	?

Van een betrekkelijk gering aantal blijvende afwijkingen worden de percentages medegedeeld. Meestal vermeldt de polis, dat bij gedeeltelijk verlies van de bovengenoemde lichaamsdeelen een relatief lagere graad van invaliditeit aangenomen wordt. Met verlies gelijkgesteld wordt totale onbruikbaarheid. Met vóór het ongeval bestaande onbruikbaarheid van het verloren lichaamsdeel wordt rekening gehouden. Verlies van meerdere lichaamsdeelen kan nooit leiden tot een uitkeering van meer dan 100 %; verlies van vingers bijvoorbeeld nooit meer dan tot wat in totaal voor het verlies van een hand vergoed wordt. Soms wordt nog een aantekening in de polis aangebracht over de werkelijk geleden schade en de te verleenen uitkeering. Verlies van vingers wordt door de particuliere verzekeringsmaatschappijen vergoed, in tegenstelling tot hetgeen bij de beoordeeling voor de wettelijke ongevallenverzekering geschiedt. Sinds kort is het particulier ongevallenverzekeringswezen uitvoerig behandeld door SCHUURMANS STEKHOVEN in een proefschrift, getiteld „De omschrijving van het risico en de regeling van de schade in het particuliere ongevallenverzekeringsrecht 1938”, waarnaar verder verwezen wordt.

Een enkel verschilpunt zij nog in het kort medegedeeld. De opmerking, dat de sociale verzekering een publiekrechtelijk karakter zou dragen en de particuliere een privaatrechtelijk, is niet voldoende om het groote verschil te kenmerken. Ook de sociale verzekering is van privaatrechtelijke origine (S.S.), daar zij haar rechtsgrond vond in de aan-

sprakelijkheid van den werkgever voor zekere ongevallen, aan een werknemer overkomen in de uitoefening van het bedrijf.

Bij de sociale verzekering worden betrekkelijk onveranderlijke verzekeringswetten gevonden.

Bij de particuliere verzekering vindt men vrijwel onbeperkte wijzigingsmogelijkheid.

Bij de sociale verzekering heeft men de medische medewerking in voorlichting van den rechter.

Bij de particuliere verzekering wordt samenwerking gevonden van medicus en jurist in het opstellen der verzekeringsvoorwaarden.

### **E. Iets over de psychologische en psychotechnische methoden.**

De psychotechniek behoort gerekend te worden tot de experimenteele psychologie, waarvan zij de practische toepassing is. Het oorspronkelijke doel der psychotechniek was bedrijven te voorzien van geschikte werknemers. De steeds verder doorgevoerde splitsing van arbeid in de moderne bedrijven en de vereenvoudigde handgrepen hadden den arbeid minder gecompliceerd gemaakt en daardoor kon getracht worden op experimenteele wijze de meest geschikte werknemers te vinden. Later werd de psychotechniek o.a. uitgebreid tot beroepskeuze, onderzoek van opleiding en werkmethode, enz. In groote industriecentra (Eindhoven), universiteitslaboratoria, bureau's voor beroepskeuze wordt in Nederland de psychotechniek toegepast door onderzoekers als ROELS, VAN DER SPEK, L. BOUWMAN, BRUGMANS, e.a. Van Duitsche zijde (POPPELREUTER) is de aandacht gevestigd op de mogelijkheid van „psychologische Begutachtung“ bij verminderd arbeidsgeschikten. Deze wijze van onderzoek naar de arbeidsgeschiktheid wordt nog als zeer voorloopig beschouwd, zij wordt niet algemeen erkend en is slechts toe te passen in bepaalde gecentraliseerde inrichtingen. Het onderzoek is geheel specialistisch en vereischt vrij geruimen tijd, waardoor het niet mogelijk is, dit onderzoek, bij het zoo uitermate veelvuldig voorkomen van de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid, op de meest afgelegen plaatsen toe te passen. In zeer veel gevallen zullen nog andere specialisten, zooals oogarts of chirurg, geraadpleegd moeten worden.

Voor een psychotechnisch onderzoek van arbeidsongeschikten zal men dus zorgvuldig die gevallen moeten kiezen, die men voor dit onderzoek geschikt acht. Het heeft alleen maar zin blijvend arbeidsongeschikten aan dit onderzoek te onderwerpen en vooral hen, die aan een hoofdverwonding geleden hebben, daar het bij deze groep soms zeer moeilijk is

na te gaan, wat werkelijk gepresteerd kan worden en wat eventueel gesimuleerd wordt. Meestal is men bij dit onderzoek aangewezen op een subjectief oordeel van den onderzoekenden arts, dat echter niettemin juist kan zijn. Ook bij andere blijvende afwijkingen zou een rechtstreeksch onderzoek naar de arbeidsprestatie slechts bevredigend kunnen werken. Het maakt daarbij geen verschil, of men zich een psychotechnisch of functioneel onderzoek indenkt, zooals MAC BRIDE dit doet, of een ander rechtstreeksch onderzoek wil instellen. De psychotechnische onderzoeksmethoden behooren nog tot een te jonge wetenschap, om deze al met eenig succes te kunnen inschakelen bij de bepaling van de arbeidsgeschiktheid. Er zullen nog tal van jaren met experimenteeren voorbij moeten gaan, wil deze wijze van onderzoek algemeene erkenning vinden. Mogelijk zal ze in de toekomst als aanvullend onderzoek gebruikt worden bij de toch ruwe schattingen, waarbij de door vroegere schattingen verkregen cijfers als leidraad zullen blijven gelden. Meer dan eenig ander onderzoek zal het psychotechnisch onderzoek kunnen inlichten omtrent het arbeidstype, waartoe de arbeidsongeschikte behoort. POPPELREUTER maakt de volgende onderscheidingen :

- A. is een individu, dat langzaam doch exact en gelijkmatig arbeidt.
- B. is snel, gejaagd, zonder bijzondere zorgvuldigheid arbeidend.
- C. begint met inspanning, doch verslapt spoedig.
- D. werkt met sterke schommelingen.
- E. stelt zich meer op de intellectuele zijde van zijn werk in.
- F. volgt meer slaafs gegeven aanwijzingen en geleerde methoden na.
- G. is het door het arbeidsdoel geleide, spontane arbeidstype, dat tot het bereiken van het doel zelfstandige wegen inslaat.
- H. is het meer voor handenarbeid geschikte arbeidstype, met geringe constructieve geschiktheid.
- I. is de voor handenarbeid ongeschikte met sterke constructieve bejaafdheid.
- J. is het onrustige arbeidstype, voor wien motorische ontladingsmogelijkheden en wisselende indrukken een noodzakelijkheid betekenen, enz., enz.

Als voorbeeld geeft POPPELREUTER de groote verscheidenheid van practische bruikbaarheid van een hand, na verwonding, bij de verschillende motorische intelligentie, die individueel bij een getroffen wordt aangetroffen. Een betrekkelijk kleine verwonding kan bij een motorisch weinig intelligente dikwijls een sterk verminderde arbeidsgeschiktheid geven, terwijl anderzijds dikwijls „verbazingwekkende prestaties” geleverd kunnen worden na ernstige verwondingen. Deze indivi-

duele verschillen zullen het best bepaald kunnen worden door psychotechnisch onderzoek, zoodat het wenschelijk is, dat in de toekomst, bij de beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid, dit onderzoek, door het nemen van talrijke arbeidsproeven, ingeschakeld zal worden. In Nov. 1929 verzocht de R.V.B. aan een speciaal voor dit doel ingestelde commissie rapport uit te brengen over de waarde van het psychotechnisch onderzoek bij de schatting der arbeidsongeschiktheid tengevolge van bedrijfsongevallen. Deze commissie, waarin zitting hadden Prof. ROELS, LUBSEN, J. L. PRAK, BROCX, VERBEEK, GRAVESTIEN en v. d. STEMPEL, bracht in 1930 rapport uit aan de R.V.B. De commissie bleek unaniem in haar oordeel en nam de volgende conclusies aan, welke ik zonder meer weergeef, daar hieruit voldoende de waarde van het psychotechnisch onderzoek blijkt voor de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid.

I. Bepaling van het percentage(cijfer) der invaliditeit ligt niet op den weg der psychotechniek, echter kunnen zich gevallen voordoen, waarbij het van belang kan zijn een psychotechnisch oordeel in te winnen ter vaststelling van de vraag, of de getroffene over eigenschappen beschikt, waardoor van reactivering resultaat te verwachten is.

II. Vooral voor de toepassing van art. 25 O.W. zal de psychotechniek belangrijke hulp kunnen bieden, inzonderheid bij jeugdige getroffenen.

III. Waar verwacht wordt, dat het aantal gevallen voor psychotechnisch onderzoek, althans voorloopig, gering zal zijn, acht de commissie het niet aangewezen, voorstellen te doen omtrent een speciale organisatie van een psychotechnischen dienst.

Voorloopig schijnt het aangewezen voorkomende onderzoeken zooveel mogelijk in één hand te centraliseeren.

Bij voorkeur geschiede het onderzoek in samenwerking met den betrokken medischen ambtenaar der Bank.

Ook de R.V.B. komt dus tot de slotsom, dat de psychotechniek voor de directe bepaling der invaliditeit bij den huidigen stand der wetenschap nog van niet voldoende waarde is. Secundair zou de psychotechniek van belang kunnen zijn voor de invaliditeitsschattingen bij de keuze van een nieuw beroep, indien door het onderzoek bepaalde eigenschappen te voorschijn treden, die een bepaald beroep voor hem bereikbaar doen zijn.

#### **F. De beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid voor de Ziektewet.**

Bij de beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid van een verzekerde krachtens de Ziektewet, wordt deze arbeidsgeschiktheid bepaald voor:

het beroep, waarin de verzekerde werkzaam was op het oogenblik, dat hij ziek werd. Voor hetgeen onder „ziekte” verstaan wordt, raadplege men het desbetreffende hoofdstuk. Door verschillende uitspraken worden bepaalde afwijkingen, wanneer zij behandeling behoeven (breuken, platvoeten) als ziekte aangemerkt, terwijl een onderzoek voor diagnostische doeleinden bij *ulcus ventriculi* niet als ziekte wordt beschouwd. Dit wordt echter verder aan de rechtspraak overgelaten.

Van enkele afwijkingen is getracht na te gaan, hoe hun arbeidsgeschiktheid beoordeeld moet worden. Een gedeeltelijke arbeidsgeschiktheid komt bij de bepalingen voor de Ziektewet weinig voor. De verzekerde moet dan op zijn minst weer 50 % geschikt zijn. Bij de beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid van verzekerde landarbeiders maak ik voor de Ziektewet van 50 % geschiktheid veelal een dankbaar gebruik. Dikwijls toch kan een herstellende of een herstelde zieke weer ééinig werk verrichten, terwijl hij niet in staat is zijn volle werk te doen. De meeste landarbeiders hebben een eigen stukje grond, waarin gewerkt moet worden (wieden, aardappelen rooien, koolplanten poten, enz.). Ik raad hun dan ook aan, wat in hun eigen tuin te gaan arbeiden. Je bent nu voor 50 % geschikt, zeg ik hun, en het overige kun je verdienen door wat in je eigen tuin te gaan arbeiden, daar je anders dit werk toch door een ander moet laten verrichten. Meestal voelen de arbeiders zeli de redelijkheid en is de verlaagde uitkeering tevens een prikkel, spoediger weer geheel aan den gang te gaan. Een belangrijk, bekend feit is tevens, dat, sinds de instelling van de medische contrôle, de ziekteduur korter werd en het aantal ziektedagen verminderde. Fraai werd dit geïllustreerd bij de Koninkl. Mij. de Schelde (v. GELDEREN), waar, toen het ziekingeld in 1920 gebracht werd van 50 % op 76 %, het aantal ziektedagen vermeerderde van 6874 op 12832 en het uitgekeerde ziekingeld steeg van f 9300 tot f 30.000. Op een doktersbriefje werd men toen in het genot van ziekingeld gesteld. Na het instellen van medische contrôle daalde het aantal ziektedagen in 1922 en 1923 met 4534 en 7848 dagen.

Het is niet mogelijk van iedere ziekte afzonderlijk de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid na te gaan. Eenige der meest voorkomende ziekten zullen nader besproken worden. Als volgorde wordt genomen de frequentie der ziekten, zooals zij in ziektestatistieken voorkomen.

### **Griep, Koudevatting, Bronchitis.**

Bovenaan staat de groep „griep, koudevatting en bronchitis”, om praktische redenen in één groep vereenigd. Tot deze groep kan ook gerekend worden de angina te behooren, daar voor de beoordeeling van

de arbeidsgeschiktheid van deze ziekte, eenzelfde maatstaf aangelegd wordt, als bij de vorige afwijkingen. Ongeveer 20—30 % der ziekte-aangiften wordt door bovengenoemde afwijkingen ingenomen.

In het begin der ziekte is de arbeidsgeschiktheid gemakkelijk te bepalen. De koorts en andere verschijnselen maken, dat de verzekerde het bed, of althans de kamer, moet houden. TRÖSCHER geeft aan, dat de herstelperiode evenveel dagen moet duren als er koortsdagen geweest zijn; b.v. 3 koortsdagen, 3 dagen om zich te herstellen. Bij zwakke mensen of hooge koortsen meent hij, dat voor herstel het aantal hersteldagen tweemaal zoo groot moet zijn als het aantal dagen, dat de koorts geduurd heeft. Volgens TRÖSCHER zouden volbloedige mensen meer door een koortsaanval lijden dan asthenische. Ook met den aard van het werk dient rekening gehouden te worden. Bij werk in een tochtige ruimte en bij arbeid op het land ontstaat gemakkelijk recidief, daar de patiënt in zijn herstelperiode zeer vatbaar is. Bij den landarbeider dient men daarom de arbeidsgeschiktheid eenige dagen langer voort te doen duren. De regel, om evenveel hersteldagen te nemen als er koortsdagen zijn, natuurlijk met inachtneming van individueele verschillen, den aard van het werk, enz., zou heel mooi zijn....., indien altijd de temperatuur werd opgenomen. Deze kunstfout overkomt niet alleen mij, doch zeer vele medici op het platteland, en tijdens een griep epidemie, waarbij 50 tot 70 en meer visites per dag gemaakt moeten worden, ongerekend nog de afstanden, spreekuurbezoek en het klaarmaken der medicamenten, is het volmaakt onmogelijk bij iederen patiënt de temperatuur op te nemen. In de plaats hiervan treedt dan het subjectief welbevinden van den patiënt. Ook de thermometer laat wel in den steek, en ik noem hier de soms langdurige slaptetoestanden na een oogenschijnlijk lichte griep, waarbij geen temperatuursverhooging meer waargenomen wordt. Niet altijd behooren deze patiënten tot de neurasthenici. Wanneer zich complicaties voordoen (myocarditis, sinusitis, pleuritis, etc.), duurt de arbeidsgeschiktheid veel langer, en wordt ook de beoordeeling geheel anders, afhankelijk van de complicaties.

### **Rheuma.**

Volgens TRÖSCHER worden 8—10 % van alle arbeidsgeschikten ingenomen door reumapatiënten (acute polyarthritis, chronische gewrichtsziekten, neuralgiën, spierrheuma), waarvan  $\frac{3}{5}$  door mannen en  $\frac{2}{5}$  door vrouwen. Lumbago zou 80 % van alle rheumagevallen uitmaken, met een gemiddelde van 19 dagen. Dank zij een uitnemend onderzoek van MUNTENDAM, beschikken we over Nederlandsche gegevens, waarbij gebleken is, dat reumatiek, na influenza, de meest veel-

vuldig voorkomende ziekte is bij de uitvoering der Ziektewet;  $\frac{1}{5}$  van het totaalbedrag aan ziekingeld, of tweemaal zooveel als voor arbeidsverzuim door influenza en ongeveer vijfmaal het bedrag aan ziekingeld, dat voor tuberculose uitgegeven wordt, wordt besteed voor het arbeidsverzuim tengevolge van rheuma. MUNTENDAM vond 13.8 % rheumagevallen ten opzichte van andere ziektegevallen, met een gemiddelden duur van 24.1 dag; 55.2 % van het aantal reumapatiënten behoorde tot de buitenshuisberoepen, waarvan  $\frac{4}{5}$  op het platteland woonden, dus in hoofdzaak landarbeiders. De gemiddelde duur was hierbij 5 dagen langer dan bij de binnenshuisberoepen. Daar de aard der reumatische aandoeningen bij beide groepen gelijk was, schreef MUNTENDAM den langeren ziekteduur toe aan het contrôle-effect, dat op het platteland minder groot is, dan in de industrie-centra.

Spierrheumatiek vormde 62,1 % van de reumatiekgevallen.

Zenuwrheumatiek 24,8 % „ „ „

Gewrichtsrheumatiek 13,1 % „ „ „

De gemiddelde duur van de spierrheumatiek is het geringst. Voor de lumbago bedroeg dit 9,4 dagen. De naast de spierrheuma veelvuldigst voorkomende afwijking is de ischias, die een gemiddelden duur heeft van 43,4 uitkeeringsdagen. Ook de reumatische gewrichtsaandoeningen, zoowel de acute als de chronische, geven een langdurige arbeidsongeschiktheid. Bij de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid zal men dus hebben na te gaan, met welken vorm van rheuma men te doen heeft. Bekend is, dat ischias bij onnauwkeurig onderzoek soms verward wordt met platvoeten of beginnende coxitis. Ook diene men er rekening mede te houden, dat spieren, die sterk ingespannen moeten worden, gemakkelijk reumatisch ziek worden. Van groot belang is ook de plaats, waar de arbeid verricht moet worden: open land of binnenshuis, terwijl, zooals van zelf spreekt, de leeftijd van den verzekerde in aanmerking genomen dient te worden. Het is niet noodig te wachten met iemand arbeidsgeschikt te verklaren, tot dat deze geheel zonder pijn is. Wanneer — en dit geldt voornamelijk voor spierrheumatiek — alle bewegingen van de desbetreffende spier of spiergroep weer normaal zijn, of zonder al te veel moeite gemaakt kunnen worden, is de patiënt, met inachtneming van het voorafgaande, als arbeidsgeschikt te beschouwen. Ervaring bij de beoordeeling is noodig, daar gemakkelijk pijn en verminderde beweeglijkheid voorgewend kunnen worden. De literatuur en de ervaring leeren de plaatsen kennen, waar de reumatische spieraandoeningen het veelvuldigst voorkomen. Observeering van den patiënt bij aan- en uitkleeden, afleiden door vragen stellen, overeenkomstige bewegingen door de spieren van de andere zijde gelijktijdig laten



maken, enz. zijn noodig, om de subjectieve gegevens van den patiënt te toetsen aan eigen vondst. Van belang is ook na te gaan de „hardheid” van de spieren, daar men bij rheumatische spieraandoeningen soms grootere „harde plaatsen” in de spier vindt, meestal in de buurt van de insertieplaats of in de omgeving van den overgang in de pees. Met nadruk wil ik er nog eens op wijzen, dat men bij de beoordeeling rekening moet houden met de weersomstandigheden, waaronder men een buitenshuis werker aan den arbeid zendt. Sommige menschen toch — en dat zijn vooral zij, die herhaaldelijk recidief krijgen van hun rheumatische aandoeningen — zijn zeer gevoelig voor natregenen, „tocht”, of afkoeling na bezweet zijn.

Op de diagnostiek en de differentieeldiagnostiek van de ischias wordt niet ingegaan. De beoordeeling der arbeidsgeschiktheid is bij deze aandoening niet eenvoudig. De rheumatische ischiaspatiënt blijft, nadat hij klinisch genezen is, nog lang pijnlijke trekkingen in het verloop van den zenuwstam gevoelen, of klaagt over een „doof” gevoel in het been. Over het algemeen verbeteren deze gevoelens na de werkhervatting. De lange duur en de groote pijnlijkheid in het begin der ziekte maken, dat de patiënt te veel aandacht aan zichzelf blijft besteden en effent de baan voor neurotische bezwaren. De meeste verzekerden hebben dan ook een stimulans noodig van den controleerenden arts om aan het werk te gaan. Ook bij de arthritische aandoeningen worden door den langeren duur lichtere andere bezwaren spoedig toegeschreven aan de gewrichts-afwijking en is den patiënt het „rust-roest” niet bekend. Eenige algemeene regelen voor het bepalen van het tijdstip van de arbeidsgeschiktheid zijn niet te geven. Bij de ischias wachte men in het algemeen tot druk op drukpunten van den nervus ischiadicus niet meer pijnlijk is en de proef van Lasègue negatief is geworden. Bij de langdurige ischiasgevallen is het niet noodig, dat de Lasègue eerst weer negatief is, voordat werkhervatting kan plaats vinden, doch moet men op een gegeven oogenblik geheel subjectief, geleid door ervaring, den patiënt, geleidelijk aan, weer arbeid laten verrichten. Het is mij hierbij gebleken, dat juist bij deze chronische gevallen de lichaamsbeweging een gunstigen invloed op de ischiasverschijnselen heeft. Over het algemeen worden de patiënten te veel „verbroid”. Het kan niet goed zijn, dat, wanneer de zieke het bed weer verlaten heeft of ambuland behandeld wordt, de kachel in de kamer zoover wordt opgestookt, dat er een verstikkende temperatuur heerscht, iets, wat ik dikwijls aantrof.

#### **Neus- en Keelaandoeningen.**

De neus- en keelaandoeningen nemen 5 % in van het aantal ziekte-

gevallen, met een gemiddelde van 10,2 dagen (MUNTENDAM). Bij de Federatie voor O.V. werd een iets hooger percentage gevonden (8—10 %), met een gemiddelde van 10 dagen; cijfers, die als voldoende betrouwbaar te beschouwen zijn. Het betreft meestal angina's, bijholte-aandoeningen, tubaircatarrhen, middenoorontstekingen. Als herstelperiode is m.i. in deze gevallen ook aan te nemen evenveel hersteldagen als koortsdagen. Zoo noodig is specialistische hulp aangewezen voor het ontlasten van etter uit bijholten, enz. Bij acute sinusitis is veelal bedrust noodig en is de patiënt niet tot werken in staat. De bezwaren zijn veelal zoo hevig, dat de patiënt verlangend uitziert naar het einde der ziekte, als verlossing van een zware plaag (aangehaald door MES uit ZARNIKO: Lehrbuch, Die Krankheiten der Nase und des Nasenrachens, blz. 323).

### Zenuw- en Zielsziekten.

Deze bedragen, volgens MUNTENDAM, 2,5 % van het aantal ziektegevallen, met een gemiddelden duur van 27,5 dag; volgens de jaarverslagen der Federatie voor O.V., bijna 4 % met een gemiddelden duur van 39 dagen. Het veelvuldigst komen de neurasthenici en neurotici voor. Over het algemeen wordt een toeneming van deze groep waargenomen, waartoe de economische omstandigheden medewerken. Deze menschen gevoelen zich ziek, zeggen niet te kunnen arbeiden, terwijl in vele gevallen de arbeid juist de aangewezen therapie is, uitgezonderd bij de meest ernstige zieken. Bij deze laatste, gelukkig zeldzamere gevallen, is arbeid in de eerste 3 tot 4 weken niet goed mogelijk. Bij de lichtere ziektegevallen is het verkeer, deze menschen arbeidsongeschikt te verklaren. Juist op dit terrein komen echter dikwijls moeilijkheden voor. Het is mij enkele malen gebeurd, dat, na een nauwkeurig onderzoek, ik tot het aannemen van arbeidsgeschiktheid adviseerde, welk advies door een zenuwarts, of in hooger beroep, bevestigd werd, terwijl het nog weken of maanden duurde na de intrekking van het ziekingeld, eer de verzekerde weer aan het werk ging. Dit werd mij dan medegedeeld door bevriende buurtcollega's, wier patiënten het betrof. Grootte invloed kan bij het te werk stellen uitgaan van den huisarts. Vaste richtlijnen zijn hier overigens niet te geven, wegens de menigvuldigheid der verschijnselen.

### Maag- en Darmziekten.

Men kan bij deze ziekten twee groote groepen onderscheiden: de acute maagdarmaandoeningen, die slechts eenige dagen duren en de maag- en duodenumzweren, die weken duren. Met de eerste bedoel ik de

kort durende gastro-enteritis, die veelvuldig in den zomer ontstaat, wanneer de arbeider, sterk bezweet als hij is, groote hoeveelheden koud water drinkt, veelal water van niet al te beste kwaliteit. Meestal geeft de arbeider deze aandoening niet aan, daar ze hem niet arbeidsongeschikt maakt, of wellicht voor slechts eenige dagen. Van grooter belang zijn de maag- en duodenumzweren, de chronische gastritis, die een patiënt langdurig arbeidsongeschikt kunnen maken. Een ziekte, die volgens de onderzoekingen van HAMMER schijnt toe te nemen. Op de vraag, of deze op het platteland meer voorkomt, dan in de steden, is moeilijk een antwoord te geven. De aard van de voeding en de korte schafttijden zouden er zeker toe kunnen leiden. Zorgen, werkloosheid schijnen een ongunstigen invloed te kunnen uitoefenen.

Dank zij de moderne techniek is de diagnose gemakkelijker te stellen dan vroeger, al moet voor overdrijving van het te hulp roepen van alle diagnostische hulpmiddelen gewaarschuwd worden (zuurwaarde-onderzoek, röntgenfoto). Voor de uitzonderingsgevallen van den ulcuslijder is specialistisch onderzoek en specialistische hulp noodig (langdurige pijnen, herhaalde bloedingen, zware anaemieën, retentiebraken). Voor de groote groep der ongecompliceerde gevallen zijn specialistisch onderzoek en hulp slechts dan noodig, wanneer meerdere malen recidief optreedt, of wanneer de subjectieve klachten zoo lang blijven bestaan, dat invaliditeit dreigt. Wanneer de maagpatiënt op het spreekuur komt met matige maagbezwaren, zal men beginnen, met den patiënt een dieet voor te schrijven en afwachten, of hij daarmee zijn gewone werk kan verrichten. Dikwijls toch verdwijnen dan langzamerhand de klachten. Zijn de subjectieve klachten (pijnen, drukkend of zwaar gevoel in de maagstreek, zuurklachten, oprispingen, „hartwater”) te sterk, of is er een maagbloeding, dan zal men beginnen met den patiënt 3 tot 4 weken bedrust te doen nemen voor het houden van een gewijzigde Sippykuur of andere dieetkuur. Ook bij matige verschijnselen zal men niet verzuimen de bloedreactie van de faeces na te gaan (benzidineractie). Een positieve vondst is daarbij nog niet altijd bewijzend voor een ulcus, omdat op nog andere wijze bloed in de faeces komen kan. ARENSEN HEIN wil bij een positieve reactie van Boas-Gregersen, wanneer de gevonden hoeveelheid plus 1 is, het van het werk af laten hangen, of men tot arbeidsongeschiktheid zal besluiten. Een positieve benzidineractie lijkt mij reden tot voorzichtigheid en reden om eerst eenige dagen bedrust voor te schrijven. Hoe lang die bedrust duren zal, zal afhangen van het verdere beloop, het snel verdwijnen van de klachten en van het bloed uit de ontlasting. Langer bestaande maagklachten vragen ook een bedrust van 3 tot 4 weken. Vóór dat de patiënt nu

arbeidsgeschikt is, behoort zijn dieet zoover uitgebreid te zijn, dat hij het dieet van den chronischen ulcuslijder verdragen kan. Hoe snel men tot dit dieet over zal gaan, zal afhangen van de reactie van den patiënt, den ernst van zijn ziekte en van het inzicht van den arts, die het dieet voorschrijft. Het kost soms groote moeite den verzekerde te overtuigen, dat hij op het ulcusdieet werken kan. De landarbeider meent, dat hij zonder „zware" kost (roggebrood en veel vet) zijn arbeid niet vol kan houden. Het is echter wel noodig, dat hij, vóór het hervatten van zijn werk, een algemeen dieet heeft, en niet al te veel lasten van zijn gebrek ondervindt. Men zal den ulcuslijder echter wel eens een stootje moeten geven, daar deze zich dikwijls „zwak" voelt", waarbij de oorzaak niet gelegen is in het dieet, doch in den neuropathischen aanleg van den lijder. Eenige malen bracht een ernstige anaemie mij op het spoor van een duodenum- en maagzweer. Zoolang de patiënt anaemisch is, is hij ook als arbeidsongeschikt te beschouwen. Na een langere periode van bedrust is ook nog 2 tot 3 weken noodig tot herstel, om weer aan beweging te gaan wennen, zoodat de arbeid weer kan worden volgehouden. De gemiddelde duur van arbeidsongeschiktheid wegens maagzweer is vrij lang en bedraagt ongeveer 46 dagen. Voor den lijder aan carcinoom van maag of ingewanden is gedurende een beperkten tijd arbeidsgeschiktheid mogelijk. Na dezen tijd volgt meestal blijvende invaliditeit, tot dat de dood intreedt.

### Lever en Galwegen.

De aandoeningen van lever en galwegen komen bij verzekerden in zoo gering percentage voor, dat die geen afzonderlijke bespreking vereischen. Eenmaal zag ik 4 volwassenen, lijdende aan een icterus catarhalis tijdens een door mij waargenomen epidemie (N e d. T i j d s c h r. v o o r G e n e e s k. 1937 blz. 4363). De ziekteduur bedroeg van 2 à 3 weken tot eenige maanden, terwijl bij één patiënt een recidief ontstond. Het is raadzaam met werkhervatting te wachten, tot de icterus geheel is verdwenen, de urine weer normaal is geworden en geen palpabele afwijkingen meer in den buik te vinden zijn.

### Hartziekten.

De hartziekten bedragen, volgens de statistiek van MUNTENDAM, 1 % van het aantal ziektegevallen en 4,7 % van het totaal aan ziekengeld. TRÖSCHER geeft aan, dat in de steden 7—8 % van het aantal verzekerden arbeidsongeschikt zijn door hartziekten; op het platteland bij de mannen 2 % en bij de vrouwen 3 %. Nu blijkt, dat de „hartneurose" tot de hartziekten werd gerekend, welk lijden hoofdza-

kelijk in de steden werd aangetroffen. Ook kwamen in de steden meer syphilitische hartafwijkingen voor.

De beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid van hartpatiënten is ongehoord moeilijk. Veelal is er een groote tegenstelling tusschen de objectieve bevinding en de subjectieve verschijnselen. Hoewel van algemeene bekendheid, moge het volgende geval dit nog eens aantoonen.

Patiënt V. D., 49 jaar, heeft voor 14 jaar een aanval van acuut gewrichts-rheuma gehad, waarvan hij genas zonder blijvende hartaandoening. In 1933 kreeg hij na een angina een hevige gewrichts-rheuma met een ernstige endocarditis. Er ontstond een flinke hartvergrooting met boven alle ostiën sterke geruischen; normale harttonen waren niet te hooren. Hij werd in het genot gesteld van een blijvende invaliditeitsrente. Gedurende 3 jaar verrichtte hij den zwaarsten landarbeid (slootgraven, ploegen, etc., tot zelfs nachtstoken op een kwekerij), waarbij hij zich volkomen gezond gevoelde. Des Zondags, wanneer hij niet werkte, had hij dikke onderbeenen, welke zwelling weer verdween tijdens den arbeid. Een bronchitis, gevolgd door een niet te herstellen decompensatie van het hart, maakte een eind aan zijn leven.

DE ROOY onderscheidt 3 graden van invaliditeit :

I. Defecten, die zoodanig zijn, dat zij volledig gecompenseerd worden en dus geen maatschappelijke invaliditeit ten gevolge hebben.

II. Defecten, die een lichte invaliditeit ten gevolge hebben, daarin bestaande, dat productiviteit slechts onder bepaalde gunstige omstandigheden plaats kan vinden, een invaliditeit, die gelijk te stellen ware met 30 % der totale maatschappelijke invaliditeit.

III. Defecten, die een ernstige invaliditeit ten gevolge hebben, met een verlies van productieve kracht van  $\frac{2}{3}$ , gelijk staand met practisch 100 % maatschappelijke invaliditeit.

Verdere differentiatie wordt door DE ROOY niet nuttig geacht, doch hij wijst er met nadruk op, dat eenheid in nomenclatuur en symptomatologie noodzakelijk is. Hierin is volgens hem „The Heart-Committee of the New York Tuberculosis and Health-Association” van 1929 geslaagd. Eenige richtlijnen worden aangegeven.

1. Verandering in de orgaanstructuur.
2. „ „ „ „ „ physiologische functie.
3. „ „ „ „ „ arbeidsprestatie.
4. Zoo mogelijk aetiologische diagnose.

Hierbij dienen, behalve de objectieve afwijkingen en de subjectieve klachten, in aanmerking genomen te worden de leeftijd, de lichaamsbouw, de constitutie en het beroep. Bij het onderzoek is het maken van een röntgenfoto en een electrocardiogram voor den huisarts niet mogelijk. Deze is aangewezen op inspectie, palpatie, percussie, auscultatie, bloeddrukmeting, functieproeven en urineonderzoek (S.G., eiwit, uro-

biline). Als functieproef wordt meestal de polsversnelling nagegaan, na inspanning, door b.v. 10 diepe kniebuigingen te maken, en daarna te controleeren na hoeveel tijd de polsfrequentie weer normaal is. Dit is een vrij grove methode en zij hangt zeer af van de geoefendheid van den te onderzoeken persoon. Daling van den bloeddruk bij het inhouden van den adem, zou op verminderde hartskracht wijzen. Bij het nagaan der subjectieve klachten heeft men te vragen naar dyspnoe, pijn en beklemming, frequente mictie 's nachts. Bij arhythmie is electrocardiographisch onderzoek noodig.

ENGELSMANN'S (aangehaald uit MAYER) (Dienst anweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit vom 9 Febr. 1909) zegt: treden na de geringste inspanning dyspnoe en polsonregelmatigheden op, zijn er oedemen of zwelling van lever en milt, zoo is er volledige arbeidsongeschiktheid. Treedt er bij zwaren arbeid ademnood in, zoodat slechts zittend werk mogelijk is, dan bestaat er 50—66 $\frac{2}{3}$  % arbeidsongeschiktheid; veroorzaakt de arbeid uit het dagelijksch leven geen ademnood, dan is de arbeidsbeperking 25—40 %. Deze medegedeelde richtlijnen geven m.i. voldoende steun voor de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid voor de Ziektewet. De meeste hartaandoeningen worden aangetroffen op ouderen leeftijd tengevolge van een myodegeneratie of een arhythmie door arteriosclerotische veranderingen. Een lichte ongesteldheid maakt, dat de patiënt hinder gaat ondervinden van zijn aandoening, waarvan hij oorspronkelijk slechts weinig last ondervond. Een groot deel van hen ontvangt de maximum uitkeering (een half jaar). Op de behandeling van de hartpatiënten wordt niet ingegaan.

### Operatie na appendicitis en breuk.

Veelvuldig wordt aan den controleerenden arts advies gevraagd omtrent de arbeidsgeschiktheid van een geopereerde aan appendicitis of een breuk. SNIJDER geeft aan, dat 4 weken na een operatie, bij de ongecompliceerde gevallen, de patiënt weer als geschikt is te beschouwen. Mijn ervaring, evenals die van SNIJDER is, dat de patiënt zich dan in den regel nog zwak gevoelt, en een zekere vrees heeft voor het litteeken. Hij moet dan ook nog al eens overtuigd worden, dat het litteeken niet meer open springt. Voor lichter arbeid bestaat al geschiktheid na 3 weken, terwijl sommige werkzaamheden in den landbouw, zooals slootgraven, of graafwerk in de wadden, 5 weken na de operatie vereischen. Bij draadetteringen en andere complicaties wordt de duur der arbeidsongeschiktheid verlengd.

## Ouderdom.

Over de vraag, of, en wanneer men ouderdom als ziekte moet beschouwen, is zeer veel te doen geweest. Bij de bespreking van het begrip „ziekte” is dit onderwerp reeds terloops aangeroerd. Verschillende eefinities willen een onderscheid maken tusschen „ziekte” en „ouderdom”. Andere definities maken dit onderscheid niet. SNIJDER meent, dat, indien in een definitie van „ziekte” gezegd wordt, dat ziekte „een stoornis is van de levensverrichtingen”, hierin ook „ouderdom” betrokken wordt. Uit deze beschouwing moet wel volgen, dat SNIJDER ouderdom opvat als een stoornis in de levensverrichtingen, hetgeen m.i. geenszins het geval is. Bij den „normalen” ouderdom geschiedt niets anders dan het „uitdooven” der levensverrichtingen, hetgeen zijn einde vindt in den „normalen physiologischen ouderdomsdood”. Dit is geen ziekte en heeft met ziekte niets te maken, en is ook niet op te vatten als een stoornis in de levensverrichtingen. Ook de volksmond spreekt bij den „normalen” ouderdom niet van ziekte. Wel is het zeer moeilijk den „normalen physiologischen” ouderdom af te grenzen van den ouderdom, die gepaard gaat met ouderdomsziekten, zooals emphyseem, myodegeneratio cordis, arteriosclerose, e.a. Ook bestaat een vervroegde ouderdom, en bovendien kunnen allerlei geringe gebeurtenissen, zooals een „onschuldige” griep of een andere lichte infectieziekte bij een tevoren geheel validen oude van dagen een arbeidsongeschiktheid te voorschijn roepen.

De Centrale Raad van Beroep neemt ten opzichte van ouderdom een ruim standpunt in, in overeenstemmig met een door de beide Hoogleeraren HIJMANS VAN DEN BERGH en BAART DE LA FAILLE uitgebracht rapport, waarin ouderdomsgebreken beschouwd worden als „functioneele veranderingen van weefsels of cellen, als gevolg van schadelijke uitwendige invloeden, zij het dan ook tot stand gekomen of bevorderd onder invloed van ouderdomsslijtage der cellen”.

Wanneer men de mogelijkheid van een arbeidsongeschiktheid door „normalen” ouderdom aanneemt, wat zoo nu en dan ongetwijfeld wel eens het geval zal zijn, en indien men niet iederen ouderdom als ziekte ziet, zal het bij een ontstane arbeidsongeschiktheid niet eenvoudig te beoordeelen zijn, met welken vorm men te doen heeft. Een algemeene regel te geven is niet eenvoudig. SCHUURMANS STEKHOVEN meent, dat de vraag niet moet luiden: „Is ziekte een gevolg van ouderdom”, maar: „Is deze verzekerde in meerdere mate arbeidsongeschikt, dan met zijn leeftijd en met den, binnen de grenzen van het normale vallenden, individueelen gang van zijn verouderingsproces overeenkomt.”

Van belang noemt hij verder, of de patiënt van te voren werk ver-

richtte in overeenstemming met zijn leeftijd en of de bezwaren, ondervonden tijdens dit werk, in overeenstemming waren met zijn leeftijd. De oorzaak der arbeidsongeschiktheid door ouderdom is in den regel „het werken met een krachttekort in plaats van het werken met een krachtreserve”. Wanneer men een arbeidsongeschiktheid heeft vastgesteld door een uitsluitend „normalen” ouderdom, behoort mijns inziens geen ziekingeld toegekend te worden, doch treedt hiervoor in de plaats de invaliditeitsuitkeering, in dit geval de ouderdomsuitkeering. Wanneer de arbeidsongeschiktheid veroorzaakt of beïnvloed werd door schadelijke uitwendige factoren, behoort ziekingeld te worden toegekend, zoo noodig gedurende een half jaar. Daar het in den regel moeilijk zal vallen schadelijke uitwendige factoren uit te sluiten, zullen de meeste gevallen van arbeidsongeschiktheid door ouderdom voor ziekingelduitkeering in aanmerking komen. Indien er geen verschil van meening is over de diagnose „normale” ouderdom, behoort m.i. die uitkeering niet te geschieden. Onderzoek door een internist zal veelal noodig zijn.

Groote aandacht dient besteed te worden aan den arbeid, dien de verzekerde tot nu toe verrichtte. Van belang is, of de arbeid binnen de grenzen van het voor dezen leeftijd normale viel. Indien het arbeid betreft, dien verzekerde wegens zijn leeftijd niet behoorde te verrichten, worde bij een door dezen arbeid ontstane arbeidsongeschiktheid geen ziekingeld toegekend, al hield verzekerde dezen arbeid ook eenige weken vol. Het oordeel hieromtrent is niet zoo moeilijk, daar in den loop der jaren de arbeid zich aan den leeftijd heeft aangepast, althans op landbouwgebied, zoodat het betrekkelijk gemakkelijk is na te gaan, of een bepaalde arbeid voor een bepaalden leeftijd past.

De boven gegeven richtlijnen bij de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid bij eenige ziekten hebben ten doel, voor de practijk der beoordeeling van eenige waarde te zijn. Meestal geeft men zich bij de beoordeeling niet voldoende rekenschap van de factoren, die de arbeidsgeschiktheid bepalen. Nogmaals zij er op gewezen, dat alleen die ziekten zijn gekozen, die het veelvuldigst voorkomen, terwijl die ziekten, die in een gering percentage aangetroffen worden, onbesproken bleven.

### G. De beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid voor de Invaliditeitswet.

Invalide in den zin der wet is hij, die wegens ziekte of gebreken niet in staat is  $\frac{1}{3}$  te verdienen van wat hij normaal in zijn vak verdienen kan. Geheel buiten beschouwing wordt daarbij gelaten, in hoeverre



iemand recht kan laten gelden op invaliditeitsrente volgens de andere bepalingen der wet.

Slechts zelden wordt den practicus de vraag voorgelegd te beoordeelen, of iemand invalide is in den zin der wet. Dit wordt meestal opgedragen aan artsen, in vasten dienst bij de Raden van Arbeid, of aan door dezen aangewezen specialisten, terwijl tevens advies gevraagd kan worden aan loonkundigen. Volgens art. 148 is de huisarts bevoegd een verklaring over te leggen.

Het onderzoek, dat zeer nauwkeurig moet geschieden, brengt soms groote moeilijkheden mee, en wel in het bijzonder in die gevallen, die aan twijfel onderhevig zijn. Alle middelen van onderzoek, zoo noodig, zoowel klinische als chemische, moeten dan te hulp geroepen worden. Clinische observatie zal soms noodig blijken. Verschillende ziekten leveren geen moeilijkheden op, zooals actieve longtuberculose, carcinoom, gedecompenseerde hartaandoening, progressief zenuwlijden, ankylose van beide heupgewrichten, chronisch nierlijden, enz. Verschillende ziekten kunnen slechts een tijdelijke invaliditeit geven, zooals tuberculose, asthmatische bronchitis met langdurige aanvallen, sommige maagen duodenumzweren en andere afwijkingen. Een maag of duodenumzweer maakt den lijder meestal invalide door herhaalde bloedingen, ondervoeding, groote pijnlijkheid of herhaald braken. Dit betreft slechts een klein percentage van de maag- en duodenumzweren. De meeste patiënten zijn binnen het half jaar weer valide. Bij de overigen bestaat de mogelijkheid geopereerd te worden voor rekening van het invaliditeitsfonds volgens art. 99, om te trachten blijvende invaliditeit te voorkomen. Tallooze andere, daarvoor geschikte gevallen, kunnen behandeld worden voor rekening van het invaliditeitsfonds. Deze zijn van den meest uiteenlopenden aard: longtuberculose, zwaktetoestanden bij jonge meisjes en vrouwen, neusaandoeningen, diabetes, appendicitis, gynaecologische aandoeningen, enz. enz.

Een op ouderen leeftijd veelvuldig voorkomende kwaal, die recht geeft op invaliditeitsrente, is de myodegeneratio cordis. Vooral bij oudere landarbeiders wordt deze aandoening nog al eens aangetroffen. De diagnose is niet gemakkelijk; de aandoening wordt meestal bemerkt in aansluiting aan een andere, oogenschijnlijk lichte ziekte, waarvan de patiënt niet op zijn verhaal kan komen. Een andere maal zijn het de kortademigheid, de moeheid of de dikke onderbenen, die hem naar den dokter voeren. Deze lijder zal over het algemeen spoedig invalide verklaard worden. Van invloed zal daarbij wel zijn, dat de menschen reeds een hooger leeftijd bereikt hebben. Niet de leeftijd alleen echter mag den doorslag geven, zegt WEICKSEL, doch de begeleidende ver-

schijnselen, zooals de myodegeneratio cordis of de arteriosclerose. Daar de invaliditeit door een hartaandoening dikwijls een blijvende is, zal men bij eenzelfde geval op jongen leeftijd niet zoo spoedig tot invaliditeit besluiten, dan op ouderen leeftijd. Een aangeboren hartgebrek behoeft op zich zelf nog geen reden te zijn tot het toekennen van invaliditeitsrente, doch de arbeidsprestatie is doorslaggevend. Bij de verkregen hartgebreken uit zich de invaliditeit door een decompensatie (zie vorig hoofdstuk).

Diabetes veroorzaakt slechts zelden meer invaliditeit in den zin der wet, wegens de wijze, waarop deze ziekte met de moderne behandelingsmethoden sinds de ontdekking van de insuline behandeld kan worden.

WEICKSEL deelt mede, dat ongeveer 5 % van de invaliditeitsrenten ten onrechte toegekend wordt, wat in Duitschland over 10 jaar een schade zou beteekenen van 500 millioen Mark. Nederlandsche schattingen hieromtrent zijn mij niet bekend, doch of dit in ons land zoo hoog zal zijn, waag ik te betwijfelen. De oorzaak zal wel hierin gelegen zijn, dat, wanneer in Duitschland iemand ten onrechte invaliditeitsrente toegekend werd wegens een onjuiste diagnose, het niet gemakkelijk is hem deze rente weer te ontnemen, daar, indien bij een heronderzoek blijkt, dat de diagnose fout was, dit nog geen voldoende reden is tot het in-trekken der rente, daar hiervoor een objectieve verbetering vastgesteld moet worden, geheel onafhankelijk van het feit, of de diagnose al of niet fout was. Deze beperking kent de Nederlandsche wet niet (art. 106), waardoor het hier eenvoudiger is iemand een ten onrechte toegekende rente te ontnemen.

## HOOFDSTUK V.

### Simulatie, Automutilatie, Aggravatie, Traumatische Neurose.

#### A. Over het voorkomen van simulatie, automutilatie en aggravatie.

##### Simulatie.

Nauw verbonden met de uitvoering der arbeidersverzekeringswetten staat het vraagstuk der aggravatie en simulatie. Van verschillende zijden is dit vraagstuk belicht geworden. Om tot het wezen door te dringen hebben zoowel psychiaters als verzekeringsartsen medegewerkt. Zoowel bij de uitvoering der Ziektewet en der Ongevallenwet, als van de Invaliditeitswet heeft men te maken met aggravatie en simulatie.

Onder simulatie wordt verstaan, indien men aan de wetenschappelijke definitie vasthoudt: het bewust en opzettelijk voorwenden van klachten en verschijnselen, welke geen oorzaak vinden in de werkelijkheid, doch berusten op bedrog en listige kunstgrepen<sup>1)</sup>. Hiertoe behoort bijvoorbeeld het toevoegen van glucose aan de urine om een diabetes voor te wenden, het toevoegen van bloed aan de excrementen, het opwrijven van een thermometer, het nabootsen van talrijke ziekte-toestanden, enz. Wanneer men aan deze definitie vasthoudt, dan blijkt, dat echte simulatie bij de uitvoering der arbeidersverzekeringswetten slechts uitermate zelden voorkomt.

Toch is, zooals BECKER zich uitdrukt, de simulatie zoo oud als de leugen. Voorwenden van ziekte wordt reeds in de oudste geschiedenis der menschheid gevonden. Voornamelijk werd ze in de vroegere tijden aangetroffen, om te ontkomen aan den militairen dienst. De oudere militaire literatuur schijnt dan ook de meeste berichten omtrent simulatie te bevatten, althans voor het in werking treden der sociale verzekering. Ook de gerechtelijke geneeskunde kent gevallen van simulatie, om zich aan de gerechtelijke straf te onttrekken. Nog onlangs maakten de dagbladen melding van een berucht postwisselvervalscher, bijgenaamd „de lamme consul”, die door het voorwenden van een verlamming, waarvoor hij verpleegd werd in een hospitaal te Parijs, aan een uitlevering aan de Nederlandsche politie trachtte te ontkomen. Plotseling vluchtte de patiënt uit het ziekenhuis, totdat men hem weer in een Brus-

---

1) Zie Sonnenschein en Mr. Haarman.

selsch ziekenhuis ontdekte. Toch uitgeleverd aan de politie, was hij weer even verlamd als te voren en werd het de taak van de Nederlandsche medici uit te maken, of hier sprake was van simulatie of van een werkelijk lijden (progressieve spierverlamming). Voor de bewering van BECKER, dat enkele nationaliteiten op uitgesproken wijze meer tot simulatie zouden neigen, dan andere, kan ik geen bewijsgronden vinden. De nationaliteiten worden door BECKER niet genoemd. Bekend is echter, dat men in sommige streken en steden in Nederland eerder tot aggraving en simulatie komt, dan in andere; in de industriegebieden gemakkelijker, dan op het platteland.

Tegenover simulatie staat *d i s s i m u l a t i e*, het verheimelijken van een ziekte, zooals onder anderen door prostituée's gebeurt. Eveneens bij keuring voor het verkrijgen van een begeerde betrekking, keuring voor een levensverzekering, enz.

Bij de sociale verzekering treft men slechts weinig zuivere gevallen van simulatie aan. Meestal gaat het om gevallen van overdrijving van bezwaren. Wanneer iemand voor  $\frac{1}{10}$  lijder is en  $\frac{9}{10}$  bewust overdrijft (BECKER), is dit nog geen zuivere simulatie, al staat het zedelijk en moreel op denzelfden trap. Hieruit volgt ook, hoe moeilijk het is, tot simulatie te besluiten. In de oudere literatuur worden vrij hoge percentages voor simulatie opgegeven. Later nemen deze getallen in grootte af. Hiertoe hebben medegewerkt de grootere ervaring, langduriger observatie, mindere subjectiviteit van den onderzoeker en juistere omlijning van het begrip. Het is duidelijk, dat bij het vaststellen van simulatie, de subjectiviteit zoo ver mogelijk op den achtergrond dient geschoven te worden.

De volgende cijfers zijn naar tijdsorde gerangschikt.

1890	Seligmuller	25 %	simulatie.
1890	Hoffman	33 %	„
1890	Schultze	36 %	„
1901	Bruns	8 %	„ (langdurige observatie).
1908	Becker	Bewuste simulatie is zelden, bewuste overdrijving echter zeer veelvuldig.	

1928	Doeleman.	Simulatie komt ongeveer nooit voor; in verscheidene jaren 2 gevallen.	
1930	v. Bruggen c.s.	25 %	(aangehaald door HAARMAN).
1931	Dor. van Walree:	Het is een fabel, dat er zooveel geaggraveerd en gesimuleerd wordt.	
1937.	Lang.	Op 150000—170000 verwondingen slechts 10—15 maal de diagnose simulatie.	

- ? Kühn-Möbius : Het aantal simulanten, dat de arts meent waargenomen te hebben, staat gewoonlijk in omgekeerde verhouding tot het psychologisch kunnen van den arts.
- ? Ewald zegt : Wanneer eenmaal een geval van simulatie bekend is, keert het voortdurend weer terug in de vakbladen, en prent zich op zoodanige wijze in het geheugen in, alsof het om een dagelijksch gebeuren gaat. In de ziekteverzekering wordt simulatie bijna nooit opgemerkt.

Zelf zag ik in een 6-jarige plattelandspraktijk 1 geval van automutilatie.

De hierboven gegeven getallen gelden alleen om te doen uitkomen, hoe in den loop der jaren de opvattingen gewijzigd zijn. Dat deze cijfers bijna uitsluitend gelden voor ongevalsverwondingen en het lijstje onvolledig is, doet aan het doel, waarvoor deze cijfers gegeven zijn, niets toe of af.

Ook bij het vertoonen van bepaalde verschijnselen heeft men percentages van simulatie gegeven (SONNENSCHHEIN) :

50 % bij het vertoonen van bevingen,

50 % bij het hinken,

30 % bij subjectieve bezwaren,

20 % bij duizelingen,

20 % bij slapte en krachteloosheid,

20 % bij hardhoorigheid,

15 % bij geestelijke storingen,

10—15 % bij gezichtszwakte,

10—15 % bij gevoelsstoornissen.

Men moet deze getallen met een korreltje zout nemen, doch ze kunnen toch eenigermate dienen als aanwijzing omtrent de verhouding van simulatie tot de verschillende, door den patiënt vertoonde, verschijnselen. Men verkrijgt deze getallen, wanneer men evenals LEDDERHOSE doet, en diengene een simulant noemt, die op bewuste wijze tracht te bedriegen met de mate van zijn ziekte of bezwaren. Dat zijn de gevallen, waarbij aggraving een te milde uitdrukking is, doch waarop de scherp gedefinieerde opvatting van simulatie niet past. M.i. kan men op deze wijze nooit tot juiste gegevens komen, daar bij deze laatste opvatting weer een willekeurige subjectiviteit ingeschakeld wordt. Het is noodig, deze gevallen tot de aggraving te rekenen. Bij de door mij gegeven cijfers, werden deze gevallen steeds als aggraving aangemerkt.

KOENINGSFELD maakt het nog ingewikkelder met de volgende indeeling :

- 1) Onbewuste simulatie.
- 2) Bewuste overdrijving.
  - a) partiële simulatie.
  - b) aggravatie.
- 3) Totale simulatie.

Velen maken de scheiding : aggravatie en simulatie, niet. NAEGELI schrijft : de gebruikelijke scheiding tusschen simulatie en aggravatie is verkeerd, heeft eigenlijk geen zin. Ook LANG maakt de scheiding tusschen aggravatie en simulatie niet. Hij meent, dat er een vloeiende overgang is van geringe overdrijving, van objectief aanwezige afwijkingen, naar de bewuste verergering van voorhanden zijnde gebreken tot aan het doen voorkomen van niet bestaande verschijnselen, met het bewuste doel bedrog te plegen voor materieel voordeel. De zelfbeschadiging behoort tot deze laatste groep. Volgens LANG is de, in de meeste leerboeken gegeven, scherpe scheiding tusschen overdrijving, aggravatie en simulatie niet mogelijk. Wanneer men zich echter aan de, in het begin gegeven, definitie van simulatie houdt, is dit begrip m.i. scherp te omgrenzen. Dit neemt niet weg, dat de diagnose er even moeilijk om blijft.

Het aantal vormen, waarin gesimuleerd wordt, is legio. Evenzoo het aantal methodes, om simulatie te ontmaskeren. Het meest bruikbare bewijs van simulatie is de vaststelling van arbeid, die niet verenigbaar is met de klachten van den patiënt. Het grootste deel der simulatieontmaskeringen ligt op specialistisch terrein. Toch is ook voor den niet-specialist-controleur hier een dankbare taak weggelegd. Dat ook de belangstelling bij den huisarts levendig is, blijkt hieruit, dat de eerste vraag in *Aesculap*, het nieuw opgerichte tijdschrift voor en door den huisarts, luidt : Kunt u mij een duidelijke methode aangeven tot ontmaskering van wegens simulatie en aggravatie verdachte lijdens aan lumbago en ischias?, enz. (blz. 27). LANG geeft in : *Die Simulation in der Unfallmedizin* op zeer overzichtelijke wijze de meest voorkomende simulatiepogingen en de meest doeltreffende onderzoekmethoden, om simulatie te ontmaskeren. Juist voor den niet-specialist-arts zijn de ook in dit boekje gegeven schematische teekeningen zeer begrijpelijk. Hierbij zij opgemerkt, dat het positief uitvallen van een simulatieproef alleen nog niet voldoende is. De som van alle objectieve en subjectieve gegevens samen moet tot een oordeel leiden. Het is vaak voorgekomen, dat aanvankelijk de diagnose: simulatie, gesteld werd, terwijl er later een ernstig lijden voor den dag kwam (b.v.

maagzweer, meningitis). Men denke verder aan de zwaktetoestanden bij griep.

De simulant begint te vertellen, dat hij zoo graag weer aan het werk zou willen en dat hij liever niets anders doet dan werken, terwijl hij aan den anderen kant zegt, dat hij nooit beter zal worden. Toch zal men, ondanks het meest objectieve onderzoek, de diagnose: simulatie, fout moeten stellen in de volgende door LANG gegeven gevallen :

- 1) Tot nu toe nog onbekende, pathologische afwijkingen.  
In de geschiedenis der geneeskunde zijn genoeg voorbeelden bekend van ziekten van het centraal zenuwstelsel, van het periphere zenuwstelsel, van vergiftigingen, enz., die men voor 50 jaar voor simulatie hield.
- 2) Beginnende ziekten (kniepijn zonder objectieve vondsten bij beginnende coxitis tuberculosa, hersentumor, multipele sclerose).
- 3) Zeldzame, weinig bekende, ziekten (apophysitiden, epicondylitis, ziekten der sesambeenderen, bezwaren bij patella partita, bursitiden met onbekende plaats).
- 4) Ziekten met geringe, of in het geheel geen lichamelijke afwijkingen (neurotische beelden, hysterie, reumatische aandoeningen, pijn na verwondingen, enz.)

Het is niet doenlijk de verschillende methoden van onderzoek naar simulatie hier weer te geven. Eenige algemeene lijnen bij het onderzoek, mede voor den niet specialist-controleur mogen volgen, waarbij echter niet uit het oog verloren mag worden, dat, voor die gevallen, waartoe hij zich niet bevoegd voelt, specialistische hulp dient ingeroepen te worden. Ook wordt het geheele onderzoek hier niet systematisch weergegeven, daar dit niet afwijkt van het gewone onderzoek van den patiënt. Heeft de anamnese, door de wijze, waarop de klachten naar voren gebracht worden, ons al naar de gedachte simulatie geleid, dan begint men bij het onderzoek, met te letten op de mimiek, de wijze van uitkleeden, pijnreactie bij enkele nadering of licht bestrijken van aangegeven, pijnlijke deelen, reactie bij onbemerkte palpatie tijdens een gesprek, pupilreacties bij onderzoek naar pijn, vasomotorische reacties (bleek en rood worden), secretiereflex (tranen, zweet), en te letten op eelt aan de handen, atrophieën, enz.

Bekend is, dat de simulant minder ziet dan de blinde, minder hoort dan de doove, meer hinkt dan de lamme (KRATZ).

Iedere gesimuleerde afwijking heeft zijn eigen onderzoeksmethode tot ontmaskering. Een enkele, veelvuldig gesimuleerde, afwijking moge volgen. Het zijn eenige willekeurige grepen.

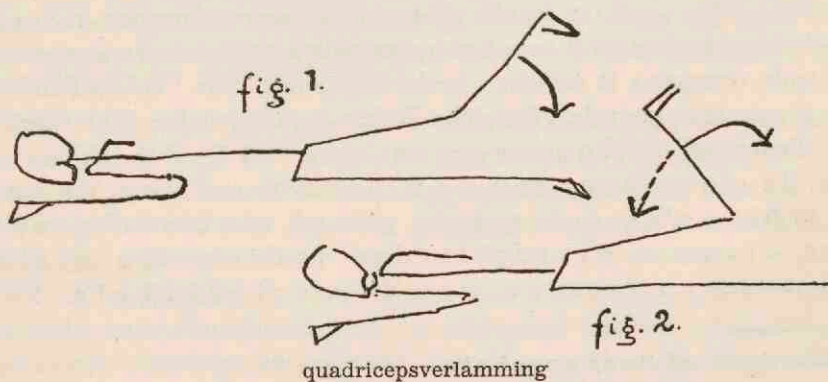
Bij ischiass worden voornamelijk de drukpunten nagegaan, wordt op

atrophiëen gelet, worden de Achillespeesreflex nagegaan, de Lasègue gecontroleerd, terwijl verschillende rug- en beenbewegingen uitgevoerd kunnen worden, om een gesimuleerde Lasègue op het spoor te komen. Bij hoofdpijnen wordt een gebogen stand slecht verdragen, bij pijn in de ribben blijft bij ademhaling de betrokken thoraxhelft achter, pijn in de liezen zou verergeren door achterover buigen van den romp (LANG). Wanneer bij het voorwenden van krachteloosheid van de vuist, deze bij het sluiten van de hand volairwaarts geflecteerd wordt, dan is de bedoeling tot bedrog zeker. De grootste kracht toch wordt verkregen bij lichte overstrekking in het polsgewricht.

Bij het voorwenden van trillen en beven tracht men de opmerkzaamheid af te leiden; bij simulatie van het verschijnsel van Romberg moet men den patiënt met den vinger op een stoelleuning laten steunen. De simulant zal den vinger steeds van het steunpunt opheffen, de atacticus is blij met zijn steunpunt. Bij simuleeren van blindheid en doofheid zijn voor den huisarts ook eenige eenvoudige proeven tot ontmaskering bedacht (o.a. VISSER, HEIDEMA). Bij doofheid noemt LANG van beteekenis het plotseling maken van een opmerking, die voor den betrokkene van groot belang is o.a. „Sie haben Ihre Hosen nicht zugeknöpft.“ „Der Erfolg is oft verblüffend“.

Hoe eenvoudig en doeltreffend de gegeven voorbeelden en teekeningetjes van LANG zijn, moge uit het volgende blijken :

Iemand wendt een quadricepsverlamming voor. Hij kan het onderbeen onmogelijk strekken. Men legge den persoon op den buik op den grond en overstrekket het been in het heupgewricht. Daarna wordt het onderbeen in het kniegewricht gebogen (Fig. 1). Laat men het onderbeen los, dan valt het door zijn eigen zwaarte terug op de onderlaag. Buigt men nu het onderbeen zoo-





ver, dat de hoek in de knieholte kleiner wordt dan 90 graden, en valt het onderbeen nu nog op de onderlaag terug, dan is het duidelijk dat de quadricepsverlamming gesimuleerd wordt (Fig. 2).

### **Automutilatie.**

Een van de ergste vormen van simulatie is de zelfverminking, de automutilatie. Vooral in tijden van oorlog, om te ontkomen aan den militairen dienst, schijnt de automutilatie nog al eens voor te komen. Over de veelvuldigheid van het voorkomen bij de sociale verzekering is niet veel bekend. Om automutilatie vast te stellen is dikwijls klinische observatie noodig, daar het dikwijls onmogelijk is om op andere wijze zekerheid te krijgen.

WELCKER vond in 1923 13 gevallen op de 114 door hem onderzochte patiënten. Er is geen nadere bespreking van de gevallen gegeven, zoodat niet te veel waarde aan deze cijfers gehecht mag worden. VAN TROOYEN wijst, naar aanleiding van deze getallen, met recht op de gevaren van lichtvaardigheid bij de beoordeeling. De meeste mededeelingen omtrent automutilatie zijn casuïstische. Zelf nam ik een geval waar bij een landarbeider, dat later besproken zal worden. De wetgever stelt automutilatie strafbaar (Art. 326 e.v. Wetboek van Strafrecht). Ik waag het te veronderstellen, dat slechts zelden strafvervolgning ingesteld wordt.

De meest veelvuldige vormen van automutilatie zijn: het kunstmatig verwekken van zweren en zwellingen, door b.v. op een bepaalde plek iederen dag te kloppen; inbranden met zuren; snijden met gilettesmesjes; steeds een zelfde plek te schuren met een touwtje, enz. Ook worden wel vingers of andere deelen afgehakt. Ernstiger vormen van automutilatie met het oog op uitkeering door middel van de Ongevallen-, Ziekte- of Invaliditeitswet zijn zelden.

### **Overdrijving en Aggravatie.**

Reeds eerder werd ter sprake gebracht, dat door sommigen geen onderscheid gemaakt wordt tusschen aggravatie en simulatie en dat er een vloeiende overgang is tusschen beide begrippen. Mr. HAARMAN<sup>1)</sup> zegt, in een rede voor de Wettelijke Ziekte- en Ongevallen Verzekering „de Federatie”: Aggraveeren doet hij, die, hoewel aan de door hem geuite klachten en vertoonde verschijnselen een reëele graad niet ontbreekt, deze dermate overdrijft, dat, indien zijn uitingen overeenstemmen met de werkelijkheid, het

---

1) Aangehaald uit **Sonnenschein**.

ziektebeeld een ernstiger en geheel ander karakter zou krijgen, dan waartoe de inderdaad aanwezige lasten en verschijnselen mogen doen besluiten, b.v. hinken, beven, zich duizelig voelen, slecht zien, slecht hooren, enz. enz.

Deze definitie geeft juist weer, wat met aggraveeren bedoeld wordt. Ze bevat zoowel de bewuste als de onbewuste aggravatie. Sommigen maken nog een onderscheid tusschen overdrijving en aggravatie, een verschil, dat in werkelijkheid niet bestaat. Trouwens, „aggravation” beteekent verzwaring, verergering. Men zou de lichte vormen van overdrijving „overdrijving” kunnen noemen, en de zwaardere vormen „aggravatie”. Men zou hierdoor een gradueel verschil krijgen, doch de moeilijkheid is, wat men onder zwaar en wat men onder licht moet verstaan. Dit blijft geheel aan de willekeur van den onderzoeker overgelaten. Op zichzelf is er geen bezwaar tegen dit onderscheid, wanneer men, indien cijfers gegeven worden, bij de einduitkomst beide vormen tot één vereenigt.

Door sommigen wordt nog een onderscheid gemaakt tusschen bewuste en onbewuste aggravatie. Hier de grens te trekken, lijkt mij ook zeer moeilijk, ja haast ondoenlijk. Temeer, daar de huidige zware strijd om het bestaan en de geringe werkgelegenheid maken, dat lichte overdrijving bijna als normaal, als physiologisch is te beschouwen (LANG). Daarbij komt nog, dat de mensch een natuurlijken angst heeft, dat zijn ziekte of ongeval, kortom, zijn geval, door den arts niet ernstig genoeg genomen wordt. Een voorbeeld, waarbij die natuurlijke angst nog versterkt werd, is het volgende geval :

Verzekerde, een jonge man van 35 jaar, verwondde zijn linker onderbeen, doordat er een zware paal op kantelde. Na eenige weken genas de groote scheurwond geheel, doch het onderbeen bleef nog wat oedemateus. Juist in deze periode overleed een broer van verzekerde aan een phlegmone van het onderbeen onder septische verschijnselen. Het is zeer begrijpelijk, dat verzekerde zijn klachten overdrijft, uit angst, hetzelfde lot te ondergaan als zijn broer. Deze gegevens zijn den controleerenden arts meestal niet bekend; den huisarts is de reactie van den patiënt begrijpelijk.

Ook bestaat bij velen de behoefte, dat men medelijden met hen heeft. Een slechten invloed heeft hierop de al te liefhebbende echtgenoot. De wilssterke vrouw bemoedert den slapperen man en geeft hem een nog sterker gevoel van ziek zijn. Dit is een ervaring, die ik verschillende malen opgedaan heb.

Het is verder niet de wensch naar een loon zonder arbeid, die de menschen naar den dokter drijft. In dat geval zouden ondersteunde werkloozen gelukkige en tevreden menschen moeten zijn, zegt ZEE-

HANDELAAR. Het tegendeel is waar, wanneer men de uitkomsten nagaat, waartoe FOLPMERS komt. ZEEHANDELAAR vergeet echter de karige uitkeering, die de werkloozen krijgen. ZEEHANDELAAR vervolgt: er zijn andere factoren aan het werk, zooals de moderne arbeidsdifferentieering, die geen vreugde tot arbeiden geeft. De mensch wil wel eens wat anders dan het eentonige geestdoodende, al is het maar de afwisseling van het naar den dokter gaan en het ontvangen van zoo iets magisch als een drankje. Toch gaat deze redeneering niet geheel op. Naar mijn ondervinding wordt, ook bij landarbeiders, waar het werk niet geestdoodend of eentonig is, integendeel vol afwisseling, aggraviatie aangetroffen en wel bij 40 op 240 contrôles, of in een percentage van 16,7 %. Ik kan mij meer vereenigen met de opvatting van LANG, die zegt, dat overdrijving in de menschelijke natuur ligt. Het is dan ook volkomen onjuist, wanneer, zooals ik zag, in een beslissing van een Commissie van Scheidslieden gezegd wordt, dat aggraveeren niet in den aard van den in beroep gaanden persoon ligt. (Het beroep was ingesteld over de vraag, of patiënt bij den aanvang van zijn werk, al of niet arbeidsgeschikt was).

De lichte, alledaagsche, bewuste of onbewuste overdrijving is, zooals LANG zegt, van onderscheiden aard, dikwijls onschuldig, te verontschuldigen en algemeen menschelijk te begrijpen. ZOLLINGER noemt de bewuste overdrijving van aanwezige subjectieve bezwaren of objectieve ziekte- en ongevalsgevolgen heden veelvuldiger dan ooit. Volgens BECKER neigt hoogere leeftijd meer tot bewuste, jongere meer tot onbewuste overdrijving; evenzoo overdrijft de vrouw meer bewust, dan de man.

Om van de veelvuldigheid van aggraveeren een indruk te krijgen, is moeilijk. Een van de jaarverslagen van de wettelijke Ziekte en Ongevallenverzekering „de Federatie” zegt: de indruk is gevestigd, dat de neiging tot aggraveeren eerder toe- dan afneemt. Dit laat zich uit de steeds moeilijker wordende sociale omstandigheden gemakkelijk begrijpen. Eenige eigen gegevens mogen volgen.

#### B. Eenige eigen gegevens; invloed van den huisarts.

De Wettelijke Ziekte- en Ongevallenverzekering „de Federatie” heeft een gemengd contrôlesysteem. De ziekte- en ongevalsaangiften geschieden bij den secretaris-boekhouder der afdeeling, meestal ook tevens leeken-controleur. Van diens oordeel, en, in hoogste instantie, van den directeur, hangt het af, of er medische contrôle zal plaats vinden, die in den regel aan een niet eigen huisarts-controleur wordt opgedra-

gen. Indien noodig, wordt meestal op diens advies naar den specialist verwezen. Voor het aanvragen van medische contrôle laat de leekencontroleur zich door verschillende gedachten leiden.

- a) De ziekte duurt hem te lang; hij wenscht bepaling van het tijdstip, waarop de patiënt weer aan het werk kan gaan.
- b) Hij meent, dat de klachten van den patiënt niet overeenstemmen met diens gedrag.
- c) Hij wil graag uitgemaakt zien, of er ziekte of ongeval is.
- d) Hij wil weten, of de ziekte reeds bestond bij den aanvang van de verzekering.
- e) Soms wil hij uitgemaakt zien, of de oorzaak onzedelijk gedrag is.
- f) Hij wil weten, of er een gedeeltelijke of een geheele arbeidsongeschiktheid is.

Zoo zijn er verschillende redenen, waarom door den leekencontroleur medische contrôle aangevraagd wordt. Ongeveer 35 % van de aangiften in de afdeeling Eenrum en 22 % in de afdeeling Leens werden medisch gecontroleerd.

Op de contrôleformulieren komt de vraag voor, of er sprake is van overdrijving, of wel, of patiënt zijn klachten voorwendt. Bij de door mij verrichte contrôles is hierop speciaal gelet, en bij positieve bevinding een toelichting gegeven. De meeste contrôles werden door mij verricht bij ziekte van den verzekerde, terwijl het aantal contrôles bij verzekerden, door een ongeval getroffen, geringer is.

Voor de afdeeling Eenrum heb ik tusschen de contrôles bij ziekte en ongeval geen onderscheid gemaakt. Voor de afdeeling Leens daarentegen wel. Dat die scheiding voor de afdeeling Eenrum niet plaats vond, schijnt mij van geen groot belang, ten eerste, wegens het betrekkelijk gering aantal ongevalscontrôles en verder, omdat het bij de ongevalsverwondingen meestal ging om de kleine landbouwongevalletjes, waarbij slechts een kort durende arbeidsongeschiktheid bestond. Behalve door mij werden nog verschillende patiënten door andere artsen gecontroleerd, welke ik in de tabel „door anderen” samengevat heb. Een bezwaar bij deze laatste groep is, dat niet door een en denzelfden persoon gecontroleerd werd, waardoor eenheid van oordeel ontbreekt. Daar staat echter tegenover, dat hierdoor minder gevaar voor eenzijdigheid bestaat. Het nadeel lijkt mij echter grooter dan het voordeel. Het is namelijk niet bekend, welken maatstaf door de andere controleurs aangelegd werd, en of speciale aantekening van aggraving en simulatie gehouden werd.

Eenrum	Aggravatie	Overdrijving	Simulatie	Na 1 dag aan het werk	Totaal aantal contrôles op totaal aantal ziekteangiften in %
Mei 1932/ door mij Mei 1933 gecontroleerd	-	-	-	-	-
door anderen gecontroleerd	0	4	0	12	39
					} 31,7 %
Mei 1933/ door mij Mei 1934 gecontroleerd	0	0	0	2	8
door anderen gecontroleerd	3*	1	1	2	33
					} 30,8 %
Mei 1934/ door mij Mei 1935 gecontroleerd	5	6	0	5	31
door anderen gecontroleerd	1	0	1	3	21
					} 33,8 %
Mei 1935/ door mij Jan. 1936 gecontroleerd	0	1	0	5	23
door anderen gecontroleerd	1	4	0	3	28
					} 34,7 %
Jan. 1936/ door mij Jan. 1937 gecontroleerd	1	6	0	5	35
door anderen gecontroleerd	0	2	0	5	27
					} 38,8 %

\* 1 renteneurose aangegeven.

In het jaar 1932/33 werd nog niet door mij gecontroleerd. Bij beschouwing der tabel ziet men, dat naast aggravatie een kolom overdrijving staat. Dit komt, omdat op de formulieren het woord overdrijven genoemd wordt, doch het woord aggravatie niet, hoewel met beiden hetzelfde bedoeld wordt, eventueel met een gradueel verschil. Ik heb dan ook geen werkelijk onderscheid gemaakt en kunnen maken tusschen de verschillende vormen van overdrijving tot aggravatie. Ook de motieven tot overdrijving konden niet in een tabelletje worden vastgelegd (ziekelijke aanleg, sociale omstandigheden). Overdrijving werd genoteerd, wanneer zonder meer de vraag op het formulier bevestigend werd beantwoord, met een korte aantekening als toevoeging. Het betreft steeds gevallen van duidelijke overdrijving. De meer ernstige vormen werden aggravatie genoemd. Duidelijk is, dat dit zeer subjectief is. Beide groepen zijn dan ook later in één samengevat.

Op 97 voor de afdeling Eenrum door mij verrichte contrôles, vond

ik 6 maal aggraving en 13 maal overdrijving. Dit is samen 19 gevallen of 19,6 %. Door de heterogene groep „anderen” werden 148 controles verricht met 5 maal aggraving en 7 maal overdrijving. Dit is samen 12 gevallen of 8,1 %. Door de groep „anderen” zal de notering wel niet nauwkeurig geweest zijn.

In een aparte kolom heb ik de gevallen genoteerd, waarbij den dag na de controle de patiënt weer aan het werk gezonden werd. Dit bedraagt niet minder dan 17 op de 97 controles. Het aantal, dat, na oproep, niet voor controle verscheen, is mij niet bekend. Van de groep, die na 1 dag aan het werk gezonden werd, werd geen aantekening gehouden, of hieronder ook nog gevallen van overdrijving of aggraving waren. De reden, waarom deze menschen reeds den dag na de controle aan het werk gezonden werden, kan verschillend zijn:

- 1) De veronderstelling, dat de patiënten juist beter zouden zijn, toen ze voor controle kwamen, is de minst waarschijnlijke, hoewel er natuurlijk wel enkele bij zullen zijn.
- 2) Meer waarschijnlijk is, dat deze menschen te laat voor controle gezonden werden, daar de verzekerden hun klachten overdreven.

Zeer zeker is, dat bij deze personen een aantal voorkomt, waarbij de objectieve bevindingen niet in overeenstemming zijn met de subjectieve klachten. Hieruit zou volgen, dat het getal 19,6 % voor aggraving te laag is.

Leens	Aggravatie		Overdrijving		Simulatie		Na 1 dag aan het werk	Totaal aantal contrôles		In % op het aantal aangiften
Mei 1932/ door mij Mei 1933 gecontroleerd	ongeval	ziekte	ongeval	ziekte	ongeval	ziekte		ongeval	ziekte	} 18,4 %
door anderen gecontroleerd	—	—	—	—	—	—	—	1	0	
	2	0	1	0	0	a	1	23	6	
Mei 1933/ door mij Mei 1934 gecontroleerd	0	0	0	2	0	0	2	4	22	} 20,9 %
door anderen gecontroleerd	0	0	3	0	0	0	2	3	17	
Mei 1934/ door mij Mei 1935 gecontroleerd	1	0	1	2	0	0	6	14	21	} 19,7 %
door anderen gecontroleerd	3	1	1	2	d	0	2	7	9	
Mei 1935/ door mij Jan. 1936 gecontroleerd	2	2	1	1	b	0	2	10	25	} 26,7 %
door anderen gecontroleerd	0	0	2	3	0	0	3	3	9	
Jan. 1936/ door mij Jan. 1937 gecontroleerd	1	3	0	5	0	1	5	7	39	} 23,1 %
door anderen gecontroleerd	0	1	0	0	0	0	3	4	4	

a) een geval van automutilatie.

b) en d) een geval van rentehonger en renteneurose aangegeven.

Voor de afdeling Leens vond ik op 107 contrôles voor de Ziektewet 5 maal aggravatie en 10 maal overdrijving. Samen 15 of wel 14 %. Bij contrôles voor de Ongevallenwet vond ik op 36 contrôles voor aggravatie en overdrijving samen 6 gevallen of 16,7 %.

Gemiddeld, voor beide onderdelen der arbeidersverzekering, samen 21 gevallen op 143 contrôles of 14,7 %. De cijfers zijn te klein, om hieruit veel te beluizen, doch ze toonen op overduidelijke wijze aan, dat aggravatie zeer veelvuldig voorkomt. Bovendien werden nog 15 verzekerden op 143 contrôles den dag na de medische contrôle aan het werk gezonden.

Volledigheidshalve vermeld ik nog de uitkomsten der groep „gecontroleerd door anderen”. Ik vat daarbij dadelijk de ongevals- en ziektecontrôles samen. Op 85 contrôles werden 19 gevallen van overdrijving

en aggraving waargenomen, dit is niet minder dan 22,4 %. Hierbij geldt hetzelfde, als gezegd voor de afdeling Eenrum. Alleen is het hier gevonden cijfer zeer veel hoger. Vanwaar dit grootte verschil met Eenrum? Van invloed kunnen hier zijn de kleine getallen, de behandelende huisarts van den patiënt, de controleerende arts en niet minder, de leekencontroleur, die den patiënt niet te laat voor medische controle moet zenden.

Neem ik nu het totaal aantal controles der afdelingen Leens en Eenrum samen, dan vind ik op 240 controles 40 gevallen van duidelijke aggraving. Dat beteekent 16,7 %. Een respectabel getal.

Hierbij zij nogmaals opgemerkt, dat niet alle patiënten medisch gecontroleerd werden. Alleen zij, waarvoor door den leekencontroleur medische controle noodig geoordeeld werd. In zoverre kan het van belang zijn, de gevonden uitkomsten eventueel te vergelijken met controle materiaal van patiënten, die allen, zonder uitzondering, voor medische controle opgeroepen werden. Hierbij zou dan beoordeeld kunnen worden, aan welk controlesysteem men de voorkeur dient te geven.

Bezie ik het totaal aantal gevallen op het totaal aantal aangiften, dan bedraagt dit 4,8 %. Ook bij de niet medisch gecontroleerden zullen zich gevallen van overdrijving voorgedaan hebben, daar een onbekend aantal niet aan den oproep voor medische controle voldeed, doch dadelijk aan het werk ging.

Hoewel er mij geen gegevens van bekend zijn, kan ik mij voorstellen, dat de aggravingcijfers in de industriegebieden hoog zullen zijn, waartoe onder anderen de factor „eentonigheid” mee zou kunnen werken. Waar dit niet opgaat voor den landarbeider, moet de oorzaak gelegen zijn in den menschelijken aard. Van invloed is natuurlijk het seizoen, het zonder werk komen na een korten tijd van veel geld verdienen. In hoeverre werkloosheid bij de door mij gecontroleerde gevallen een rol speelde, is moeilijk te zeggen, daar mij geen voldoende gegevens bekend werden over de loonen en de mogelijkheid van werk vinden, na herstel van den verzekerde.

Wat opvalt is, dat zich in het geheel 3 gevallen van simulatie voordeden met 1 geval van automutilatie, op een totaal van 473 ziektegeschiedenissen. Bij nadere bestudeering der 3 zoogenaamde simulatiegevallen bleek mij, dat wij te doen hadden met meer ernstige vormen van aggraving, overdrijving van aanwezige klachten, zoodat de diagnose simulatie hier niet gesteld had mogen worden.

Het geval van automutilatie verliep als volgt :

J. H., 64 jaar, kreeg 27 Maart 1933 een „ontsteking” aan zijn linker grooten teen. Vanaf 30 Maart werd patiënt ziekengeld toegekend. Eerst 13 Juni werd



medische contrôle ingesteld. De toen controleerende arts sprak van een „operatiewondje”. 18 Juli werd specialistische contrôle ingesteld. De chirurg adviseerde tot observatie in een ziekenhuis wegens sterk vermoeden van zelfverminking. Door misverstand, gebrek aan ervaring en te goed vertrouwen van den leeken-controleur kreeg de patiënt pas 31 Aug. bericht, dat hij zich moest laten opnemen. Daar de patiënt dit weigerde, werd de uitkeering stopgezet. De teen, die 4 maanden ziek was, genas daarna binnen 14 dagen. Patiënt sneed met een gilettemesje een mooi rond defect ter grootte van een een kwartje. De omgeving van het ulcus zag niet rood, doch de „pijnlijkheid” belette patiënt te werken. De onjuiste contrôle werkte de automutilatie in de hand, iets, wat op het oogenblik, na de scherpere en sterker doorgevoerde medische contrôle, niet meer mogelijk is.

Het betrof destijds een van mijn eigen patiënten. Ook ik zelf had het volste vertrouwen in den patiënt, en was nog niet ervaren genoeg om niet te veel geloof te slaan aan zijn stellige verklaring, dat hij niet zelf in den teen sneed.

In hoeverre de behandelende arts invloed kan uitoefenen bij het begin van of zelfs op het voorkomen van aggravatatie, is niet te zeggen. Dit zal geheel afhangen van karakteraanleg en persoonlijkheid van den behandelenden arts (zie inleiding) en van zijn optreden tegenover den patiënt. Zeker is, dat groote invloed van hem kan uitgaan. Hij moet zorgzaam voor zijn patiënten zijn, en gepast medelijden is op zijn plaats, doch slap, toegeeflijk en al te week zijn tegenover zijn patiënten, kweekt overdrijving en aggravatatie, vooral bij die patiënten, die een „stootje” noodig hebben om weer aan het werk te gaan. Deze factoren zijn echter te subtiel, dan dat ze zich wel ooit in cijfers zullen laten vastleggen.

### C. Opvattingen omtrent aggravatatie en simulatie.

Men heeft zich lang met de vraag bezig gehouden, of aggravatatie en simulatie bepaalde uitingen zijn van ziekelijke verschijnselen. In het vorig hoofdstuk werd dit voor aggravatatie reeds besproken. Wat de simulatie betreft, ligt dit geheel op het terrein van den psychiater. Ik wil dan ook volstaan met, zeer in het kort, enkele opvattingen mede te deelen.

BECKER meent, dat simulatie en hysterie grootendeels niet van elkaar te onderscheiden zijn, dat simulatie en hysterie dikwijls samen voorkomen. Eenige aanhalingen uit LANG mogen volgen :

Hysterie en simulatie zijn beide zusters (NAEGELI). Volgens SINGER zijn er geen scherpe grenzen tusschen simulatie en hysterie : men moet slechts een graad-onderscheid maken tusschen hysterie, hysterie en aggravatatie, en simulatie. Hysterie en simulatie zijn in wezen aan elkaar gelijk, beide zijn psychogene verschijnselen. De psychogenie

is bij simulatie bewust, bij de hysterie min of meer onbewust (RINDFLEISCH, UNGER).

STEFAN: Hysterische fixatie bij invaliditeitsrente is niet zelden, aggravatie bij hysterie is gewoon. De scheiding „bewust” en „onbewust” is nauwelijks mogelijk. KEHRER zegt: de moeilijkheid van het onderscheid tusschen hysterie en simulatie is in de practijk in principe hetzelfde als op forensisch gebied de scherpe scheiding tusschen moord en doodslag is. BUNKE zegt: sedert 1918 weten wij beslist, dat de tremor, de verlamming, de hysterische krampaanval, geoefend werden en in deze symptomen les gegeven werd. Zoo zou, wanneer de oorlog nog langer geduurd had, de gelijkstelling hysterie en simulatie zeker gekomen zijn. Zij was voor vele gevallen, niet echter voor alle gevallen, juist geweest. Zoo geeft LANG nog aanhalingen van BIRNBAUM, LANGE, KLIENEBERGER, WEICKSEL en BLEULER.

KRETSCHMER onderscheidt „hysterische Gewöhnung-aanwensel”, tegenover „hysterische Erkrankung-aandoening” (vertaling MEINEMA).

De *a a n w e n s e l s* zijn afwijkingen, die bij den zieke subjectief de overtuiging van ziek zijn geven, doch die, zij het niet zonder moeite, objectief toegankelijk zijn voor den rechtstreekschen wil (pseudo-ischiasische, pseudo-arthritische loopstoornissen). De hysterische *a a n d o e n i n g e n* daarentegen zijn niet onmiddellijk afhankelijk van de wilsfeer. Ze kunnen door een gezonde niet volledig nagebootst worden (slappe verlammingen, tremoren, spasmen). Bij den lijder aan hysterie is diens ziekte een onderdeel geworden van zijn persoonlijkheid. „Hij voelt zich in zijn ziekte thuis”. Een geneeskundige behandeling kan doen ontwaarden in bewust verzet met simulatiepogingen, wat door KRETSCHMER het actieve slechte gezondheidsgeweten genoemd wordt. KRETSCHMER komt dan ten slotte tot de uitspraak: hysterie is simulatie zonder meer, en echte simulatie is een atypische, slecht geslaagde variëteit van hysterie (aanhaling MEINEMA). Voor de practijk worden de volgende besluiten genomen:

- 1) De aanwijzing voor suggestiebehandeling moet scherper worden gesteld; voor verwikkelde, oudere gevallen is zij onmisbaar; voor aggravatie en eenvoudige aanwensels is zij beneden de waardigheid van den geneeskundigen stand.
- 2) Rente behoort slechts te worden gegeven in geval van werkelijk ziek zijn.

## D. Traumatische Neurose.

Zeer lang is het den artsen niet duidelijk geweest, wat men onder traumatische neurose had te verstaan. Een omschrijving van dit begrip te geven is moeilijk. KIJZER (N e d. T i j d s c h r. v. G e n e e s k. 1939 blz. 197) wil dan van traumatische neurose spreken, indien er een *discongruïteit* bestaat tusschen het letsel en de psychische reactie daarop. Deze *discongruïteit* is na de genezing van het letsel waarneembaar door het verschil, tusschen hetgeen van de afwijking is overgebleven, en de geestesgesteldheid van den getroffen. Onder invloed der ongevalwetgeving werd ieder trauma als aetiologisch moment aanzien. Men ging zelfs zoo ver, dat men eenvoudige vingerverwondingen, schrik en emotie als oorzakelijk moment aanmerkte. Men kreeg zoo langzamerhand de voorstelling van een mimosa-achtige gevoeligheid van de hersenen tegenover beschadiging (BONHOEFFER en HIS). De poging, een organische verklaring te geven voor de traumatische neurose, zooals OPPENHEIM deed, is reeds lang verlaten (letsels in den moleculairen bouw der zenuwcellen). Volgens BONHOEFFER is de traumatische neurose geen ziekte in eigenlijken zin, maar een bepaalde psychische reactie, die te voorschijn treedt bij bepaalde wenschen en begeerten en die weer verdwijnt bij het wegvallen van deze wenschen en begeerten. Deze reactie is volgens BONHOEFFER geen algemeene, doch vereischt een bepaalde constitutie, welke onder normale levensomstandigheden onder de aangeboren psychopathie valt te rangschikken. Op 142 gevallen, een steekproef, uit het materiaal van BONHOEFFER, vond hij in de voorgeschiedenis:

50 % het type der gevoelige, weeke, sentimenteele,

25 % de prikkelbare en epileptoïde,

10 % de intellectueel zwakke tot uitgesproken imbeciele,

10 % een verworven pathologischen bodem; arteriosclerose,

en een klein percentage querulanten, constitutioneele hypochonders, enz.

Hij komt tot de slotsom, dat de traumatische neurose te beschouwen is als een psychopathische reactie. Ze treedt niet op als het mechanisch gevolg van het trauma, maar als gevolg van een renteverwachting. BONHOEFFER wil daarom ook geen rente toekennen. Volgens HIS is niet de psychopathische aanleg beslissend, doch de wenschvoorstelling. Van STRUEMPELL stamt in 1895 het woord begeertevoorstelling. De ongevalsneurose onderscheidt zich principieel van de endogene, weinig beïnvloedbare, geestesziekte, door haar „beïnvloedbare, exogene grondoorzaak” (aangehaald uit ROSTOCK). NAEGELI wil nog onderscheid gemaakt zien in commotioneuren na schedelverwondingen, de

hysteriephases, die bij ongevallen van alle soort, ook bij begeertevoorstellingen zeer veelvuldig zijn, en de schrikneurosen, die enkel en alleen met de verzekeringswetten samenhangen en zuivere begeerteneurosen zijn.

Ook KIJSER neemt voor het ontstaan van de traumatische neurose een zekere voorbeschiktheid aan, en meent, dat het letsel dikwijls de druppel is, die de emmer doet overloopen. Evengoed als het ongeval zou een gebeurtenis uit het dagelijksche leven de neurose te voorschijn hebben kunnen roepen. KIJSER beschouwt de traumatische neurose niet als een zuivere renteneurose, al schuilt achter iedere traumatische neurose een begeerte. Deze begeerte kan van velerlei aard zijn. In het algemeen worden die menschen ziek, die niet opgewassen zijn tegen de moeilijkheden van het leven. KIJSER onderscheidt nog de verzekeringsneurose in engeren zin, waarbij geld, extra vacantie, kortere werktijden, de begeerte opwekken. Hier bestaat een sociaal wanbegrip (BLEULER).

Van belang voor het ontstaan van de neurose noemt KIJSER de „driehoeksverhouding”: behandelende geneesheer—verzekerde—controleerende geneesheer. Hij meent, dat naar een zoo groot mogelijke harmonie tusschen de drie genoemde belanghebbenden gestreefd moet worden. Soms ontstaat een vierhoeksverhouding, wanneer één der gezinsleden een rol gaat spelen, en den verzekerde aanzet tot weigering of andere handelingen. De invloed van de echtgenoot heb ik reeds op andere plaats uiteengezet.

De oude strijdvraag, of men de traumatische neurose tot de histerie (CHARCOT) of tot de neurasthenie of hypochondrie moet rekenen, zullen wij geheel laten rusten. BECKER onderscheidt in 1908 alle vormen, welke te samen voor kunnen komen. Hij zegt: er is niet één traumatische neurose, maar een menigvuldige.

Ook PAWLOW heeft getracht een redelijke verklaring voor de traumatische neurose te vinden, geheel volgens zijn leer van de voorwaardelijke reflexen. PAWLOW wijst alle theorieën, die niet uit de physiologie, doch uit de psychologie of filosofie komen, als onjuist af (LAUTER). Het is PAWLOW gelukt, traumatische neurose te wekken bij honden. Tijdens een zware overstrooming in het laboratorium konden de proefhonden van PAWLOW zich slechts met groote moeite zwemmend redden. Bij een groot aantal dieren gelukte het hierna niet meer de voorwaardelijke reflexen op te wekken. Na groote moeite gelukte dit eerst weer. Toen men een overstrooming imiteerde, verdwenen de voorwaardelijke reflexen weer. Die honden, waarbij men gemakkelijk remmingsverschijnselen te weeg kon brengen, bleken het meest gevoelig.

Iets dergelijks als bij de honden, wordt bij den mensch gevonden.

Die individuen, die gemakkelijk geremd zijn, zijn volgens de opvattingen van PAWLOW voorbeschikt een traumatische neurose te krijgen. Het zijn de ordentelijke, nauwgezette personen, steeds bevreesd niet tegen hun taak opgewassen te zijn; tegenover hun medemenschen eenigszins schuw en teruggetrokken. Het voorbeeld, zooals TIMMER dit geeft, luidt: Er komt een onverwacht trauma. Door de heftige prikkels zal de hersenschors geremd worden, maar de prikkels zullen toch sterk genoeg zijn, om over de hersenschors uit te stralen en verbindingen te vormen met den vluchtreflex. Wordt nu b.v. het slachtoffer bevrijd, dan kan òf de remming de overhand nemen, waarbij het slachtoffer versuft zal zijn en niet in staat handelend op te treden, òf de vluchtreflex zich doen gelden, en de getroffene gaat beven, jammeren, huilen; het primitieve, nuttelooze afweermecanisme wordt in werking gesteld.

Na hersteld te zijn, gaat de getroffene weer aan het werk. Hij moet alle prikkels, die hij bij zijn werk ontvangt, tot voorwaardelijke reflexprikkel voor den voedingsreflex maken. Tengevolge van het ongeval hebben deze prikkels een krachtige verbinding gevormd met den vluchtreflex. Hierdoor zal op het eerste oogenblik een neiging ontstaan, het werk in den steek te laten; er ontwikkelt zich arbeidsschuweid. Er wordt nu een strijd gevoerd tusschen vluchtreflex en voedingsreflex. Slechts het onderdrukken van den vluchtreflex kan hier de oplossing brengen. Dit is bij een patiënt mogelijk. De voedingsreflex wordt echter gemakkelijk bevredigd door zijn uitkeering b.v. van de R.V.B. Gaat de patiënt weer aan het werk, dan zal de voedingsreflex hem slechts gedeeltelijk naar het werk dringen; even hard dringt de voedingsreflex hem naar zijn uitkeering. Intrekken van uitkeering zal dan in vele gevallen succes hebben.

Volgens KRETSCHMER heeft de lijder aan traumatische neurose eigenlijk een dubbelen wil. De ééne drijft hem in de richting van de genezing, de andere jaagt hem dieper in zijn ziekelijke verschijnselen.

STIER verklaart het feit, dat tusschen het eerste optreden der nerveuze verschijnselen en het ongeval een zekere tijdsruimte ligt, hierdoor, dat de getroffene den wensch en de hoop op voordeel eerst op zich moet laten inwerken, dat hiervoor een zekere tijd noodig is, wellicht onder den suggestieven invloed der „Umwelt”. STIER vond bij telefonisten, tusschen het tijdstip der ziekmelding met nerveuze bezwaren en het ongeval, 7 gevallen 1 dag, 4 gevallen 2 dagen, 3 gevallen 3 dagen en 1 geval zes, zeven, acht, en tien dagen. 4 gevallen 14 dagen na het ongeval en in 4 andere gevallen was de duur niet precies bekend.

Over de veelvuldigheid van het voorkomen van traumatische neurose heeft men zich allerlei voorstellingen gemaakt. Prof. BROUWER (G e-

neeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringbank 1926 blz. 20) heeft den indruk, dat:

1. de traumatische neurose een zeldzaam ziektebeeld is,
2. bepaalde medici het ontstaan van traumatische neurose in de hand werken,
3. wat neurose genoemd wordt, gewoonlijk een organische ziekte blijkt te zijn.

REICHARDT vond in 1910, dat het optreden van traumatische neurose in omgekeerde verhouding stond tot den ernst van het ongeval. Hij zegt: hoe grooter het gat in den schedel, des te minder vertoont zich de traumatische neurose. Ongeveer 70 % der verwonden krijgen een te hooge of te langdurige rente, en nauwelijks 10 % een te lage.

RADEMAKER deelt 4 gevallen van traumatische arachnoiditis mede, welke lijders vaak als „rentetrekkers” beschreven worden. Ze klagen over hoofdpijn, pijn in den rug, den nek of de lendenen, die door lichamelijke inspanning verergeren en die pas 1 jaar of langer na het trauma ontstaan.

In een belangwekkend artikel geeft BROCX eenige cijfers over de veelvuldigheid van het voorkomen van de traumatische neurose en geeft hij tevens een geographische verdeeling. Het blijkt dan, dat het aantal der neurosen zich concentreert in de groote steden. Op het platteland komt deze aandoening betrekkelijk weinig voor. De verhouding van het aantal aandoeningen in Zeeland, Overijssel, Amsterdam, Rotterdam is 2: 7: 94: 77 (1921). 42 % van het totaal aantal neurosen sloten zich aan een schedeltrauma aan. Hierbij waren een groot aantal ernstige schedelverwondingen, zoodat veel gevallen anatomische afwijkingen hadden. Op het totaal aantal schedelverwondingen was het aantal neurosegevallen 5,6 %. BROCX komt tot de overtuiging, dat de frequentie deze aandoening niet tot een maatschappelijk euvel stempelt. Hij vond 307 gevallen op 313.155 ongevallen.

BROCX beschouwt de traumatische neurose niet als een renteneurose, doch het ontstaan zou veel meer te danken zijn aan „alles, wat met het ongeval samenhangt”, waaronder hij dan verstaat den suggestieven invloed van het in aanraking komen met de uitvoerders der wet, de houding van omgeving en medicus, en de meening — te goeder trouw — onbillijk behandeld te worden.

Wat de arbeidsongeschiktheid aangaat, meent BROCX, dat in zeer veel gevallen geen arbeidsongeschiktheid moet aangenomen worden. Alleen die gevallen, welke ook bij niet-verzekerden invaliditeit zouden geven, zullen moeilijkheden opleveren en daarom moet nauwkeurig nage-

gaan worden, in hoeverre arbeidsongeschiktheid bestaat. Volledige arbeidsongeschiktheid schijnt daarbij zeldzaam te zijn.

VAN SCHELVEN besteedt een lang artikel aan het onderzoek der traumatische neurose-patiënten en aan de waarde, die men aan de verschillende symptomen hechten mag. Hij waarschuwt ernstig tegen te groote waardeering van de verschillende hysterische stigmata. Hij komt vooral op tegen den naam traumatische neurose, daar hij meent, dat deze neurosen niet verschillen van de neurosen zonder trauma in de anamnese. De genezing zou niet langer dan eenige maanden tot ten hoogste drie jaar bedragen, waarbij eenige uitzonderingsgevallen genoemd worden. Als één van die uitzonderingen noemt hij, wanneer het ziek zijn meer voordeel geeft dan het gezond zijn (aandacht trekken, conflicten ontwijken, rente trekken bij verzekerden, pensioenen bij ambtenaren, enz.). VAN SCHELVEN meent, dat hier een overgang is van onderbewuste naar bewuste „Begehrungsvorstellungen”. Men is bij deze groep in twijfel, of de patiënt nog ziek is, dan wel, of hij aggraveert of simuleert. Vooral vroeger werd de traumatische neurose nog al eens verward met simulatie; 30% der traumatische neurosen werd voor simulatie gehouden. BECKER meent, dat nog niet 1 % hiertoe behoort.

De genezing is: een definitieve beslissing te nemen omtrent de schadevergoeding, terwijl het er, volgens VAN SCHELVEN niet toe doet, of de beslissing in het voordeel of in het nadeel van den patiënt uitvalt, indien ze slechts definitief, onherroepelijk is (Kapitalabfindung, pensioen, of afwijzing zijner eischen). Sinds in Zwitserland bij traumatische neurose geen jaarlijksche rente meer gegeven wordt, maar een afkoop in één's, is daar de traumatische neurose verdwenen (VAN SCHELVEN). VAN SCHELVEN deelt een uitgebreide literatuur mede, en wijst ten overvloede nog eens op het ontbreken van traumatische neurose bij ongevallen, waarbij geen uitkeering in het spel is (ongelukken op het voetbalveld, duel bij Duitsche studenten, aardbevingen, catastrophes, enz.). Hierbij kan wel een kort durende, hysterische aandoening optreden. KORTEWEG (1908) deelt een Antwerpsche statistiek mede, waarbij op 14000 ongevallen zich geen enkel geval van traumatische neurose voordeed en verklaart dit door het feit, dat geen uitkeering gegeven werd, voordat of genezing intrad of pensioen toegekend werd.

De Japansche Vereeniging voor Beroepsgeneeskunde bestudeerde het vraagstuk der traumatische neurose en gaf hiervan een indeeling (TAKAORI). Hierop in te gaan, zou buiten mijn bevoegdheid liggen en buiten dit bestek. Alleen de conclusies zullen medegedeeld worden, daar

deze het moderne standpunt omtrent de opvatting van dit vraagstuk weergeven.

„De psychogene neurose is een door een voorstelling veroorzaakte, of een, door een voorstelling veroorzakend gevoel ontstane, ziekte. Zij komt nooit terstond na het ongeval voor, doch ontwikkelt zich pas later. De ziekte-toestand wisselt gedurende de behandeling, is soms beter, soms slechter. Volledige genezing is slechts mogelijk, wanneer het gelukt de voorstelling te doen verdwijnen.”

Van even groot belang als de genezing is de praeventie van de traumatische neurose. KIJZER is het niet met Prof. SILLEVIS SMITT eens, wanneer deze zegt, dat de praeventie van de traumatische neurose niet op den weg van den arts ligt, doch een zaak is van de sociale wetgeving. Prof. SILLEVIS SMITT ziet n.l. de praeventie in een snelle rechtspraak, zonder mogelijkheid van hooger beroep. Ten deele ben ik dit met hem eens. Ik meen echter, dat de directe invloed van den huisarts en diens houding tegenover den verzekerde en den controleerenden arts van beslissenden invloed kan zijn op het te voorschijn roepen van een traumatische neurose. Het is juist de huisarts, die den karakteraanleg van zijn patiënt kent, en hij zal, indien de „gevoelige” patiënt door een ongeval getroffen wordt, dubbel op zijn hoede zijn. Hierin ligt juist de taak voor den huisarts weggelegd, dat hij tracht te voorkomen, dat de patiënt den langen weg bewandelt, die een beroep met zich brengt. Is een „beroep” niet te voorkomen, hetzij, doordat de patiënt niet tot voldoende inzicht is te brengen, of doordat er fouten gemaakt werden door den huisarts of den controleerenden arts, dan is snelle rechtspraak met een niet te herroepen beslissing, de eenig juiste wijze, om niet in de ellende te geraken, die met een traumatische neurose gepaard gaat.



## HOOFDSTUK VI.

### Arbeidsgeschiktheid in het Landbouwbedrijf.

#### A. Iets over den arbeid in het landbouwbedrijf als seizoenbedrijf en sterk gedifferentieerd bedrijf.

In tegenstelling met den arbeid in de industrie, is de arbeid in het landbouwbedrijf<sup>1)</sup> gekenmerkt door afwisseling en verscheidenheid. Niet alleen de wisseling der seizoenen brengt dit mede, doch ook de verschillende gewassen en de weersomstandigheden maken, dat ook dagelijks door den landarbeider geheel verschillende werkzaamheden verricht worden. Geen enkel bedrijf is dan ook zoo onderhevig aan invloeden van buiten als juist de landbouw. De verschillende gewassen eischen bepaalde en aparte zorg, doch ook de voorbereidingen zijn vele en geheel aan elkaar ongelijk. De arbeider is sterk onderhevig aan invloeden der natuur (wind, regen, zonneschijn).

Een korte schets van de werkzaamheden, zooals deze op het „Hooge Land” voorkomen, moge volgen. Zij dient tot het verkrijgen van een beter inzicht in den te verrichten arbeid en zij zal aannemelijk moeten maken, dat deze grootere arbeidsverscheidenheid in de open lucht bij den landarbeider leiden moet tot een andere mentaliteit, dan bij den arbeider, die den geheelen dag bezig is met eentonig werk in een gesloten ruimte.

Het is niet doenlijk een beschrijving te geven van het geheele bedrijf. Daarvoor is dit op proefondervindelijke en half wetenschappelijke leest geschoeide bedrijf te uitgebreid. Er zal juist zooveel medegedeeld worden, als noodig is om een indruk te krijgen van het werk, dat door den landarbeider verricht wordt.

1) Opzettelijk is de veeteelt niet genoemd, daar deze in het Noorden van Groningen slechts gering is. Voor belangstellenden zij verwezen naar het door Gedeputeerde Staten van Friesland op 25 Jan. 1933 bekroonde antwoord van J. M. DLJKSTRA, onder den titel: Een beschrijving van het verband, dat tusschen landbouw en veeteelt in Friesland en de fabriekmatige zuivelbereiding in hare verschillende vormen bestaat en van den invloed, dien de verplaatsing van het zuivelbedrijf van de boerderij naar de fabriek op de ontwikkeling van landbouw en veeteelt in deze provincie heeft uitgeoefend. Zeer waarschijnlijk kan hetzelfde gezegd worden van de veeteelt in de provincie Groningen.

Er vallen verschillende soorten arbeiders te onderscheiden. Volgens de Collectieve Arbeidsovereenkomst „De Marne” kent men:

- A. Vaste arbeiders (Zij, die een jaaraccoord aangaan).
- B. Losse arbeiders (Zij, die een weekaccoord aangaan, met opzegging van één week van te voren door één van beide partijen; waarbij echter de werkgever gedaan werk kan geven bij ongunstige weersomstandigheden, tengevolge waarvan niet buiten gewerkt kan worden).
- C. Vaste werkvrouwen (Werken mede in den oogst, schooven binden, stallen en muren schrobben, en werken mede tijdens de aardappel- en bietenrooicampagne).
- D. Losse werkvrouwen (Als vorige; worden alleen aangenomen in den oogst- en schoonmaaktijd).

De werktijden voor deze 4 groepen zijn gelijk, doch de uurloonen daarentegen niet. De vaste arbeider kent 3 seizoenen, wat uurloon betreft.

1 Mei—13 Juli 25 cent per uur.

15 Juli—7 September 27 cent per uur.

9 September—30 April 25 cent per uur.

De grootste groep vormt de losse arbeider. Zijn laagste uurloon is 25 cent; zijn hoogste  $31\frac{1}{2}$  cent van 15 Juli tot 7 Sept. Voor de vaste werkvrouwen wisselt dit van 16 tot 24 cent per uur; voor de losse werkvrouwen van 19 tot 25 cent. Het uurloon van den lossen arbeider is hooger, dan dat van den vasten. Daar staat tegenover, dat de losse arbeider niet het geheele jaar door werk vindt.

Ook de werktijden zijn in de verschillende tijden van het jaar niet gelijk.

Van 1 Mei—26 Oct. 10 uur per dag (Mag in den oogsttijd verlengd worden tot  $10\frac{1}{2}$  uur).

28 Oct.—9 Nov. 9 uur per dag.

Mei 1935 11 Nov.—23 Nov.  $8\frac{1}{2}$  uur per dag.

— 25 Nov.—23 Febr. 8 uur per dag.

Mei 1936 2 Maart—30 April  $9\frac{1}{2}$  uur per dag.

Een gedeelte van het werk geschiedt in aangenomen werk, o.a. slootgraven, vlastrekken, bietenrooien. Vooral in het drukke seizoen wordt veel werk „aangenomen” (zichten); waarbij dan een maatstaf geldt van 43 cent per uur. In uurloon wordt 36 cent per uur gerekend. Bij vlastrekken wordt loon uitbetaald naar het aantal „schooven”. Een schoof is 40 cm. dik. Per 100 schooven wordt 81 of 97 cent uitbetaald, al naar „blauwbloei” of „witbloei” van het vlas. Dit laatste „trekt” moeilijker. Een geoefend man kan pl.m. 900 schooven per dag trekken, wat neer-

komt op een dagloon van f 7,50 tot f 8.—. Het vlastrekken geschiedt met meerderen tegelijk. Een koppelbaas is verantwoordelijk, telt de schooven, noteert, enz. Een koppel is van verschillende grootte en telt van 6 tot 15 of meer menschen en hangt af van de grootte van het stuk vlas, dat getrokken moet worden.

Een wettelijke regeling der werktijden bestaat niet. De hier gemelde tijden zijn ontstaan door een overeenkomst tusschen werkgevers en werknemers. Zooals ik reeds opmerkte, vindt de losse arbeider voornamelijk werk, wanneer het in den landbouw drukker wordt (wieden, zichten, bieten oogsten, enz.). Nu de boer zuinig is, in verband met de economisch moeilijke tijden, geeft hij den lossen arbeider zoo spoedig mogelijk gedaan, zoodat de landbouw op het oogenblik met recht seizoenwerk is geworden. Daardoor komt de losse arbeider na een winterperiode min of meer ongeoeffend aan het werk. Hierdoor zou, zooals ook de meening van anderen is, o.a. het veelvuldiger voorkomen van tendovaginitis crepitans verklaard kunnen worden, zooals ook reeds vroeger werd opgemerkt. Deze seizoenarbeid heeft dus belangrijken invloed op de arbeidsgeschiktheid van den arbeider, en wel in den vorm van een spoediger arbeidsongeschikt zijn. Dit blijkt ook uit het grooter aantal aangiften, welke toegeschreven moeten worden aan ongeoeffendheid.

Een deel der gehuwde losse arbeiders wordt in den winter in de werkverschaffing geplaatst (wadwerken; landaanwinningswerken).

De vaste arbeider vindt het geheele jaar door werk, zij het tegen wat lager uurloon. Behalve het uurloon ontvangt hij ook nog uitkeering in natura (zie mijn drietal artikelen over de voeding van den landarbeider in het *Ned. Tijdschr. v. Geneeskunde*).

Het grootste deel der arbeiders is zuinig en van zeer goede mentaliteit. De losse arbeider moet in het zomerseizoen zooveel verdienen, dat hij er een deel van den winter van leven kan. In den zomer kan de arbeider zich financieel meer veroorloven dan in den winter, wat o.a. ook blijkt uit zijn voeding (DEN HARTOG). Het is niet te verwonderen, dat hem dit soms verleidt om bij ziekte of ongeval hieruit voordeel te verkrijgen. Een bekend feit is, dat de vaste arbeider weer spoediger arbeidsgeschikt is dan de losse, vooral in het naseizoen, waar na genezing werkloosheid dreigt.

In den drukken oogsttijd vinden ook velen werk, voor wie anders geen plaats is. Voor het lichte werk worden dan vele ouderen van dagen genomen of invaliden, die zodoende nog wat verdienen. Dikwijls wordt door deze dan ook boven hun kracht gewerkt.

In het voorjaar vangt het werk aan met slootgraven, draineeren, eggen, bemesten, zaaien. Steeds meer neemt de tractor de plaats van

het paard in. Na het zaaien komt het wieden, wat veelal door ouderen of door vrouwen geschiedt, evenals het op eenen zetten<sup>1)</sup> van bieten. Na één of meer malen wieden komt het oogsten, en daarna weer opnieuw het bewerken van het land. Soms vindt men op hetzelfde stuk land twee gewassen in één seizoen (erwten en karwij). In den winter heeft men vlas repelen; onderhoud van gebouwen, afrasteringen, dammen, stallen, machines; sorteeren van pootgoed, enz.

Dit zijn, zeer in het kort medegedeeld, de landbouwwerkzaamheden, doch voldoende om te doen uitkomen, dat men in het landbouwbedrijf rekenen moet met seizoenen, en dat het een bedrijf is vol afwisseling.

## **B. Streven naar efficiëntie in het landbouwbedrijf en de invloed daarvan op de arbeidsgeschiktheid.**

In navolging van het buitenland bestaat in Nederland een streven, om naar een zoo efficiënt mogelijk landbouwbedrijf te komen. Ook in het Noorden van Groningen houdt men zich hiermede bezig. In 1934 is een commissie benoemd, welke onder leiding van het Nederlandsch Instituut van Efficiëntie een werkplan heeft samengesteld. Enkele punten uit dit werkplan, overgenomen uit het *L a n d b o u w k u n d i g T i j d s c h r i f t* (WIJK), welke in de toekomst van belang kunnen zijn voor een nader inzicht in de arbeidsprestatie van den landarbeider, wil ik hier weergeven.

- a) Tijdstudies van enkele geregeld voorkomende landbouwwerkzaamheden. In aanmerking komen b.v.: het zichten, binden, hokken en opvorken van graan of het zichten en schelven van erwten.
- b) De methode van draineeren en de gebruikte gereedschappen in verband met de grondsoort en de weersomstandigheden, met vermelding van het aantal meters, dat door een man per uur te draineeren is bij een bepaalde diepte.
- c) Overeenkomstige gegevens omtrent het op eenen zetten en schoonmaken van bieten met vermelding van den invloed der grondgesteldheid.
- d) De wijze en de kwaliteit van het binden van schooven graan, met het aantal, dat een vrouw per uur kan doen onder verschillende omstandigheden.

---

<sup>1)</sup> Bieten worden in rijen gezaaid, waarbij de planten dicht opeen komen te staan. Voor de ontwikkeling van een goede plant is het noodig, dat slechts één plant overblijft op een afstand van ongeveer 30 cm. De overtollige planten worden verwijderd. Dit heet „op eenen zetten“.

- e) Het opvorken van schooven graan, de afwijkingen in arbeidsprestatie en de omstandigheden, die daarop van invloed zijn.
- f) Overeenkomstige gegevens met betrekking tot het oogsten van aardappelen en bieten.

Hoewel hierbij natuurlijk het doel vooropstaat, een zoo economisch mogelijk landbouwbedrijf te verkrijgen, geloof ik ook, dat die studie van een niet te onderschatten belang is voor het verkrijgen van een beter inzicht in het arbeidsvermogen van den landarbeider. Dit komt toch niet altijd voldoende uit in het loon, daar het werk hiervoor te sterk wisselend is. Wel in het z.g. aangenomen werk, in zooverre het nog niet door het machinale vervangen is (zichten, bieten op eenen zetten, vlastrekken). Een van de punten van het werkprogram is ook het toepassen van moderne loonstelsels, zooals die in de nijverheid gebruikt worden. In een proeve van uitwerking wordt rekening gehouden met de individuele verschillen van wat arbeiders per tijdseenheid kunnen verrichten (VERHAGE, DIJKHUIS). Er wordt op gewezen, dat men ook vooral rekening dient te houden met den meer ervaren, ouderen arbeider, wien het moeilijk valt zijn arbeidsprestatie op te voeren, zonder dat zijn arbeidsgeschiktheid gevaar loopt.

Een tijd- en bewegingsstudie is door EIJKEN gemaakt. Belangwekkend daarbij was, dat een oudere bindster aanmerkelijk bij de anderen ten achter bleef, terwijl ook de regelmaat in werken ten achter stond bij haar medebinders en -bindsters. Hieruit zou men de gevolgtrekking kunnen maken, dat er bij de oudere bindsters een beperkte arbeidsgeschiktheid bestaat vergeleken bij de jeugdige binders en bindsters, ware het niet, dat men rekening moet houden met het arbeidstype, het individueele, waardoor ook deze arbeidster onafhankelijk van haar leeftijd een mindere regelmaat van arbeiden zou kunnen vertoonen, dan de anderen. Daar het binden veelal geschiedt door oudere mensen, zou het van belang zijn deze onderzoekingen te herhalen met een groot materiaal. Gebleken is ook, dat verschillende mensen voor hetzelfde werk niet dezelfde spieren het meest gebruiken, een feit, dat we overeenkomstig waarnemen bij de tendovaginitis crepitans. De opvatting is immers, dat deze aandoening zou ontstaan door overmatig gebruik van bepaalde spieren, waarbij het om de peesscheede gelegen extrasynoviale weefsel en het perimysium een ontstekingsachtig vocht zouden afscheiden.

Nu komt het herhaaldelijk voor, dat mensen, die hetzelfde werk verrichten, op het spreekuur komen met een tendovaginitis van geheel verschillende spieren. Van een zelfde groep vlastrekkers zag ik een tendovaginitis crepitans van de *extensores pollicis longus* en *brevis*.

extensoren van wijs- en middelvinger en van de pezen, welke de hand buigen.

Een bewijs, dat al deze menschen niet dezelfde spieren gebruiken bij hetzelfde werk. Wij kunnen toch moeilijk aannemen, dat bepaalde pezen individueel gevoeliger zouden zijn, temeer daar EIJKEN bewezen heeft, hoe verschillend en hoe ondoelmatig de bewegingen zijn bij eenzelfde werk, verricht door meerdere arbeiders.

De onderzoekingen zijn nog te individueel en te gering in aantal, om er veel uit te kunnen besluiten. Men zal echter moeten gadeslaan, hoe dit onderzoek zich verder zal ontwikkelen.

Wanneer het landbouwbedrijf zich zoo zal ontwikkelen, dat het TAYLOR- of wel een ander dergelijk systeem, zooals dit in de industrie reeds lang ingang gevonden heeft, haar intrede in het landbouwbedrijf zal doen, zal het niet nalaten grooten invloed uit te oefenen op de bestaande arbeidsverhoudingen. P. DIJKHUIS schrijft: De landbouwers blijven onbekend met de werkelijke prestatie van den arbeider, omdat deze hen zooveel mogelijk onwetend houdt van hetgeen kan worden verricht.

Hierin zal zeker verbetering optreden, nu, na het oprichten van Landbouw-Bedrijfsstudiegroepen, het verkrijgen van een beter inzicht in arbeidsnormen in den landbouw, het rationaliseeren van arbeidsmethoden, het voeren van een volledige bedrijfsboekhouding en het verkrijgen van een gefundeerd productiekostencijfer in studie genomen worden.

De landarbeider, die heden na ziekte of ongeval vrij spoedig zijn arbeidsgeschiktheid terug heeft, doordat hij in een of ander licht werk geplaatst kan worden, zal door een zekere specialisatie van zijn werk (b.v. slooten graven bij verschillende boeren) minder spoedig zijn arbeidsgeschiktheid terug winnen. Zooals in de industrie bewezen is, is het ongelukkenpercentage na het opvoeren der arbeidsprestatie toegenomen. Of men dit verschijnsel ook in het landbouwbedrijf terug zal vinden is slechts te veronderstellen, en moet aan de toekomst overgelaten worden.

### **C. Ongevallenletsels en Ziekten, veelvuldig voorkomend in het Landbouwbedrijf met beoordeeling van hun arbeids(on)geschiktheid.**

Over de jaren 1932 tot en met 1936 is de aard der verwondingen bij landarbeiders nagegaan. Het betreft nagenoeg uitsluitend ongevallen in het landbouwbedrijf. De gegevens verkreeg ik uit de ongevallenaangiften bij de „Federatie voor O. V.“, over de afdelingen Leens en Eenrum. Deze afdelingen omvatten bijna geheel de gemeenten Eenrum,

Kloosterburen, Leens en Ulrum. Nagenoeg alle arbeiders zijn verzekerd bij bovengenoemde Bedrijfsvereniging. Over het jaar 1932/1933 werden de ongevallenaangiften ingevuld door den behandelenden huisarts. Sinds dit door een bindend besluit der artsen niet meer mogelijk was, moest ik afgaan op de aangiften, ingevuld door den leekencontroleur, en op mijn eigen gegevens. In tegenstelling tot de ziektegegevens, die door het afgaan op den leekencontroleur hoogst onbetrouwbaar worden, zijn de ongevallenaangiften voldoende duidelijk en betrouwbaar. Niet voldoende betrouwbaar zijn ze, om na te gaan of een bepaalde verwonding al of niet geïnfecteerd werd. De meeste onduidelijke aangiften werden dan ook medisch gecontroleerd. Het aantal aangiften over de laatste 5 jaren bedroeg 642, voor ieder jaar nader uitgewerkt in onderstaand staatje. Een scheiding tusschen mannen en vrouwen werd niet gemaakt, daar de mannen overheerschen (90 %), en de cijfers te klein zijn, om uit een scheiding belangrijke gevolgtrekkingen te kunnen maken.

Ik heb de verwondingen ontleed naar den aard der verwonding, om te zien, of enkele bepaalde verwondingen met een zekere regelmaat of frequentie terugkeeren. Bovendien geeft de door mij genomen indeeling een inzicht in de werkzaamheden in den landbouw.

Om van iedere verwonding te vermelden hoe en waarmede de verwonding geschied is, is ondoenlijk en heeft maar betrekkelijke waarde, ook al met het oog op de kleine cijfers. Aan het slot zal hierop nader ingegaan worden.

Bezien wij het ongevallenstaatje nader, dan vinden wij, dat van de huidaandoeningen er 17 ingenomen worden door het „zaaien” met kunstmest. Dit is 2,6 % van het totaal aantal ongevallenaangiften. Bijna altijd is het omgaan met kalksalpeterkunstmeststoffen de oorzaak. In hoofdzaak kalksalpeter, een nitraatverbinding; in mindere mate kalkammonsalpeter, een mengsel van ammoniumnitraat en koolzure kalk.

Het uitstrooien van de kunstmest wordt meestal met ontblooten onderarm en bloote hand gedaan. In de plooiën van den pols, den elleboog of ook wel daar, waar kleeren schuren, eventueel op de hand zelf, ontstaan diepe verbrandingen met necrotische plekken, welke eerst zeer pijnlijk zijn en een slechte neiging toonen tot genezing. Dikwijls ontstaan na eenige weken onder de huid kalkachtig harde stukjes, welke men met een pincet gemakkelijk weg kan nemen. De samenstelling van deze harde stukjes is mij onbekend, doch m.i. is het een verbinding van de ingedrongen kunstmest met de zouten uit de weefselvochten. Er bestaat ook een individuele gevoeligheid ten opzichte van kunstmest. Er zijn menschen, die steeds weer opnieuw dezelfde verbrandingen krijgen. Als voorzorgsmaatregel kan men hand en arm invetten met

Huidaandoeningen	Mei 1932/ Mei 1933		Mei 1933/ Mei 1934		Mei 1934/ Mei 1935		Mei 1935/ Jan. 1936		Jan. 1936/ Jan. 1937		Totaal
	Een- rum	Leens	E.	L.	E.	L.	E.	L.	E.	L.	
kunstmest . . . . .	1	3	—	4	2	—	1	1	1	4	17
Tutan . . . . .	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	1
bijensteek, wesp, paardenvlieg . . . .	1	—	—	2	—	—	—	—	—	—	3
<b>Oogverwondingen</b>											
iets in het oog . . .	2	9	4	7	5	6	4	7	3	4	51
verwonding van oog- leden en omgeving	—	1	3	2	3	1	1	—	3	1	15
<b>Stukstooten en ontvellingen</b>											
zonder infectie . . .	—	3	3	4	2	1	—	—	1	2	16
met infectie . . . .	1	9	1	6	5	7	1	6	3	4	43
<b>Snij- en steekwonden</b>											
zonder infectie . . .	5	7	7	11	4	6	3	5	5	5	58
met infectie . . . .	1	1	—	4	1	9	4	4	1	5	30
<b>Knel- en knijp- wonden (machines)</b>											
zonder infectie . . .	—	1	2	4	2	3	2	1	2	4	21
met infectie . . . .	—	—	1	2	—	—	1	1	—	1	6
<b>Ontstekingen door het binnendrin- gen van vlasstengels en gerstharen . . .</b>	3	5	4	6	3	6	2	5	5	9	48
bijtwond van dieren	—	—	—	1	—	—	—	—	1	—	2
<b>contusies (slag, stoot, val) .</b>	2	24	8	13	6	24	11	11	13	16	128
spierverrekkingen en verstuikingen . . . .	2	13	9	8	11	13	9	9	4	10	88
fracturen en luxaties	1	2	2	7*	1	4	—	3	3	2	25
blaar . . . . .	—	—	2	—	2	1	1	1	1	3	11
verbranding . . . . .	—	—	1	1§	—	1	1	—	—	2	6
peesch.-ontsteking .	—	10	5	1	4	7	7	6	13	3	56
hersenschudding . . .	—	—	1	1	1	—	—	—	—	—	3
bevangen door warmte, electriche stroom . . . . .	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	2
neuritis, bursitis praepatellaris, enz. .	—	1!	2	3a)	—	3b)	—	m.l.	1	m.l.	12
<b>Totaal . . . . .</b>	<b>19</b>	<b>89</b>	<b>55</b>	<b>87</b>	<b>53</b>	<b>92</b>	<b>49</b>	<b>62</b>	<b>60</b>	<b>76</b>	<b>642</b>

\* 1 blijvend invalde.

§ boenen van de muren met zoutzuur, waardoor verbranding ontstond.

! beenamputatie door dorschmachine.

a) 2 infecties met koepokken.

b) strekpeesafscheuring (N. T. v. G. 16 Mei 1936).

m.l. meniscuslaesie.



vaseline, en niet met vochtig weer zaaien, hoewel het transpireeren van den arbeider zelf den arm weer vochtig maakt. De duur bedraagt één tot meerdere weken, en hangt af van de plaats, waar zich de verbranding bevindt. Bevindt zich de verbranding op een plaats, welke niet hinderlijk is voor de buiging van de hand of den elleboog, dan is de arbeidshervatting na een week mogelijk, daar de grootste pijnlijkheid dan weer verdwenen is.

Als verder chemisch beschadigingsmiddel vond ik eenmaal een „Tutan“-aandoening. Tutan is evenals Germissan een kwikpreparaat en wordt gebruikt als ontsmettingsmiddel. Granen worden meestal nat ontsmet, waarbij het preparaat den mensch meestal niet hindert. Lijnzaad daarentegen wordt droog ontsmet, en het ontsmettingsmiddel stuift bij het aanmengen. Bij een niet verzekerde zag ik een uitgebreid exantheem met conjunctivitis, hoesten en slijmopgeven na het werkzaam zijn met een kwikpreparaat. Het exantheem geelk het meest op roodvonkexantheem. Na twee dagen was de patiënt weer genezen. Een ander geval deed zich voor, waarbij de vrouw na het wasschen van de kleding van een ontsmetter onwel werd. Deze vrouw ademde de dampen van het kokende water in, dat op de kleding gegoten was.

Een ander ontsmettingsmiddel, waarvan nog al veel gebruik wordt gemaakt, is nicotine. In dezen omtrek heeft zich nog geen geval van vergiftiging voorgedaan, wat, met de roekelooze wijze, waarop meestal met dit zware vergif omgesprongen wordt, zeker te verwonderen is. De dagbladen hebben meermalen van vergiftiging melding gemaakt, terwijl HAVERKATE en JUENGERHAUS in 1937 en KEMME in 1938 een geval van vergiftiging mededeelden.

Van steken door bijen, wespen en paardenvliegen (bremzen) werden slechts 3 aangiften gedaan. Zij komen dus betrekkelijk weinig voor, of verlopen zoo onschuldig, dat geen aangifte gedaan wordt. Ook worden ze niet altijd als landbouwongeval erkend. De getroffenene kan meestal doorwerken, doch is soms 1 tot 2 dagen arbeidsongeschikt. Meermalen zag ik uitgebreide oedemen door steken van bremzen. Bij een dergelijk oedeem, dat na 2 tot 3 dagen weer geheel verdwijnt, bestaat zeker arbeidsongeschiktheid. Bij ontsteking van de steekwond kan de arbeidsongeschiktheid zeker langer duren.

Van de huidaandoeningen door schimmels, zag ik bij niet verzekerden, en dit jaar ook bij verzekerden, eenige malen trichophytie. Deze ziekte kan soms epidemisch voorkomen, wanneer er bij het vee een epidemic is. Actinomyose nam ik niet waar.

Meer blootgesteld is de landarbeider aan oogverwondingen. 66 of 10 % van de ongevallenaangiften waren oogverwondingen, waarbij in

7,9 % der gevallen aangifte werd gedaan wegens het „iets in het oog” krijgen en in 2,1 % der gevallen wegens verwondingen van oogleden en omgeving. Het is begrijpelijk, dat de landarbeider gemakkelijk iets in het oog zal krijgen; bij het dorschen waaien gemakkelijk stof of grovere deelen in de oogen; dikwijls zijn het zaadvliesjes of de zaadjes zelf (koolzaad), welke op een of andere wijze in het oog geraken. Volgens een aangifte sloeg een koe met haar staart in het oog van den arbeider. Soms is het stof bij het kunstmest zaaien, of zijn het springende deeltjes bij het „kappen van bieten”, die in het oog komen. Juist het springen van die deeltjes geeft de verwondingen in de omgeving van het oog, waarbij ook wel een contusie van het oog zelf kan komen. Soms zijn het vlasstengels, welke binnendringen en ontstekingsverschijnselen geven.

Bij het krijgen van stof in de oogen wordt veelal doorgewerkt, of bestaat er wegens de pijnlijkheid of hinderlijken tranenvloed één tot enkele dagen arbeidsongeschiktheid, mede afhankelijk van secundaire ontstekingsverschijnselen. Berucht is het waaien van kunstmest in de oogen, wat vrij hevige ontstekingsverschijnselen kan geven.

Bij verwondingen in de omgeving van het ooglid staken de arbeiders meestal ook eenige dagen hun werk wegens de zwelling der oogleden, doch veelal wordt ook doorgewerkt, indien de verwonding één oog betreft, wat toch meestal wel het geval zal zijn. In den drukken oogsttijd wordt met één afgedekt oog doorgewerkt, en wordt werk gezocht, waar bij dit mogelijk is.

Het verdient eenige verklaring, waarom ik een onderscheid gemaakt heb tusschen verwondingen door „stukstooten en ontvellingen” en „snij- en steekwonden”. Beide ontstaan toch op zoo geheel andere en voor den landbouw typische wijze. Het „stukstooten” geschiedt toch meestal door den omgang met de landbouwproducten; stooten tegen scherpe deelen van bieten, stuk stooten bij het wroeten in de aarde. Ook ontstaan wel ontvellingen bij den arbeid in de schuren, het rijden met wagens, waarbij de arbeider zich stoot. Tot deze groep heb ik ook gerekend de barsten en kloven, die door den arbeid ontstaan en aanleiding kunnen geven tot ontstekingen.

De „snij- en steekwonden” ontstaan op geheel andere wijze, en wel door den omgang met gereedschappen. Ik noem hier ploegijzers, zichten (de ongeoefende arbeider slaat hiermede in zijn grooten teen), pakhaken, messen, hooivorken en mestvorken. De arbeider kan zich hiermede zelf de verwonding toebrengen, of deze wordt hem toegebracht door een medearbeider.

In den beginne merkte ik op, dat het niet altijd duidelijk was na te gaan of een bepaalde wond al of niet werd geïnfecteerd. Soms moest

op „indruk” worden afgegaan. Hoewel deze cijfers dus niet voldoende betrouwbaar zijn, komen ze toch goed overeen met den algemeenen indruk. Het aantal verwondingen door stukstooten bedroeg 59 of ongeveer 10 %, waarbij iets minder dan  $\frac{2}{3}$  geïnfecteerd werd. De meeste ontvellingen zullen wel niet aangegeven worden, doch slechts dan, indien het een flinken lap vel betreft, of er ontstekingsverschijnselen komen. In dit laatste geval is het dan voor den controleerenden arts soms zeer moeilijk uit te maken, of er een samenhang bestaat tusschen de ontveling en de ontsteking. Over het algemeen wordt bij landbouwongevallen een ruim standpunt ingenomen, daar de infectiemogelijkheid bij den landarbeider zoo uitermate groot is (SMIT). Moeilijkheden geven vooral kloven en barsten, door het werk ontstaan.

Van de wonden, door den omgang met gereedschappen (13,7 % van het aantal ongevallenaangiften), was ongeveer de helft geïnfecteerd. Dit cijfer ligt wat aan den hoogen kant. Een bekend verschijnsel is, dat de landarbeider meestal te laat bij zijn arts komt, wanneer de wond reeds geïnfecteerd is. Dit beïnvloedt sterk den duur der verwonding en de mate der arbeidsgeschiktheid. Niet bevorderlijk daarbij is, dat de arbeider gaarne zelf zijn wonden behandelt met boerenkoolblad, ganzenvet, verschillende geheime zalven, suiker, zelfs aarde, mest, warme pappen, enz. Het aantal infecties met doodelijken afloop is desondanks zeer gering. Op de aangegeven gevallen deed zich geen enkel geval voor. Eénmaal zag ik een tetanus met doodelijken afloop bij een niet verzekerden landarbeider, uitgaande van een ulcus cruris; éénmaal zelfs tetanus bij een zuigeling (N.T.v.G. 1937 blz. 1327). Ik noem deze gevallen, om te doen uitkomen, dat men met het vóórkomen van deze gevreesde ziekte hier wel degelijk rekening heeft te houden.

Een 27-tal verwondingen (4,2 %) werden aangegeven, als zijnde ontstaan door omgang met machines. Het zijn bijna uitsluitend knelwonden. Typisch voor den landbouw zijn de verwondingen door het binnendringen van vlasstengels, gerstharen, distels en andere plantaardige vezels. Het betreft daarbij bijna uitsluitend geïnfecteerde wonden en deze maken 7,5 % uit van het totaal aantal ongevallenaangiften. Van bijt-wonden door dieren werden slechts 2 gevallen aangegeven.

Het totaal aantal verwondingen, uitgezonderd de oogwonden, bedroeg 239 (37,2 %), waarvan 127 geïnfecteerd. In de jaarverslagen van „de Federatie” wordt aangegeven, dat ongeveer  $\frac{1}{4}$  der verwondingen geïnfecteerd is. Volgens de mij ten dienste staande gegevens kom ik tot ongeveer de helft.

Voor de beoordeeling van de arbeidsongeschiktheid, door deze verwondingen teweeggebracht, geldt hetzelfde als gezegd voor de lichtere

verwondingen in het hoofdstuk over de tabellarische-mathematische methoden. De knel- en knijpwonden kunnen vrij lang duren, daar hierbij nogal uitgebreide scheuren en kneuzingen kunnen ontstaan.

Niet minder dan 128 of 19,9 % der ongevallen worden ingenomen door de contusies. Deze ontstaan meestal door val, slag (van dieren) of stoot (stieren of koeien, die den verzorger tegen den wand drukken). De contusies door een val, ontstaan meestal door het vallen van wagens, hooi- of stroochoopen, terwijl ook de omgang met gereedschappen contusies kan geven. Ieder lichaamsdeel kan daarbij getroffen worden, doch het zijn meestal hand, rug, ribben, schouder en voet, welke bij voorkeur getroffen worden. Wanneer naast de contusie tevens een verwonding ontstond, doch de contusie hoofdzaak bleek, heb ik de aangifte alleen als contusie gerekend, om dubbel tellen te voorkomen. Waar de verwonding op den voorgrond stond, werd alleen de verwonding geteld.

De gemiddelde duur bij een contusie is 10—14 dagen. Een zekere maatstaf om den arbeider weer arbeidsgeschikt te verklaren is er niet. Zwelling en blauwverkleuring kunnen eenig houvast geven. Meestal zijn het de subjectieve klachten over pijnlijkheid van den getroffene, die bij de beoordeeling het grootste gewicht in de schaal leggen. De plaats van de contusie en de aard van het werk, benevens de subjectieve klachten en objectieve bevinding, moeten samen de arbeidsgeschiktheid bepalen, en dit is veelal een aanvoelen, daar juist bij contusies, en vooral bij die van den rug, veelvuldig overdreven wordt.

Spierverrekkingen en verstuikingen komen evenveel voor als snij- en steekwonden, n.l. 88 of 13,7 %. Bij de spierverrekkingen werd herhaaldelijk medische contrôle verricht, daar het voor een leek onmogelijk uit te maken is, of men te doen heeft met een rheumatische aandoening of wel met een spierverrekking. Ook voor den arts is dit soms zeer moeilijk. Voor het aannemen van een ongeval moet een strenge maatstaf aangelegd worden. Het is niet alleen noodig, dat er een ongecoördineerde beweging gemaakt werd, doch tevens moet er een plotselinge, van den gewonen gang van zaken afwijkende gebeurtenis ontstaan zijn, zooals het met den voet afglijden van een loopplank, waardoor de verzerde zijn evenwicht niet kon houden en daarbij viel of dreigde te vallen; het tillen van een zwaren last, waarvan men meende, dat deze lichter was. Het is niet de bedoeling hierop nader in te gaan, daar dit niet in dit bestek ligt. Zie hiervoor o.a. MUNTENDAM en METZ. METZ schrijft: een spierscheur geeft weinig pijn en is na eenige dagen weer beter. Duurt de pijn dan ook langer dan bijv. eenige dagen (wat ik verlengd zou willen zien tot ten hoogste 1 à 2 weken), dan kunnen we zeker zijn, met een rheumatische aandoening te maken te hebben.

Fracturen en luxaties werden 25 maal waargenomen; éénmaal met blijvende invaliditeit wegens calcaneusfractuur. Het betrof overigens meestal de kleinere fracturen, zooals van ribben, kuitbeen, middenhandsbeenderen, die meestal een betrekkelijk korte arbeidsongeschiktheid van eenige weken geven. Van groot gewicht zijn hierbij, en dit geldt vooral voor de „grootere” fracturen, de behandeling (zie blz. 52/53) en de „Eerste Hulp”. In het geval, waarbij blijvende invaliditeit ontstond, was de juiste aard der aandoening aanvankelijk miskend; tevens werd mij een geval bekend, waar door niet juiste „Eerste Hulp” bij een onderbeenfractuur tijdens het vervoer een gecompliceerde fractuur ontstond.

Blaren werden 11 maal waargenomen; ze waren bijna zonder uitzondering geïnfecteerd. De niet geïnfecteerde blaren worden door den arbeider zelf behandeld en niet aangegeven. Het aantal bedraagt nog geen 2 % van het totaal der aangiften. Meestal volgt, na openknippen en ontlasten van den etter, met een nat verbandje na eenige dagen weer arbeidsgeschiktheid.

Ook eenige gevallen van verbranding deden zich voor, door het schenken van kokende koffie op het land. Eén geval van verbranding door zoutzuur deed zich voor bij een arbeider, die in opdracht van zijn werkgever daarmede de muren moest boenen, een algemeene Groninger gewoonte om te voorkomen, dat de muren groen worden. Een heel „heldere” boer en burger verwijdert ook het groen van de boomstammen voor zijn huis.

56 (8,7 %) gevallen van peesscheede-ontsteking deden zich voor. Het 13de jaarverslag van de „Federatie voor O. V.” schrijft: mede tengevolge van de werkloosheid en de daardoor verminderde training, deed zich een ongewoon groot aantal gevallen van peesscheede-ontsteking voor. Het 14de jaarverslag (1936) zegt: met name in den tijd van het vlas trekken en in dien van het bieten rooien deden zich abnormaal veel gevallen voor van hyperfunctie met als gevolg peesscheede-ontsteking e.d. letsels, welke wij voor een groot deel toeschrijven aan gemis aan training tengevolge van de nog steeds heerschende werkloosheid. Het overzicht in het staatje van de laatste 5 jaren laat deze toeneming niet zien. Vermoedelijk is deze toeneming over het geheele gebied der „Federatie” wel waar te nemen. De arbeidsongeschiktheid is ongeveer 8 tot 14 dagen, soms langer. Zoolang de pees nog „kraakt”, is het niet raadzaam, dat patiënt hetzelfde werk als te voren verricht. Indien andere arbeid verricht kan worden, is het zelfs mogelijk, dat patiënt doorwerkt. Omtrent de plaats, waar deze aandoening het meest voorkomt, is reeds het een en ander medegedeeld.

Van „bevangen door warmte” werd maar één geval aangegeven, dat

slechts kort duurde. Doodelijke gevallen van zonnesteek nam ik niet waar. Het schijnt, dat in een bepaald jaar meer gevallen voorkomen, dan in een ander jaar. Zoo werden bij landbouwongevallen in Pruisen in 1914 212 gevallen bij mannen en 67 bij vrouwen medegedeeld; daarentegen in 1915 63 gevallen bij mannen en 24 bij vrouwen. KORTEWEG (Ö n g e v a l l e n g e n e e s k u n d e 1932) vermeldt in de jaren 1913—1923 14 aangiften van zonnesteek bij de Centrale Landbouw-Onderlinge en de Tuinbouw-Onderlinge, en in de week van 8—16 Juli 1923 198 gevallen, waarvan 61 met doodelijken afloop. MUNTENDAM geeft in het Geneesk. Tijdschrift der R. V. B. een belangwekkende beschouwing over de begrippen zonnesteek, hitteberoerte (warmteberoerte) en warmtebevanging.

Tegenover hitteberoerte staat bevroren. Een enkele maal komt bevriezen van de vingertoppen voor na het plukken van spruiten. Eenmaal zag ik een man, die na een vriesnacht 's morgens vroeg spruiten ging plukken en met hard bevroren vingertoppen bij mij kwam. Na demarcatie volgde afstooting van de bovenste topgedeelten van 5 vingers. Patiënt was niet verzekerd, daar spruitenteelt veelal in deelbouw geschiedt.

Onder de „diversen” noteerde ik 1 neuritis van den nervus ulnaris (niet nader aangegeven, waarom dit geval tot de ongevallen gerekend werd), 2 bursitis praepatellaris, 2 meniscuslaesie, 1 onderhuidsche strekpeesafscheuring, 2 gevallen van echte koepokken door besmette koeien. Dokter Oderwald behandelde destijds de beide patiënten met koepokpuisten op de handen, en hield de afwijking voor zeer typisch. Er waren toen verscheidene besmette koeien. Miltvuur, kwade droes, varkensvlekziekte, mond- en klauwzeer<sup>1)</sup> (over het voorkomen bij den mensch van deze laatste ziekte werden onlangs in de vakbladen gegevens verzocht), door den omgang met besmet vee ontstaan, nam ik niet waar.

De meeste ongevallen worden aangetroffen in de leeftijdsgroep van 20—40 jaar. Dit is zeer begrijpelijk, wanneer we bedenken, dat beneden dien leeftijd de mannen nog geen vast werk hebben, en boven de 40 jaar velen alleen seizoenwerk verrichten. Bovendien is de groep van 20—40 jaar de talrijkste. Hetzelfde verschijnsel treffen we aan bij de vrouwen. Boven de 60 jaar werd geen enkel geval aangegeven van een vrouw, getroffen door een ongeval. Boven de 60 jaar gaat de vrouw

---

<sup>1)</sup> Tijdens een epidemie van mond- en klauwzeer onder de koeien, komt bij de melkers nogal eens een impetigneuze aandoening voor van de handen, die ik houd voor het rechtstreeksche gevolg van het uitmelken van de secundair geïnfecteerde spenen van de koeien.

slechts zelden meer naar het land. De kinderen zijn dan volwassen, en de oudjes kunnen zich beter redden; meestal genieten ze ouderdomsrente, of komt de Diaconie of het Burgerlijk Armbestuur te hulp. Dikwijls is ook zooveel overgespaard, dat alleen de man maar naar het land behoeft te gaan, daar de oudjes zich met een kleine bijverdienste kunnen redden.

Van het aantal ongevallen duurt bij  $\frac{2}{3}$  de arbeidsongeschiktheid 3—43 dagen, bij ongeveer  $\frac{1}{5}$  korter dan 3 dagen door de oogverwondingen, lichtere snij- en steekwonden, brandwonden, insectensteek, lichtere spierverrekkingen en verstuikingen. De arbeidsongeschiktheid bij de vrouwen duurt, voor zoover men uit de geringe mij ten dienste staande gegevens gevolgtrekkingen mag maken, niet langer, dan bij de mannen.

De omgang met gereedschappen geeft het grootste aantal verwondingen en wel ongeveer 20 % (verwondingen en contusies). Ook door het omgaan met werktuigen, al of niet gedreven door een mechanische inrichting, ontstaat een vrij groot aantal ongevallen (iets meer dan 10%).

Een ernstig letsel met blijvende invaliditeit ontstond bij een jongen man van nog geen 40 jaar, die in 1934 met zijn been tusschen dorschtrommel en korf kwam. Het geheele onderbeen werd hem daarbij afgeknepen. Ook het afknellen van gedeelten van vingers tusschen de kamraden van landbouwmachines komt nog al eens voor.

In bijzonder kwaden reuk staan de dorschmachines, wegens onvoldoende beveiliging. Een doodelijk ongeval geschiedde, doordat iemand op de scherpe pennen van de schudders viel. Bij de aangesloten dorschbedrijven werd aan loon over 1930/1936 f 2.004.288,35 betaald. Aan schadevergoedingen ex L.O.W. 1922 werd over dit zelfde tijdvak uitgekeerd f 52.994,02; dit is per f 1000 verzekerd loon f 26,45, terwijl het gemiddelde voor alle bedrijven over dit tijdvak f 8,37 per mille bedraagt (M a a n d b e r i c h t n o. 1 2 d e r F e d e r a t i e).

Niet zonder gevaar blijkt de omgang met paarden en voertuigen, met paarden bespannen, daar deze ongeveer 10 % van het aantal ongevallen geven. Ook de omgang met het „losse" vee geeft gevaren. Juist bij het laten dekken der koe, of bij voeding van den stier in den stal wordt de verzorger nog al eens tegen den wand gedrukt. Meerdere malen zag ik daarbij ribfracturen en contusies. Ook kreeg ik enkele gevallen te behandelen, waarbij de man door den stier in de weide aangevallen was. Doordat een paard sloeg, zag ik eenmaal een patellafractuur ontstaan, terwijl een vrouw een dusdanige schedelverwonding kreeg, dat er een blijvend defect aan den beenigen schedel overbleef.

De meest ernstige letsels ontstonden door het gebruik van voertuigen, werktuigen en gereedschappen (langer dan 6 weken).

Voor de volledigheid wordt nog een staatje medegedeeld over het aantal ziekteaan giften in 1936. Hierbij werd het geheele landbouwgebied van de „Federatie” genomen, en wel, omdat de gegevens over de afdelingen Eenrum en Leens te gering in aantal zijn, en slechts jaarcijfers van belang zijn, met het oog op het epidemisch optreden van enkele ziekten in een bepaald jaar (griep). Helaas moest voor de ziektegevallen een zeer schematische indeeling worden toegepast. Groepen, die uiterlijk op elkaar geleken, werden samengevoegd. Niet alle gevallen werden medisch gecontroleerd, zoodat iedere wetenschappelijke waarde (wat het jaarverslag trouwens ook zelf aangeeft) er aan ontzegd moet worden. Ik deel deze cijfers echter in het kort mede, om aan te toonen, welke waarde men aan deze gegevens hechten mag.

Hieronder volgt een overgenomen staatje uit het 14e Jaarverslag der „Federatie”.

Leeft. en geslacht der verzekerden	Aantal geval- len	Aantal uit- keeringsdagen		Aard der ziekte	Aantal geval- len	Aantal uit- keeringsdagen	
		Totaal	Ge- midd.			Totaal	Ge- midd.
Beneden 16 j. manl.	32	324	10	griep, e.d.	462	7486	16
„ 16 „ vrl.	18	158	9	tuberculose	4	444	111
16—21 jaar manl.	159	2112	13	rheuma	41	1265	31
16—21 „ vrl.	113	1838	16	kanker en tumoren	—	—	—
21—40 „ manl.	564	9413	17	neus, keel en oor	124	1243	10
21—40 „ vrl.	133	3039	23	hart en bloedvaten	8	589	74
40—60 „ manl.	356	9152	26	maag en darmen	130	4366	34
40—60 „ vrl.	43	1508	35	lever en galblaas	9	91	10
60 j. en o. manl.	145	4334	30	blaas en nieren	24	960	40
60 „ „ „ vrl.	3	51	17	zwangerschap en bevalling	11	601	55
totaal mannen	1256	25335	20	andere ziekten	677	14884	22
totaal vrouwen	310	6594	21	afgewezen	76	—	—
<b>Totaal</b>	<b>1566</b>	<b>31929</b>	<b>20</b>	<b>Totaal</b>	<b>1566</b>	<b>31929</b>	<b>20</b>

Ongeveer 30 % der ziekten worden ingenomen door griep, samen met de acute infecties der bovenste luchtwegen, uitgezonderd angina en pneumonie. Het werken in de open lucht, in weer en wind, het bezweet zijn en nat regenen, kortom het blootgesteld zijn aan alle weersinvloeden maakt de kans op kouvatten, en dit wellicht als de te voorschijn roepende factor, van de genoemde ziekten groot. Om na te gaan, of deze infecties bij landarbeiders meer voorkomen, dan bij andere bevolkingsgroepen, kunnen alleen cijfers vergeleken worden uit hetzelfde jaar. Het is toch overbekend, dat het eene jaar meer „griep” geeft, dan



het andere. De wijze van verzamelen van de medegedeelde cijfers en het betrekkelijk geringe aantal maken iedere vergelijking met ander ziek-tewetmateriaal onmogelijk. Hoe weinig betrouwbaar de gegevens zijn, moge het volgende aantonen :

Door rheuma wordt nog geen 3 % van het aantal aangiften ingenomen. Het onderzoek van MUNTENDAM leert ons echter anders. Van het totaal bedrag aan ziekengeld wordt  $\frac{1}{5}$  voor rheuma uitgekeerd ; ongeveer twee maal zooveel als voor arbeidsverzuim door influenza. Het is dus zeer waarschijnlijk, dat onder andere rubrieken talrijke rheuma-gevallen gebracht zijn. Hiervoor komt in aanmerking de groep „andere ziekten” en de groep „ziekten van het skelet en spierstelsel”. Vooral deze laatste groep zal wel voor het grootste deel uit reumatipatiënten bestaan, en neemt ongeveer 11 % in. Eenige gevolgtrekking valt dan ook niet te maken.

Voor de beoordeeling der arbeidsgeschiktheid zie het hoofdstuk : Beoordeeling van arbeidsgeschiktheid voor de Ziektewet.

#### **E. De verminderd arbeidsgeschikten, ouden van dagen en vrouwen in het Landbouwbedrijf.**

Men heeft wel eens de opmerking gemaakt, dat in het landbouwbedrijf meer verminderd arbeidsgeschikten te werk gesteld zouden zijn, dan in eenige andere tak van bedrijf of industrie. Dit zou mogelijk zijn, doordat in het landbouwbedrijf lichte en zware werkzaamheden naast elkaar verricht moeten worden, zoodat de op het land opgegroeide verminderd arbeidsgeschikte (onvolwaardige) of de op later leeftijd verminderd arbeidsgeschikt gewordene spoediger werkgelegenheid zou vinden, dan elders, waarbij ongetwijfeld de nauwere band tusschen werkgever en werknemer gunstigen invloed zal uitoefenen.

Om de boven gestelde opmerking al dan niet bevredigend te beantwoorden, brengt groote moeilijkheden mee. Het begint al met de vraagstelling, wat men onder een verminderd arbeidsgeschikte, dus een onvolwaardige, heeft te verstaan. De fysiek onvolwaardige, die zijn werk nog volledig doen kan, zou men buiten beschouwing moeten laten, en alleen dengene onvolwaardig noemen, die niet in staat is hetzelfde loon te verdienen als de volwaardige arbeider in het landbouwbedrijf, waaronder de zoogenaamde maatschappelijk onvolwaardige verstaan wordt.

Toch is dit niet heelemaal juist. Er worden talrijke fysiek onvolwaardigen gevonden, die gedurende korten tijd een vol loon verdienen, doch door hun verhoogde kans op ziek worden spoediger tijdelijk uitgeschakeld worden, dan een normaal iemand. Ik noem den chronischen

asthma-patiënt, den sterk kyphotischen, den lijder aan lichte Basedow-verschijnselen, den lijder aan verminderde hartswerking, enz. Deze menschen vormen een groot risico voor de uitvoerende organen der Ziektewet. Meerdere malen ontvangen deze menschen een langdurige uitkeering. Degene, die ziek wordt, omdat hij voortdurend werk verrichtte, dat boven zijn krachten ging, zonder eenige bijkomstige ziekteoorzaak, kan geen recht doen gelden op ziekingeld.

Een statistieke samen te stellen van de verminderd arbeidsgeschikten is zeer moeilijk en voor een deel subjectief. Iedere vaste waarde-bepaling voor een verminderd arbeidsgeschikte ontbreekt. Loonkundig onderzoek zal het medisch onderzoek moeten aanvullen.

In het landbouwbedrijf worden oudere en „minderwaardige“ arbeidskrachten aangenomen tegen een lager uurloon. Bij het aangenomen werk komt de verminderde arbeidskracht tot uiting in den langeren tijd, die aan een bepaald werk besteed wordt, b.v. wieden.

Een onderzoek nu van den huisarts naar de verminderd arbeidsgeschikten onder de arbeiders heeft het voordeel, dat hij van iederen arbeider diens omstandigheden en diens prestaties kent. Daar het aantal verzekerde arbeiders in een huisartsenpraktijk echter te klein is, om daaruit voldoende conclusies te trekken, verzocht ik de artsen N. Krui-zinga van Kloosterburen, E. Renken van Leens, A. Jonker, vroeger te Leens, thans te Amsterdam, W. Oderwald, vroeger te Ulrum, thans te Amsterdam, hun medewerking te verlenen, zoodat het onderzoek zich kon uitstrekken over de gemeenten Leens, Kloosterburen en Ulrum.<sup>1)</sup>

Op het gemeentehuis (voor de gemeenten Ulrum en Kloosterburen werden de namen mij door een volonair verschaft) ging ik in het bevolkingsregister alle namen na, deelde de landarbeiders in in mannen en vrouwen en in leeftijdsgroepen, en noteerde tevens de afwijking, welke gevonden werd. Alleen zij werden aangeteekend, bij wie de afwijking een duidelijk verminderde arbeidsprestatie teweegbracht, hetzij door sneller en veelvuldiger ziek worden, hetzij, doordat een minderwaardig loon verdiend werd. Om dubbel tellen te voorkomen, rangschikte ik iemand met meerdere afwijkingen onder die groep afwijkingen, welke den arbeider het meest ongeschikt maakte. Veelal werd tusschen haakjes nog de andere afwijking vermeld. Tevens wordt

---

1) Voor hun gewaardeerde medewerking mijn hartelijke dank. Dank breng ik hier tevens aan de burgemeesters J. N. Spoelstra van Leens en W. Harteveld van Ulrum en aan de gemeente-secretarissen R. M. Woldring van Leens, S. H. G. Bosma van Kloosterburen (thans burgemeester te Oude Niedorp) en J. Groenendaal van Ulrum, voor hun toestemming de namen te verzamelen, en voor hun medewerking.

voor de gemeente Leens nog vermeld, welke arbeiders in het genot van invaliditeitsrente zijn.

Onder den naam „geestelijk zwakken” versta ik hen, die door neurasthenie, hysterie, psychopathie of niet nader te differentieeren geestelijke afwijkingen als onvolwaardig zijn te beschouwen; onder de tuberculeuze afwijkingen rekende ik die afwijkingen, waarvan de lijder blijvend invalide of binnen niet afzienbaren tijd als valide is te beschouwen (gewrichtsverstijvingen, verwoesting longweefsel, enz.); evenzoo geldt dit voor „de inwendige ziekten” (chronische nierziekten, chronisch maagulcus met jarenlange verschijnselen, asthma).

De totaal invaliden, dus zij, die geen werk meer verrichten, heb ik niet medegemeld, doch worden later medegedeeld onder de groep „niet landarbeiders” in de gemeente Leens, daar ik voor deze gemeente in staat was alle inwoners op een dergelijke wijze na te gaan.

Het aantal verzekerde landarbeiders over het jaar 1937 bedroeg in Leens 611 mannen en 103 vrouwen. De vrouwen zijn slechts gedeeltelijk in den landbouw werkzaam. Op den leeftijd van 15—30 jaar meestal als dienstbode (melkster, melkbussen schoonmaken, enz.); daarboven als vaste arbeidster of losse arbeidster in den oogsttijd.

Hieronder volgen de verminderd arbeidsgeschikten uit de gemeente Leens, in leeftijdsgroepen gerangschikt. Het bovenste cijfer geeft de bezetting in de leeftijdsgroep aan. De tusschen ?? geplaatsten zijn niet verminderd arbeidsgeschikt, doch alleen volledigheidshalve medegedeeld. De met een \* geteekenden ontvangen invaliditeitsrente.

#### Landarbeiders in Leens:

##### 15—20 jaar

	mannen	vrouwen
	96	25
1 ankylose elleboog		
? 1 hazelip ?		
1 verminderde lichaamskracht met geesteszwakte		
1 dwerggroei		
1 kliertuberculose		

##### 20—30 jaar

	mannen	vrouwen
	116	26
1 epilepsie		
1 tuberculeuze kyphose		
* 1 chron. nieraandoening		
1 verminderde lichaamskracht met geesteszwakte		
3 geesteszwakken		
1 debiele		

### 30—40 jaar

mannen	vrouwen
168	21
* 1 tuberculose van de long	1 achterlijke
* 2 maagulcus	1 geesteszwakke
1 stokdoof	
1 pernicieuze anaemie	
1 uitgebreide lupus	
2 zoogenaamde zwakke borst (chron. bronchitis)	
3 geesteszwakken	
1 psychopaath (o.a. exhibitio- nisme)	

### 40—50 jaar

mannen	vrouwen
78	15
* 1 hartaandoening	1 vetzucht
* * 3 asthma met asthmatische bronchitis	
1 melancholie	
2 debielen	

### 50—60 jaar

mannen	vrouwen
55	12
* 1 tuberculose der testikels met rugaandoening van tubercu- leuzen aard	1 debiele
1 diabetes	
* 1 hartaandoening	
* 1 vervroegde ouderdom	
2 geesteszwakken	

### 60—70 jaar

mannen	vrouwen
75	4
***** 5 hartpatiënten	1 geesteszwakke
1 één-oogige	
*** 3 emphyseem	
1 heupaandoening	
1 kyphoscoliose	
1 vingerverlies	
1 vervroegde ouderdom	
1 blaaspapilloom	
4 zwak van geest	
1 drankzuchtige	
1 algem. lichaamszwakte	
1 ongeschikt na operatie wegens peritonitis	

## 70—80 jaar

mannen	22	vrouwen	0
* 2 hartpatiënten			
1 kreupele			
1 kyphoscoliose			
1 demente			

## 80—90 jaar

mannen	1	vrouwen	0
--------	---	---------	---

## 90—100 jaar

mannen	0	vrouwen	0
--------	---	---------	---

Het grootste getal arbeiders wordt gevonden op den leeftijd van 20—40 jaar. Wat dadelijk opvalt is, dat, bij het ouder worden, de kans op het verkrijgen van een verminderde arbeidsgeschiktheid grooter wordt. Op 75 mannen op den leeftijd van 60—70 jaar, allen nog werkzaam in het landbouwbedrijf, worden niet minder dan 21 verminderd arbeidsgeschikten aangetroffen. De meeste aandoeningen werden daarbij verworven gedurende het leven (hartafwijkingen, geesteszwakte door aderverkalking, vervroegde ouderdom, enz.). Deze oudjes vormen een groot risico voor de uitvoerende organen van de Ziektewet. Een groot deel van hen voelt zich, wanneer zij aan het werk gaan, gezond en schrijven een langdurige, ontstane ziekte, wat herhaaldelijk waargenomen wordt, bijna nooit toe aan hun oorspronkelijke, verminderde geschiktheid tot arbeid. In de meeste gevallen wordt hun dan ook over een langdurige periode ziekingeld toegekend.

Ook de oogenschijnlijk gezonde ouderen brengen een grooter risico mee, daar deze grooter kans looplen langdurig ziek te worden. Zij arbeiden met een krachttekort in plaats van met een krachtreserve, zooals SCHUURMANS STEKHOVEN zich uitdrukt. Een flinke verkoudheid kan een langdurige ziekte teweegbrengen door het te voorschijn roepen van een latent aanwezig emphyseem of verminderde hartswerking.

Op 611 mannen, in Leens werkzaam in het landbouwbedrijf, werden 63 verminderd arbeidsgeschikten gevonden; dat is iets meer dan 10 %. Van deze 63 genieten 20 invaliditeitsrente, welke dus een arbeidsgeschiktheid bezitten van minder dan een derde. Slechts 6 à 7 van de onvolwaardigen komen naar mijn meening de volwaardigen nabij, en bezitten een arbeidsgeschiktheid van 66—80 %. De overigen bezitten een arbeidsgeschiktheid van  $\frac{1}{3}$  tot  $\frac{2}{3}$ .

Van de 103 vrouwen in het landbouwbedrijf waren slechts 5 verminderd arbeidsgeschikt. Het onvolwaardige meisje wordt moeilijker ge-

plaatst als dienstbode op een boerderij. Bij het wieden kan nog wel eens een geesteszwakke of achterlijke geplaatst worden.

Het aantal onvolwaardigen is veel grooter dan BONGER schat. Hij beraamt het aantal blijvend onvolwaardige arbeidskrachten in Nederland op ongeveer 1,3 % van de geheele bevolking en op 2,2 % van de bevolking in de productieve leeftijdsgroepen (15—65 jaar).

Beschouwen wij de gegevens uit de gemeente Kloosterburen, dan blijkt, dat op 327 volwassen mannelijke landarbeiders 52 onvolwaardigen aangetroffen worden, of ongeveer  $\frac{1}{6}$  deel; op 119 vrouwelijke arbeidskrachten werden 8 onvolwaardigen aangetroffen, in onderstaand lijstje gedetailleerd aangegeven, waarbij ongeveer hetzelfde aangetroffen wordt als voor de gemeente Leens. Ook hier valt weer op de verhoogde toename van onvolwaardigen op ouderen leeftijd.

L a n d a r b e i d e r s t e K l o o s t e r b u r e n.  
15—20 jaar

mannen	vrouwen
62	22
1 asthma en één oog	
1 debiele met cryptorchismus	
1 kreupele en debiele	

20—30 jaar

mannen	vrouwen
90	31
1 diabetes	1 psychopaath
5 debielen	
2 psychopathen	
1 chron. rheuma	
1 doove	

30—40 jaar

mannen	vrouwen
85	26
3 ulcus ventriculi	1 rheuma
1 asthma	3 asthma
1 rheuma	1 epilepsie
3 debielen	

40—50 jaar

mannen	vrouwen
66	25
1 asthma	1 melancholie
1 epilepsie	
1 debiele	
1 zwakke van geest	
1 rheuma	
2 recidiveerende oogaandoening	

## 50—60 jaar

mannen		vrouwen
55		12
1	doove	
1	oogaandoening	
1	één nier	
2	rheuma	
1	rheuma met asthma	
1	kreupele	
1	chron. buikaandoening	
1	debiele	
1	psychopaath	
1	zwakke van geest	

## 60—70 jaar

mannen		vrouwen
27		2
1	één-oogige	
1	verlies onderbeen	
1	vitium cordis	
1	arthritis deformans	
1	rheuma	
1	asthma	
1	prostaat carcinoom	

## 70—80 jaar

mannen		vrouwen
11		1
1	kyphose	1 debiele
1	stokdoove	
1	emphyseem	
1	kreupele met hartaandoening	
1	heupaandoening met asthma	
1	paralisis agitans met geestelijke afwijking	

## 80—90 jaar

mannen		vrouwen
0		0

## 90—100 jaar

mannen		vrouwen
0		0

De gemeente Ulrum telt 398 mannelijke en 19 vrouwelijke arbeiders. Hoewel deze gemeente ongeveer even groot is, als de gemeente Leens, bevat zij minder landarbeiders, omdat het dorp Zoutkamp een groote visschersbevolking telt. Het aantal genoteerde vrouwen is veel te laag, doordat niet allen, die tijdelijk in het landbouwbedrijf werkzaam zijn, medeggeteld werden, evenmin als de dienstboden op een boerderij. Daar

het mij niet mogelijk bleek, het juiste aantal vrouwelijke arbeiders te verkrijgen, is van deze opgave dan ook geen gebruik gemaakt. Echter zij medegedeeld, dat zich onder deze 19 vrouwen geen enkele verminderd arbeidsgeschikte bevond. Uit onderstaand lijstje blijkt, dat zich onder de jeugdgroep van 15—20 jaar geen enkele arbeidsongeschikte bevond. Tusschen 30 en 40 jaar wordt het grootste aantal arbeiders gevonden. Bij het ouder worden, wordt ook hier het grootste aantal afwijkingen genoteerd. Op 48 arbeiders van 60—70 jaar worden er niet minder dan 10 aangetroffen met blijvende afwijkingen, welke den bezitter minder arbeidsgeschikt maken. Het totaal aantal verminderd arbeidsgeschikten bedraagt 43 op 398 arbeiders, of 10,8 %.

L a n d a r b e i d e r s t e U l r u m .

15—20 jaar

mannen

33

geen afwijkingen.

30—40 jaar

mannen

104

- 1 macula corneae
- 1 lues
- 1 myodegeneratio cordis  
(angina pectoris)
- 1 ulcus ventriculi
- 1 rheuma
- 1 niersteen
- 1 recidiveerende hydrops knie
- 1 psychopaath

50—60 jaar

mannen

63

- 1 ulcus ventriculi
- 1 recidiveerende maagklachten  
(maagneurose?)
- 1 chronisch gewrichtsrheuma
- 1 spierrheuma
- 1 arteriosclerosis cerebri
- 1 paralysis agitans

20—30 jaar

mannen

55

- 1 macula corneae
- 1 ulcus pepticum
- 1 spierrheuma

40—50 jaar

mannen

67

- 1 myodegeneratio cordis  
(puls. irreg. perp.)
- 1 myodegeneratio cordis
- 1 ulcus pepticum
- 1 ablatio retinae o.d.
- 1 congenitale heupluxatie
- 1 gewrichtsmuis
- 1 potator
- 1 achterlijke

60—70 jaar

mannen

48

- 1 myodegeneratio cordis
- 1 myodegeneratio cordis  
(puls. irreg. perp.)
- 1 arteriosclerosis van de medulla
- 1 longemphyseem (chron. bronchitis)
- 1 osteomyelitis op tuberculeuzen bodem
- 1 dementia epileptica
- 2 diabetes
- 2 potator



## 70—80 jaar

mannen  
27

- 1 myodegeneratio cordis  
(chron. bronchitis)
- 2 myodegeneratio cordis
- 1 dubbelzijdig cataract
- 2 prostaathypertrophie
- 1 epilepsie

## 80—90 jaar

mannen  
1

- 1 achterlijke

In de drie gemeenten: Leens, Kloosterburen en Ulrum wordt door 1336 mannen landarbeid verricht. Hierbij werden 159 onvolwaardigen aangetroffen, of wel 11,9 %. Een zeer enkele kan wellicht nog geheel volwaardig worden door een kleine operatie, zooals onder andere de arbeider met zijn gewrichtsmuis. Daar deze man weigerachtig bleek zich te laten opereeren, werd hij medegeteld. Men kan gevoeglijk aannemen, dat ongeveer 10 % van de landarbeiders een vergroot risico vormen voor de verzekeringsorganen. Het is zeer waarschijnlijk, dat een deel van de arbeiders, bij wie afwijkingen gevonden werden, in een industrieele onderneming geen werk zouden vinden. Het lijkt mij dan ook zeer waarschijnlijk, dat onder de verzekerden in den landbouw zich een grooter aantal verminderd arbeidsgeschikten bevindt, dan in de industrie.

In de gemeente Leens was ik in staat voor de geheele gemeente, tellende 3865 zielen (1937 mannen en 1928 vrouwen), na te gaan, hoe groot het aantal onvolwaardigen in deze gemeente is. Door verhuizing (vertrek en nieuw ingekomen) konden niet allen nagegaan worden. Het aantal in het onderzoek betrokken mannen en vrouwen bedroeg resp. 1907 en 1939. In onderstaande tabel zijn de inwoners in leeftijdsgroepen ingedeeld (1296 mannen, daar de landarbeiders in een afzonderlijke tabel zijn medegedeeld, wat eveneens met de vrouwen het geval is, zoodat 1836 vrouwen overblijven).

Inwoners van de gemeente Leens, uitgezonderd de landarbeiders.

## 0—15 jaar

mannen  
505

- 1 (gespleten verhemelte)
- 2 (hazelip)
- 1 (misvormde penis)
- 1 idioot
- 1 spitsvoeten

vrouwen  
537

- 1 asthma
- 1 (gespleten verhemelte)
- 1 verlamming na encephalitis
- 1 geesteszwakke
- 1 dwerggroei
- 1 hartafwijking na diphtherie

### 15—20 jaar

mannen	vrouwen
156	163
1 diabetes	1 asthma
	1 idoot
	1 vetzucht
	1 epilepsie en verlamming na encephalitis
	1 epilepsie

### 20—30 jaar

mannen	vrouwen
285	257
1 kyphose	1 tuberculeuze voetaandoening
1 debiele (inrichting)	1 kreupele (cong. heupluxatie)
1 epilepsie (inrichting)	1 chron. rheuma
1 idioot	2 asthma
1 werveltuberculose	1 imbeciele
1 kreupele (osteomyelitis)	1 verlamming na encephalitis
1 éénoogige	
1 dwerggroei (kretin?)	
2 epilepsie	
1 geesteszwak	

### 30—40 jaar

mannen	vrouwen
298	269
1 kreupele door arthritis heup	1 maagulcus
1 aangeboren verlamming	2 kreupelen
1 éénoogige	2 congenitale heupluxatie
2 hartaandoening	1 kyphoscoliose
1 aangeboren lichaamsszwak	1 dwerggroei (osteopsathyrose)
1 pernicieuze anaemie	2 algemeen lichaamsszwakken
1 geesteszwak	1 idioot (inrichting)
1 (silicosis)	1 idioot
	1 imbeciele
	1 multipele sclerose
	1 epilepsie
	4 geesteszwakken
	2 chronische nieraandoening
	1 diabetes
	1 uitgebreide longtuberculose

### 40—50 jaar

mannen	vrouwen
204	211
1 kreupele	1 kreupele
2 kyphose	2 lichaamsszwakken
2 hartaandoening	1 stokdoove
1 asthma	1 blinde na operatie voor hersentumor
1 handverminking	

(Vervolg volgende pagina).

1 krankzinnige (inrichting)  
 1 psychopaath  
 1 debiele  
 1 chron. leveraandoening  
 1 Basedow  
 1 vetzucht  
 3 longtuberculose

6 geesteszwakken  
 1 krankzinnige (inrichting)  
 1 epilepsie (inrichting)  
 1 lues  
 1 krop  
 1 vetzucht  
 1 longtuberculose

### 50—60 jaar

mannen  
 169

3 kreupelen  
 1 congenitale heupluxatie  
 2 algemeene lichaamszwakken  
 2 kyphose  
 1 rheuma  
 4 dooven  
 2 krankzinnigen (inrichting)  
 2 zwakzinnigen (inrichting)  
 1 lupus met psychopathie (in-  
 richting)  
 1 melancholie  
 1 verlammingen na myelitis  
 1 drankzuchtige  
 1 asthma bronchiale  
 1 ulcus ventriculi  
 1 diabetes

vrouwen  
 196

1 dubbelz. congenitale heupluxatie  
 1 lichaamszwakke  
 2 hartaandoening  
 2 krankzinnigen (inrichting)  
 3 geesteszwakken  
 2 debielen  
 1 geesteszwakke en vetzucht en  
 ernstige arthr. def.  
 3 abnorm. nerveus  
 1 syringomyelie  
 2 dooven  
 1 krop  
 1 Addison  
 1 één nier  
 1 buiktuberculose?  
 1 vetzucht  
 2 pernicioze anaemie  
 2 invalide door maagaandoening.  
 ulcus?  
 1 (gespleten verhemelte)

### 60—70 jaar

mannen  
 168

3 kreupelen  
 1 ankylose van beide heupen  
 1 kyphose met lichaamszwakte  
 1 lichaamszwakke  
 1 geesteszwakke  
 1 blind na glaucoom

vrouwen  
 169

2 kreupelen  
 1 lichaamszwakke  
 3 rheuma  
 3 hartaandoening  
 1 krankzinnige (inrichting)  
 2 psychopathen  
 1 spastische spinaalparalyse  
 1 verlamming na apoplexie  
 1 asthma cardiale  
 1 asthma bronchiale  
 1 heupaandoening  
 3 geesteszwakken  
 1 stokdoove  
 2 pernicioze anaemie

## 70—80 jaar

mannen	vrouwen
93	98
1 hartaandoening en quartalsäufer	2 kreupelen
3 dementen	2 heupaandoening
4 kreupelen	1 kyphoscoliose
1 verlamming na apoplexie	4 hartaandoening
1 hartaandoening	1 chron. rheuma
1 versleten	2 geesteszwakken
1 diabetes	2 stokdooven
1 nerveuze aandoening	1 asthma cardiale
1 ankylose elleboog in gestrekte stand	

## 80—90 jaar

mannen	vrouwen
26	35
1 demente	2 dementen
1 blinde	1 vetzucht en leverlijden
1 hart en vaatlijden	
1 stokdoove	
1 doove en blinde	
1 chron. rheuma	
1 geesteszwakke	

## 90—100 jaar

mannen	vrouwen
3	4
1 bedlegerig door ouderdom.	1 bedlegerig door ouderdom.

Indien de patiënt in een inrichting verbleef, en dit zijn voornamelijk de krankzinnigen en idioten, werd dit in de tabel vermeld. Volledigheids-halve werd gespleten verhemelte ook medegedeeld, doch tusschen ( ), daar, hoewel dit een vorm van onvolwaardigheid is, de bezitter in het dagelijksche leven volkomen geschikt is. Bij de totaaluitkomst werden zij dan ook niet medegeteld. Van de inwendige ziekten werden slechts die afwijkingen genoteerd, die niet in afzienbaren tijd of in het geheel niet zullen genezen, en tot onvolwaardigheid aanleiding geven. Van de lijdens aan ulcus ventriculi bijvoorbeeld werden dan ook alleen die medegedeeld, die herhaaldelijk bezwaren hebben met de onmogelijkheid tot arbeiden. Er werden 93 onvolwaardige mannen (7,2 %) en 126 onvolwaardige vrouwen gevonden (6,3 %). Deze getallen zijn ook veel hooger, dan BONGER zich voorstelt.

Voor de geheele gemeente Leens, dus inclusief de landarbeiders, is het aantal onvolwaardige mannen 8,2 % en het aantal onvolwaardige vrouwen 6,7 %. Het aantal onvolwaardige mannen in deze gemeente

is dus grooter, dan dat der vrouwen. Het zou interessant zijn na te gaan, hoeveel van deze mannen en vrouwen ondersteund worden door het Burgerlijk Armbestuur, de Diaconie of door familieleden en hoevelen zich zelf nog konden redden, ware het niet, dat dit buiten het bestek van het proefschrift ligt.

#### E. Invloed van werkloosheid en seizoen op loon en ziekteaangifte.

Zooals men in den landbouw de seizoenen heeft, evenzoo treft men in het materiële leven van den landarbeider dezelfde wisselingen aan. Tijden van volop werk worden gevolgd door tijden, waarin het werk in het landbouwbedrijf schaarsch is. Weliswaar blijft de arbeider meestal aan het werk, doordat hij in de werkverschaffing geplaatst wordt bij de aanslibbingswerken op de Groninger Wadden, doch zijn inkomsten zijn daarbij veel geringer, dan in het vrije bedrijf. De landarbeider heeft sterk wisselende inkomsten. Tijden van hoogtij worden gevolgd door tijden van lage of in het geheel geen verdiensten.

Is nu in die tijden van groote verdiensten, wanneer het werk dreigt af te loopen en werkloosheid volgt, of wel het zware werk met laag loon staat te wachten, een verhooging merkbaar van het aantal ziekteaan giften ?

Het jaarverslag van 1936 van de Wettelijke Ziekte en Ongevallenverzekering „de Federatie voor O.V.” schrijft: In verband met het karakter van seizoenarbeid, hetwelk de arbeid in het akkerbouwbedrijf steeds meer gaat aannemen, deed zich het kleinste aantal ziektegevallen voor in de maanden Febr. t/m Juli en November, terwijl de frequentie in December verband houdt met een in die maanden aangevangen griep-epidemie. De grootste frequentie werd bereikt in Augustus, dus in het hoogtepunt van het akkerbouwbedrijf. Opmerkelijk is de stijging van den gemiddelden duur bij gevallen, aangevangen in de maanden October en November. Wanneer men deze vergelijkt met die, aangevangen in de maanden April t/m Juni, dan rijst onwillekeurig de vraag, of niet een deel van het werkloosheidsrisico, evenals dat van ouderdom en invaliditeit, op de ziekenkassen wordt afgewenteld.

Het verschijnsel van een groot aantal ziektegevallen aan het einde van een periode van hooge loonen is zeer goed bekend aan de directies der suikerfabrieken. Zoo groot is dit verschijnsel aan het einde van den campagnetijd der suikerfabrieken, dat door de directies maatregelen genomen zijn in den vorm van niet weder in dienst nemen van de arbeiders, van wie blijkt, dat hun ziekteaangifte ten onrechte is geschied. BäUMER constateerde, dat in 1888 33,2 %, doch in 1925 reeds 52 %

van de werklooze arbeiders zich ziek meldden en dat in 1880 per 100 verzekerden 547 ziektedagen werden genoteerd, doch in 1925 niet minder dan 1250 dagen (SONNENSCHHEIN).

Het is zeer moeilijk, betrouwbare gegevens te verkrijgen. Om tot een besluit te komen, dat inderdaad het aantal ziekteaangiften toeneemt en de ziekteduur langer wordt, zou men het gemiddelde aantal uitkeeringsdagen per geval moeten vergelijken met die gevallen, die aanvangen bij de beëindiging van den seizoenarbeid. Slechts bij een voldoende aantal gevallen zou men dan gevolgtrekkingen mogen maken, daar eenige langdurige gevallen grooten invloed kunnen uitoefenen op den gemiddelden uitkeeringsduur. Een andere wijze van onderzoek is bijvoorbeeld, per week of per maand na te gaan, hoe groot het percentage van het aantal verzekerde arbeiders is, dat ziek wordt, en dit in een graphiek aan te geven. Tevens wordt dan nagegaan het percentage arbeiders, dat werkloos is. Wanneer nu het ziektepercentage toeneemt op het oogenblik, dat het werkloosheidspercentage grooter wordt, moet dit in een graphiek tot uiting komen, waarbij rekening dient gehouden te worden met verschillende omstandigheden, zooals het frequenter ziek worden in tijden van het epidemisch voorkomen van bepaalde ziekten, zooals griep. Een dergelijk onderzoek is bij Deutsche bouwvakarbeiders geschied met positieven uitslag.

Het is mij niet mogelijk gebleken, een dergelijk onderzoek te verrichten bij landbouwarbeiders. Het bleek, dat de loonboekjes niet zoo ingericht zijn, dat op gemakkelijke wijze het aantal verzekerde arbeiders is na te gaan. Evenmin is het juiste aantal werklooze arbeiders bekend, en is het niet mogelijk, te weten te komen, wanneer deze arbeiders werkloos geworden zijn. Ook de bestudeering van de jaarverslagen van de laatste drie jaren van een 30-tal Bedrijfsverenigingen gaf niet voldoende inzicht in den invloed van werkloosheid op het aantal uitkeeringsdagen. In de meeste jaarverslagen werd zelfs de gemiddelde uitkeeringsduur niet vermeld. Ik kan dus slechts afgaan op een algemeenen indruk, daar rechtstreeksche gegevens niet te verkrijgen zijn. Deze indruk is echter, dat zeker invloed uitgaat van werkloosheid op ziekteaangifte en op den duur der ziektegevallen, in dien zin, dat het getal ziekteaangiften vermeerdert en de duur der ziektegevallen langer wordt.

## SAMENVATTING.

In een kort, historisch overzicht wordt in groote trekken de ontwikkeling der wettelijke arbeidersverzekering nagegaan. Daarna volgen in een algemeene beschouwing de verschillen tusschen de begrippen arbeidsongeschiktheid en „Erwerbsunfähigkeit“. Omtrent „ziekte“ wordt het verschil besproken tusschen hetgeen men wettelijk onder dit begrip verstaat, en de beteekenis, die men in de ziektekunde daaraan toekent. Hierbij worden de opvattingen van verschillende schrijvers nader besproken. Er wordt met nadruk gezegd, dat in een definitie van het begrip „ziekte“, het zwaartepunt op de stoornissen in de levensverrichtingen worde gelegd. De definitie van „ziekte“ dient te luiden: „Ziekte is elke stoornis in de functie van het organisme, indien de zieke zich die stoornis bewust wordt, of deze voor den arts waarneembaar wordt“.

De begrippen „ongeval“ en „letsel, in betrekkelijk korten tijd ontstaan“, zooals VERAART en KIJZER deze weergeven, worden slechts ten deele aanvaard. Mijn eigen definitie van het begrip „ongeval in den zin der wet“ luidt: „Een ongeval is een onopzettelijke gebeurtenis of reeks van gebeurtenissen met een plotselinge, of, in betrekkelijk korten tijd ontstane, schadetoebrengeende inwerking op het menschelijk lichaam of den menschelijken geest, welke den dood of arbeidsongeschiktheid ten gevolge heeft, of wel geneeskundige behandeling noodig maakt“.

Bij de beoordeeling der arbeidsongeschiktheid, waarbij het van geen beteekenis is, voor welk onderdeel der sociale verzekering die geschiedt, behoort de onderzoekende arts zoo objectief mogelijk te werk te gaan, omdat bij zijn oordeel gemakkelijk subjectieve invloeden zich kunnen doen gelden. Voor het onderzoek naar de arbeidsgeschiktheid zijn vaste richtlijnen aan te geven. Voor het schatten van een blijvende invaliditeit na een ongeval, wordt veelal gebruik gemaakt van in nagenoeg ieder land bestaande tabellen. De meeste landen gebruiken eigen tabellen, welke veelal geen absolute waarde aangeven, doch slechts dienen te worden opgevat als richtlijnen. De in Duitschland, Frankrijk, Amerika en Nederland gebruikte tabellen werden onderling vergeleken. De gemiddelden in de verschillende landen loopen niet zoover uiteen, als men zou verwachten. Over het algemeen worden bij de rentetoekening 5-vouden van percentages gebruikt, uitgezonderd in Frankrijk en

ten deele in Amerika. De Fransche rechtspraak gebruikt uitsluitend 5-vouden van percentages. De Amerikaansche cijfers worden verkregen door van den getroffenene het „functioneel” vermogen te bepalen (Mc. BRIDE). Deze wijze van vaststellen van de arbeidsgeschiktheid van een getroffenene is de meest ideale wijze, doch wordt, voor zoo ver mij bekend, in Nederland niet toegepast. Het psychotechnisch onderzoek is voor de directe bepaling der invaliditeit van een getroffenene nog van niet voldoende waarde. Voor jeugdige getroffenenen zal, bij een eventuele beroepsverandering, de psychotechniek wel nuttige diensten kunnen bewijzen.

De beoordeeling der arbeidsgeschiktheid voor de wettelijke ongeval-  
lenverzekering is niet gelijk aan die voor de particuliere ongevallenver-  
zekering; eenige verschilpunten worden medegedeeld.

Voor de beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid bij de uitvoering der  
Ziektewet, is van de meest voorkomende ziekten, ten opzichte van het  
tijdstip, waarop de verzekerde zijn werk weer hervatten kan, de bepa-  
ling medegedeeld. Voor de juiste beoordeeling der arbeidsgeschiktheid  
bij de toepassing der Invaliditeitswet worden in groote lijnen de moei-  
lijkheden besproken.

In het hoofdstuk over simulatie en aggravatie wordt medegedeeld,  
wat men in wetenschappelijken zin onder deze begrippen heeft te ver-  
staan. Uit de literatuur blijkt, dat simulatie in haar zuiveren vorm uiterst  
zelden voorkomt; aggravatie daarentegen zeer veelvuldig, wjl over-  
drijven in den menschelijken aard ligt. Verschillende andere omstan-  
digheden kunnen tot overdrijven aanleiding geven, hetgeen nader be-  
sproken wordt. Bij 240 door mij gecontroleerde patiënten werd in 40  
gevallen duidelijk aggravatie aangetroffen. Deze verhouding is grooter  
dan in het algemeen wordt aangenomen; voor een deel is dit toe te  
schrijven aan het gevolgde contrölesysteem.

Bij een onderzoek naar den arbeid van den Groningschen landarbei-  
der wordt het onderscheid nagegaan, dat bestaat tusschen de verschil-  
lende „soorten” mannelijke en vrouwelijke landarbeiders. Tevens wor-  
den verschillende werktijden en loonen vermeld, gedurende de seizoe-  
nen, geheel, zooals deze in een collectief looncontract zijn vastgelegd.  
Er wordt herhaaldelijk op gewezen, dat de arbeid, die door den land-  
arbeider verricht moet worden, een zeer afwisselende is.

Van 642 ongevallenaangiften uit het landbouwbedrijf is de aard der  
verwonding nagegaan, waarbij tevens een inzicht verkregen werd in den  
aard van den arbeid in den landbouw en de daardoor veroorzaakte on-  
gevallen. Aan de hand van deze gegevens wordt de duur en de mate  
der arbeids(on)geschiktheid besproken. De ziekteaangiften zijn, wat de



diagnoses betreft, te weinig betrouwbaar, om hieruit eenig besluit te kunnen trekken omtrent het veelvuldig voorkomen van bepaalde ziekten bij landarbeiders.

Nu in het landbouwbedrijf in de provincie Groningen een duidelijk streven naar efficiëntie waarneembaar is, kan worden verwacht, dat dit in de toekomst een nadeeligen invloed zal uitoefenen op het snel arbeidsgeschikt worden van den landarbeider wegens een zekere specialisatie van den arbeid.

Een onderzoek werd ingesteld naar het aantal „verminderd arbeidsgeschikten”, vrouwen en ouden van dagen, dat nog werk vindt in het landbouwbedrijf, waarbij uiteengezet werd, wat men onder verminderd arbeidsgeschikt zijn heeft te verstaan. De gegevens werden verkregen uit de bevolkingsregisters der gemeenten Leens, Kloosterburen en Ullrum. Van 1336 mannelijke en 241 vrouwelijke arbeiders werden voor iedere gemeente afzonderlijk deze gegevens uitgewerkt en gerangschikt volgens leeftijd en geslacht. Er werden 11,9 % blijvend onvolwaardige mannelijke arbeiders aangetroffen; getallen, die veel hooger zijn dan BONGER zich voor Nederland voorstelt (2,2 % op den leeftijd van 15—65 jaar). Bij het ouder worden neemt de kans op onvolwaardigheid toe. Voor de gemeente Leens werden op 611 mannen 10 % onvolwaardigen gevonden, waarvan 20 minder dan  $\frac{1}{3}$  arbeidsgeschikt, 27 van  $\frac{1}{3}$  tot  $\frac{2}{3}$  arbeidsgeschikt, en 7, die de volwaardigheid nabij komen. In de geheele gemeente Leens werden 8,2 % onvolwaardige mannen en 6,7 % onvolwaardige vrouwen gevonden.

Het is zeer waarschijnlijk, dat zich de invloed van werkloosheid en van het seizoen op ziekteaangifte doet gevoelen. Hoog loon, met vooruitzicht op te verwachten werkloosheid, heeft verhoogde ziekteaangiften gevolge. Het is mij echter niet mogelijk geweest voldoende materiaal te verkrijgen, om deze waarschijnlijkheid door middel van cijfers aan te toonen.

## ZUSAMMENFASSUNG.

In einer kurzen historischen Uebersicht wird in groszen Zügen der Entwicklungsgang der gesetzlichen Arbeiterversicherung verfolgt. Hierauf folgen in einer allgemeinen Betrachtung die Unterschiede zwischen den Begriffen „Arbeitsunfähigkeit“ und „Erwerbsunfähigkeit“.

Bei dem Begriff „Krankheit“ wird der Unterschied zwischen dem, was man gesetzlich unter diesem Begriff versteht und der Bedeutung, die man ihm in der Pathologie zuerkennt, besprochen. Bei dieser Gelegenheit wird auf die Auffassungen verschiedener Schriftsteller näher eingegangen. Es wird nachdrücklich betont, dass in einer Definition des Begriffes „Krankheit“ der Schwerpunkt auf die Störungen in den Lebensfunktionen gelegt wurde. Die Definition des Begriffes „Krankheit“ sollte lauten: „Krankheit ist jede Störung in der Funktion des Organismus, wenn der Kranke sich dieser Störung bewusst wird, oder wenn diese für den Arzt wahrnehmbar wird“.

Die Begriffe „Unfall“ und „in verhältnismässig kurzer Zeit entstandene Beschädigung“ werden so, wie sie VERAART und KIJZER formulieren, nur teilweise akzeptiert. Meine eigene Definition des Begriffes „Unfall im Sinne des Gesetzes“ lautet: „Ein Unfall ist ein nicht vorsätzliches Geschehnis oder eine Reihe von Geschehnissen mit einer plötzlichen, oder in verhältnismässig kurzer Zeit entstandenen schadenbringenden Einwirkung auf den menschlichen Körper oder den menschlichen Geist, welche den Tod oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat, oder aber ärztliche Behandlung nötig macht“.

Bei der Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit, wobei es von keiner Bedeutung ist, für welchen Teil der Sozialversicherung dies geschieht, sollte der untersuchende Arzt möglichst objektiv verfahren, weil bei seinem Urteil sich leicht subjektive Einflüsse geltend machen können. Für die Untersuchung nach der Arbeitsunfähigkeit sind feste Richtlinien anzugeben. Beim Schätzen einer dauernden Invalidität nach einem Unfall wird häufig von Tabellen Gebrauch gemacht, die es fast in jedem Lande gibt. Die meisten Länder benützen eigene Tabellen, die meistens keinen absoluten Wert angeben, sondern nur als Richtlinien aufgefasst werden sollen. Die in Deutschland, Frankreich, Amerika und den Niederlanden gebrauchten Tabellen werden miteinander verglichen. Der Durchschnitt in den verschiedenen Ländern weist keinen so groszen

Unterschied auf, wie man erwarten sollte. Im allgemeinen wird bei der Rentezuerkennung das Fünffache von Prozentsätzen angewendet Frankreich und teilweise Amerika ausgenommen. Die französische Rechtsprechung gebraucht lediglich das Fünffache von Prozentsätzen. Die amerikanischen Ziffern erhält man dadurch, dass man die „funktionelle“ Leistung des Beschädigten bestimmt (Mc. BRIDE). Diese Feststellungsweise der Arbeitsunfähigkeit eines Beschädigten ist die idealste Weise, wird jedoch, insoweit mir bekannt ist, in den Niederlanden nicht angewandt. Die psychotechnische Untersuchung hat für die direkte Bestimmung der Invalidität eines Beschädigten einen bisher nur ungenügenden Wert. Für jugendliche Beschädigte wird bei einem etwaigen Berufswechsel die Psychotechnik wohl nützliche Dienste leisten können.

Die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit für die gesetzliche Unfallversicherung ist derjenigen der Privatunfallversicherung nicht gleich; einige Unterschiede werden mitgeteilt.

Für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit bei der Anwendung des Krankenversicherungsgesetzes ist bei den am meisten vorkommenden Krankheiten hinsichtlich des Zeitpunktes, an dem der Versicherte seine Arbeit wieder aufnehmen kann, die Bestimmung mitgeteilt. Für die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit nach dem Invaliditätsgesetz werden in grossen Linien die Schwierigkeiten behandelt.

In dem Kapitel über Simulation und Aggravation wird mitgeteilt, was man im Sinne der Wissenschaft unter diesen Begriffen zu verstehen hat. Aus der Literatur geht hervor, dass Simulation in ihrer reinsten Form äusserst selten vorkommt, Aggravation dagegen sehr häufig, weil Uebertreiben in der menschlichen Natur liegt. Verschiedene Umstände können zum Uebertreiben Veranlassung geben, was ausführlich besprochen wird. Bei 240 von mir kontrollierten Patienten wurde in 40 Fällen deutlich Aggravation festgestellt. Dieses Verhältnis ist grösser, als im allgemeinen angenommen wird; teilweise ist dies dem angewandten Kontrollsystem zuzuschreiben.

Bei einem Studium der Arbeit der Groninger Landarbeiter wird der Unterschied untersucht, der zwischen den verschiedenen „Sorten“ der Landarbeiter und Landarbeiterinnen besteht. Ausserdem werden die verschiedenen Arbeitszeiten und Löhne während der Saisons angegeben, ganz so, wie diese in einen kollektiven Lohnkontract festgesetzt sind. Es wird wiederholt darauf hingewiesen, dass die Arbeit, die durch den Landarbeiter verrichtet werden muss, eine sehr abwechslungsreiche ist.

Von 642 Unfallmeldungen aus der Landwirtschaft ist die Art der Beschädigung untersucht worden, wobei gleichzeitig eine Einsicht in die

Arbeit in der Landwirtschaft und die dadurch verursachten Unfälle bekommen wurde. Auf Grund dieser Unterlagen wird die Dauer und der Grad der Arbeitsunfähigkeit besprochen. Die Krankmeldungen sind, was die Diagnosen betrifft, zu wenig zuverlässig, um hieraus auch nur etwas schlieszen zu können hinsichtlich der Häufigkeit bestimmter Krankheiten bei Landarbeitern.

Da in der Landwirtschaft in der Provinz Groningen ein deutliches Streben nach Effeciency zu bespüren ist, so kann erwartet werden, dasz dies in der Zukunft einen nachteiligen Einflusz auf ein schnelles Arbeitsfähigwerden des Landarbeiters ausüben wird, und zwar durch eine gewisse Spezialisierung der Arbeit.

Eine Untersuchung wurde angestellt nach der Anzahl der Arbeitsbeschränkten, der Frauen und der alten Leute, die noch in der Landwirtschaft Arbeit finden, wobei auseinandergesetzt wird, was man unter arbeitsbeschränkt zu verstehen hat. Die Unterlagen wurden den Listen des Einwohnermeldeamtes der Gemeinden Leens, Kloosterburen und Ulrum entnommen. Von 1336 Arbeitern und 241 Arbeiterinnen wurden für jede Gemeinde einzeln diese Unterlagen zusammengestellt und nach Alter und Geschlecht geordnet. Es wurden 11,9 % dauernd Arbeitsbeschränkte vorgefunden. Ziffern, die viel höher sind, als sie BONGER sich für die Niederlande vorstellt (2,2 % im Alter von 15—65 Jahren). Beim Aelterwerden nimmt die Aussicht auf Arbeitsbeschränktheit zu. Für die Gemeinde Leens wurden auf 611 Männer 10 % Arbeitsbeschränkte gefunden, von denen 20 unter  $\frac{1}{3}$  arbeitsfähig, 27 von  $\frac{1}{3}$  bis  $\frac{2}{3}$  arbeitsfähig waren und 7, die der Vollwertigkeit nahe kamen. In der ganzen Gemeinde Leens wurden 8,2 % arbeitsbeschränkte Männer und 6,7 % arbeitsbeschränkte Frauen gefunden.

Es ist sehr wahrscheinlich, dasz sich ein Einflusz der Arbeitslosigkeit und der Saison auf Krankmeldungen fühlbar macht. Hoher Lohn, mit der Aussicht auf zu erwartende Arbeitslosigkeit hat erhöhte Krankmeldungen zur Folge. Es ist mir jedoch nicht möglich gewesen, genügend Material zu bekommen, um diese Wahrscheinlichkeit mit Ziffern zu belegen.

## S U M M A R Y.

A brief historical survey of the development of the National Health Insurance Acts in their main features has been sketched. Then follows a general view of the differences between the ideas of disability and „Erwerbsunfähigkeit”. As to „sickness” the difference has been discussed between what is understood by this term from a legal point of view and from the point of view of pathology. In this connection the opinion of various writers have been gone into, in more detail. In a definition as to what sickness is, prominence has been given to the disturbance of the vital functions. A sound definition of sickness might be given as: „sickness is any disturbance or interference in the functioning of the organism when the patient is aware of this disturbance or when it is perceptible by a doctor”. The definitions of „accident” and „injury arising within a comparatively short space of time”, as given by VERAART and KIJSER have not been adopted in their entirety. My own definition of „accident” in a legal sense is: „An accident is an unintentional event or a series of events attended by a sudden injurious effect or one arising within a comparatively short space of time, on the human body or the human mind with fatal consequences or involving medical treatment.

In judging disability in which it is immaterial as to what sphere of national insurance it concerns, the doctor examining the case should go to work as objectively as possible so that in his judgment subjective factors may readily make themselves felt. In examining disability one may be guided by certain rules. In evaluating a permanent case of invalidity resulting from an accident, tables found in practically every country are often used. Most countries use their own tables, which, as a rule, give no absolute values, but only serve as a sort of guide. Those used in France, Germany, America and the Netherlands have been compared. The averages in the various countries do not vary considerably as one might expect.

Generally speaking, in awarding the amount of benefit, percentages in multiples of 5 are used, except in France and this is also the case to some extent in America. French judicature uses exclusively the percentages in multiples of 5. The American figures were obtained by ascertaining the „functional” capacity of the injured person (Mc. BRIDE). This

method of evaluating the extent of ability for work of the patient approaches nearest the ideal one, but as far as I am aware, it is not applied in the Netherlands. A psychological examination for the purpose of evaluating directly the disability of the person injured, is not as yet of sufficient value. If the person in question is still young, psycho-technique might in the case of change of career, prove useful. The rating of fitness for labour in the Workmen's Compensation Act is not the same in private cases of accident insurance; some points of difference have been dealt with.

For the purpose of judging fitness for labour in the administration of the National Health Insurance Act provision is made for the more prevalent sicknesses as to the time the patient may resume work. In evaluating disability according to the Invalidity Act, the difficulties have been roughly touched upon.

In the chapter on simulation and aggravation is stated what is understood in a scientific sense by these terms. From the literature on the subject it appears that malingering in its pure form is of very rare occurrence indeed. Aggravation on the other hand is very common, since exaggeration is human. Several other conditions may give rise to exaggeration, which is treated in some detail. Out of 240 patients examined by me, there were 40 clear cases of exaggeration. This proportion is above the average; to some extent this is due to the system of checking adopted.

An inquiry into the nature of the work of the Groningen farm-labourer the differences existing among the various „sorts” of male and female agricultural labourers has been investigated. Besides this, the various hours of labour and the wages earned during the season are given, just as these are determined in a collective wages-contract. It has repeatedly been pointed out that the nature of the work that has to be performed, varies considerably.

In 642 cases of accident reported in the agricultural industry the nature of the injury has been gone into, whereby an insight has been obtained into the nature of farmwork and the accidents caused in the pursuance thereof. From these facts the duration and the measure of labour-fitness or unfitness has been discussed. As to the diagnosis, the cases of sickness reported were not sufficiently reliable to come to any conclusion concerning the frequency of given sicknesses among agricultural labourers.

Now that the agricultural industry in the province of Groningen clearly shows that efficiency is being aimed at, it may be anticipated that, in the future, this will exert an adverse influence on the labourer's

becoming quickly fit for labour on account of a certain specialization of the labour.

An inquiry has been instituted into the number of „those less fitted for labour”, women and the aged who are still able to find employment on the land, in which enquiry it has been explained what is understood by „less fitted for labour”. The data have been obtained from the parish registers of Leens, Kloosterburen and Ulrum. Of 1336 male and 241 female labourers, the matter has been worked out and arranged for each of these parishes separately according to age and sex. There were 11,9 % incurable male deficient, figures much higher than BONGER gives (2,2 % for ages ranging from 15 up to 65 years). Infirmity tends to become greater as age advances. In the case of the parish of Leens out of 611 men 10 % were found to be less fit for labour, of whom 20 were one-third fit for labour, 27 from one-third to 2 thirds fit for labour, and 7 who were not far short of being quite fit. In the whole parish of Leens there were 8,2 % totally unfit men for labour and 6,7 % women.

It is very likely that unemployment and the time of year had an influence on the number of cases of sickness reported. High wages together with prospects of expected unemployment has resulted in a larger number of cases of sickness being reported. I have not been in a position, however, to obtain sufficient material to demonstrate the probability of this by means of figures.

## RÉSUMÉ.

Dans un bref historique nous examinons à grands traits le développement des assurances sociales. Puis nous donnons des considérations générales sur les différences entre les concepts „incapacité de travail” et „Erwerbsunfähigkeit”. Quant à „maladie” nous traitons la différence entre ce qu'on entend légalement par ce concept et le sens qu'on y donne dans la pathologie, et nous passons en revue les conceptions de divers auteurs. Nous insistons, pour que, dans une définition du concept „maladie”, on admette comme point cardinal les troubles fonctionnels. La définition de „maladie” doit être: „Maladie est chaque trouble dans les fonctions de l'organisme, si le malade a conscience de ce trouble ou si celui-ci est perceptible pour le médecin”.

Nous n'admettons, qu'en partie les concepts „accident”, et „dommage physique causé en peu de temps” — tels que VERAART et KIJSER les formulent. Notre propre définition du concept „accident au sens de la loi” est: „Un accident est un événement involontaire ou une suite d'événements, ayant une action subite, ou produite en peu de temps, et nuisible au corps humain ou à l'esprit humain, action causant la mort ou l'incapacité de travail ou exigeant un traitement médical”.

En jugeant l'incapacité de travail — la branche de l'assurance sociale pour laquelle on le fait n'entre pas en ligne de compte — le médecin examinant doit procéder aussi objectivement que possible, parce que des influences subjectives sont toujours prêtes à se faire valoir dans son jugement. Pour l'examen de la capacité de travail il y a des directives fixes. Pour établir le degré d'une invalidité permanente après un accident on se sert souvent de tableaux existant dans presque tous les pays. La plupart des pays se servent de leurs propres tableaux, qui, le plus souvent, ne marquent pas une valeur absolue, mais qu'il faut considérer comme donnant seulement des directives. Nous comparons entre eux les tableaux dont on se sert en Allemagne, en France, en Amérique et en Hollande. Les moyennes dans les différents pays ne diffèrent pas autant qu'on s'y attendrait. En général, pour l'allocation de la rente, on se sert de quintuples de pourcentages, excepté en France et en partie en Amérique. La jurisprudence française se sert exclusivement de quintuples de pourcentages. On a obtenu les chiffres américains



en déterminant la faculté fonctionnelle de l'accidenté (Mc. BRIDE). Cette manière d'évaluer la capacité de travail d'un accidenté est le procédé le plus idéal, mais on ne l'applique pas en Hollande, que je sache. L'examen psychotechnique n'a pas encore une valeur suffisante pour la fixation directe de l'invalidité d'un accidenté. Pour les jeunes accidentés la psychotechnique pourra sans doute rendre d'utiles services en cas de changement éventuel de profession.

Le jugement concernant la capacité de travail pour l'assurance légale contre les accidents diffère de celui pour l'assurance particulière. Notre thèse mentionne quelques-unes de ces différences.

Pour juger la capacité de travail quant à l'application de la loi sur les maladies, on y trouve aussi, pour les maladies les plus fréquentes, la fixation du moment où l'assuré peut reprendre son travail. Pour le jugement concernant la capacité de travail d'après la loi sur l'invalidité, nous traitons les difficultés dans leurs grandes lignes.

Dans le chapitre traitant de la simulation et de l'aggravation on trouve ce qu'on doit entendre scientifiquement par ces concepts. Il résulte de la littérature que la simulation dans sa forme pure est extrêmement rare ; par contre l'aggravation est fréquente, parce que l'exagération est inhérente à la nature humaine. Il y d'autres circonstances qui peuvent pousser à l'exagération ; notre thèse en donne des détails. Chez 240 malades que nous avons contrôlés nous avons constaté 40 cas d'aggravation péremptoire. Cette proportion est plus grande qu'on n'admet en général ; en partie le système de contrôle appliqué en est la cause.

En étudiant le travail de l'ouvrier agricole groningennois nous avons examiné la différence qui existe entre les diverses „espèces" d'ouvriers agricoles et d'ouvrières agricoles. En même temps nous relatons les différentes journées de travail et les différents salaires pendant les saisons, tels qu'ils sont établis dans un contrat collectif de salaire. A plusieurs reprises nous attirons l'attention sur le fait que le travail que l'ouvrier agricole doit faire, varie beaucoup.

Nous avons examiné la nature de la blessure dans 642 déclarations d'accident concernant les travaux agricoles, ce qui nous faisait mieux comprendre la nature du travail agricole et des accidents qui s'y présentent. Ces données nous permettent de traiter la durée et le degré de l'incapacité de travail. Quant aux diagnostics on ne peut trop se fier aux déclarations de maladie pour en tirer une conclusion concernant la fréquence de certaines maladies chez les ouvriers agricoles.

Vu qu'on constate dans l'agriculture dans la province de Groningue une tendance prononcée à l'efficiencie, on peut s'attendre à ce que ce

fait aura à l'avenir une influence nuisible au rétablissement rapide de la capacité de travail de l'ouvrier agricole, à cause d'une certaine spécialisation du travail.

Nous avons fait une enquête concernant le nombre de ceux dont la capacité de travail a diminuée, femmes et vieillards, et que l'agriculture emploie encore ; et nous avons expliqué ce qu'il faut entendre par capacité de travail diminuée. Les données nous ont été procurées par les registres de la population des communes de Leens, de Kloosterburen et d'Ulrum. Ces données concernant 1336 ouvriers et 241 ouvrières ont été élaborées et ordonnées, pour chaque commune à part, suivant l'âge et le sexe . Nous avons constaté que 11.9 % des ouvriers étaient définitivement invalides, pourcentage bien supérieur à celui que BONGER se figure pour la Hollande (2,2 % pour l'âge de 15 à 65 ans). Avec l'age la possibilité d'invalidité augmente. Dans la commune de Leens 10 % sur 611 hommes se trouvaient être invalides, et de ce nombre 20 personnes avaient moins d'un tiers de la capacité de travail, 27 variaient entre  $\frac{1}{3}$  et  $\frac{2}{3}$  de cette capacité et 7 approchaient la validité complète. Dans toute la commune de Leens il y avait 8,2 % d'hommes invalides et 6,7 % de femmes invalides.

Il est très probable que le chômage et la saison influencent la déclaration de maladie. Un salaire élevé avec un chômage possible en perspective a pour conséquence une déclaration de maladie augmentée. Mais il ne nous a pas été possible de recueillir des matériaux suffisants pour démontrer cette probabilité à l'aide de chiffres.

## GERAADPLEEGDE LITERATUUR.

- U. P. VAN AMEYDEN en P. W. L. PENRIS, De arbeidsongeschiktheid na meniscusoperatie (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. Juni 1937).
- J. A. ARENDSSEN HEIN, Ulcus ventriculi, resp. duodeni en invaliditeit (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B., 1938, blz. 97).
- J. M. BAART DE LA FAILLE, Rapport uitgebracht aan den Voorzitter van den Raad van Beroep te 's-Gravenhage, omtrent het begrip „Ziekte”, gedateerd: Utrecht 27 Febr. 1932.
- L. BECKER, Die Simulation von Krankheiten und ihre Beurteilung. Leipzig 1908.
- Bemessung Die — der dauernden Erwerbsunfähigkeit in der Sozialversicherung. Internationales Arbeitsamt. Genève 1938.
- H. P. BERDENIS VAN BERLEKOM, Renteherziening. Uit Tien jaren praktijk der Ongevallenwet 1901. 1913.
- R. A. BIEGEL, Medicus en Psychotechnicus (Arts en Auto 27 Febr. 1937).
- W. F. TH. VAN DER BIJL, Kwikvergiftiging in den landbouw (Vox Medicorum Sept. 1938, blz. 175).
- L. M. v. d. BLINK, Arbeidsongeschiktheid wegens ziekte (Soc. Verzekerings Gids, Juni 1935).
- Lichamelijk letsel, in betrekkelijk korten tijd ontstaan (Soc. Verzekerings Gids, Jan. 1933).
- G. C. BOLTEN, Enkele opmerkingen over de „traumatische neurose” (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1921, blz. 97).
- W. A. BONGER, De onvolwaardige arbeidskrachten in haar sociologische beteekenis. A.V.O.-Congres, Amsterdam 1928.
- K. BONHOEFFER en W. HIS, Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sogenannten Unfallneurosen. Leipzig 1926.
- J. VAN BREEMEN, De arbeids(on)geschiktheid van lijdens aan reumatische aandoeningen (Geneesk. Gids 9e jaarg., afl. 52; 15 Dec. 1931).
- EARL D. Mc. BRIDE, Disability evaluation. Principles of treatment of compensable injuries. Philadelphia, Londen. 1938.
- BRISARD-FAUQUEZ-GRAS, Echelle de gravité et taux des incapacités permanentes. Paris 1934.
- D. BROCX, Over het begrip „Invaliditeit” (Ned. Tijdschr. voor Geneesk. 1920 2 A, blz. 1000).
- Het vraagstuk der zoogenaamde traumatische neurose (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1921, blz. 353).
- Schatting van de arbeidsongeschiktheid, veroorzaakt door de werking van een ongeval op een bestaanden ziekte-toestand (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1924 1 B, blz. 1787).
- Het standpunt van den Centralen Raad van Beroep tegenover het begrip ongeval (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1927 1 A, blz. 783).
- De invaliditeit der éénoogigen (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1930, 6 Dec.).
- De invloed van een ongeval op het ontstaan van sarcomen (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1930, 16 Aug.).
- Het wettelijk begrip „Ziekte” (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1931, 30 Mei, blz. 2872).
- R. R. L. M. BROMBERG, De sociaalgeneeskundige uitvoering van de Nederlandsche Sociale Verzekeringswetten (in het bijzonder van de Invaliditeitswet). Roermond 1938.

- I. J. BRUGMANS, De arbeidende klasse in Nederland in de 19e eeuw. 's-Gravenhage 1929.
- Collectieve arbeidsovereenkomst „de Marne” 1935/36 en 1936/37.
- P. A. DIEPENHORST, De Nederlandsche arbeidswetgeving. Deel I en II. Utrecht 1921 en 1930.
- J. P. DIJKHUIS, How is the interest of the farm laborer to be enlisted in improving the output of the farm? Seventh International Management Congress. Washington, D. C., 1938 Agriculture Section.
- P. DIJKHUIS, Het Taylorsysteem en de moderne loonstelsels in verband met het lanbouwbedrijf. Groningen 1922.
- F. P. J. DOELEMEN, Geneeskundige ziektestatistiek en ziektecontrole. Diss. Amsterdam 1928.
- P. H. VAN EDEN, Aanpassing in verband met de ongevallenverzekering. Diss. Amsterdam 1918.
- Reclassificatie der onvolwaardige arbeidskrachten. A.V.O.-Congres, Amsterdam 1928.
- Herziening van blijvende renten (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1927, blz. 194).
- I. VAN ESSO Bzn., „B. G.” en „C. G.” (Aesculaap jaarg. 1, blz. 246 e.v.).
- L. J. H. EVERSEN, De grondslagen der sociale verzekering. Groningen 1932.
- F. E. ELJKEN, Efficiency in den landbouw (Landbouwk. Tijdschr. Nov. 1934).
- K. FAHRENKAMP, Het essentiele en alledaagsche bij hartpatiënten. Knoll A-G., Ludwigshafen 1936.
- L. FEILCHENFELD, Aertzliche Gutachtertätigkeit und methodisches Denken. Berlin 1932.
- G. J. FOLPMERS, Over de gevolgen van werkloosheid in Nederland. Diss. Utrecht 1937.
- A. FOYER, De arbeids(on)geschiktheid van lijders aan suikerziekte (Geneesk. Gids 9e jaarg., afl. 43; 23 Oct. 1931).
- D. N. VAN GELDEREN, Iets over de Invaliditeitswet (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1923, blz. 11).
- — — — — Arbeidsongeschiktheid (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1926, blz. 47).
- — — — — Ongeval en ingewandsbreuk (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B., April 1937).
- G. F. GEZELLE MEERBURG, Asthma bronchiale en arbeidsgeschiktheid (Geneesk. Gids, 9e jaarg., afl. 30, 24 Juli 1931).
- Gids, de kleine — betreffende de Nederlandsche sociale verzekering 1933.
- J. GRAANBOOM, Simulatie van nier- en blaassteen bij een kind (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1917, I, blz. 1330).
- V. GRAVESTEN, Arbeidsgeschiktheid van de fysiek onvolwaardige arbeidskrachten. A.V.O.-Congres, Amsterdam 1928.
- De schadeloosstelling bij verlies door bedrijfsongeval van één oog (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B., 1928, blz. 289).
- Welke gevallen van longtuberculose komen in aanmerking om ex art. 99/100 en art. 105 der I.W. in een sanatorium voor longlijders behandeld te worden? (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B., 1929, blz. 129).
- H. E. GRIFFITHS, Injury and incapacity. With special reference to industrial insurance. Londen 1935.
- H. W. GROENEVELD, Voordracht gehouden voor de vereeniging tot beoefening der ongevalleneeskunde over de begrippen „ongeval” en „arbeidsgeschiktheid” (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1909, 31 Juli, II, No. 5, blz. 359).
- en G. J. STEMBERG, De Invaliditeitswet. Alphen aan den Rijn 1920.
- en G. J. STEMBERG, De Ongevallenwet 1921. Alphen aan den Rijn 1922.
- H. DE GROOT, Moderne methodes tot onderzoek naar simulatie (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1919, I, blz. 964).

- C. F. HAARMAN, Een en ander over medische- en leekencontrôle. Rede voor de A. V. „Samenwerking" op 19 Nov. 1935 (niet in den handel).
- De passief-zijde van de moreele balans der Sociale Verzekeringswetgeving. Rede voor de V. D. Studieclub, Jan. 1938 (niet in den handel).
- HAMAKER, Sociale verzekering, geneeskundige contrôle en het platteland (Maandblad van de Nederl. Vereeniging van Huisartsen, Mei 1938, blz. 17, en Juni 1938, blz. 27).
- E. HAMMER, Neemt het ulcus ventriculi toe? (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1936, blz. 3997).
- Harmonie van het individueele en het collectieve. Verslag van den zesden Christelijk-Socialen cursus te Lunteren. Hoorn 1933.
- C. DEN HARTOG, De voeding van den Groningschen landarbeider (Ned. Tijdschrift v. Geneesk. 1935, 8 Juni, blz. 2794).
- De voeding van arbeiders, kleine kweekers en heereboeren op het Groningsche „Hooge Land" (t. z. p. 1936, 8 Febr., blz. 562).
- De voeding van den kleinen middenstand en van een paupergezin op het Groningsche platteland (t. z. p. 1936, 3 Oct., blz. 4561).
- De behandeling der onderhuidsche strekpeesafscheuring aan de eindphalangen der vingers (t. z. p. 1936, 16 Mei, blz. 2159; ingezonden).
- Een epidemie van icterus catarrhalis (t. z. p. 1937, 11 Sept., blz. 4363).
- Tetanus bij een zuigeling van zeven dagen (t. z. p. 1937, 27 Maart, blz. 1327).
- Is een ribbreuk, tijdens het repelen van vlas ontstaan, een ziekte, letsel in betrekkelijk korten tijd ontstaan, of ongeval? (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B., Nov. 1938, blz. 339).
- F. J. HAVERKATE, Een geval van acute nicotinevergiftiging (Ned. Tijdschr. v. Geneesk., 1937, 21 Aug., blz. 4069).
- S. F. HEIDEMA, Een nieuwe proef tot vaststelling van simulatie van eenzijdige doofheid (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1925, I, blz. 369).
- E. H. HERMANS, De arbeids(on)geschiktheid bij geslachtsziekten (Geneesk. Gids, 9e jaarg., afl. 50, 11 Dec. 1931; 10e jaarg., afl. 7, 12 Febr. 1932).
- G. W. F. VAN HOEVEN en J. H. J. SCHOUTEN, De steunverleening aan werklooze arbeiders. Alphen aan den Rijn 1938.
- A. A. HIJMANS VAN DEN BERGH en J. M. BAART DE LA FAILLE, Rapport uitgebracht aan den voorzitter van den Centralen Raad van Beroep omtrent het begrip „ziekte". Uitspraak 14 Mei 1936. Z.W.D., 179, 1935.
- W. HOLLMANN, Die Aertzliche Begutachtung in der Sozialversicherung. Beitrag zu ihrer Reform. Leipzig 1934.
- L. IMBERT, C. ODDO et P. CHAVERNAC, Guide pour l'évaluation des incapacités. Paris 1923.
- J. W. M. INDEMANS, De arbeids(on)geschiktheid tijdens de herstelperiode na acute aandoeningen der bovenste luchtwegen (influenza reconvalescentie) (Geneesk. Gids., 9e jaarg., afl. 38, 39 en 40).
- Jaarverslag, 13e, 14e en 15e — van de Federatie voor O. V.
- Jaarverslagen van een 30-tal Bedrijfsvereeningen.
- G. H. DE JONG, De arbeids(on)geschiktheid van lijdens aan voetafwijkingen (Geneesk. Gids, 9e jaarg., afl. 39, 25 Sept. 1931).
- A. C. JOSEPHUS JITTA en E. H. BISSCHOP BOELE, Sociale wetgeving. Groningen 1931.
- J. J. JÜNGERHAUS, Acute nicotinevergiftiging (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1937, 2 Jan., blz. 21).
- G. W. KASTEIN, Met den ventrikel communiceerende porencephalie na een schedeltrauma; enkele opmerkingen over rapporten bij patiënten met een schedeltrauma (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1937, blz. 289).

- H. N. KEMME, Zeer ernstige acute nicotinevergiftiging door nicotinegas (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1938, 9 April, blz. 1718).
- W. J. KEUSKAMP, De medische voorlichting van den rechter bij de toepassing der Ongevallenwet (Vox Medicorum, Jan. 1938).  
— Het bedrijfsongeval (Vox Medicorum, Febr. 1939).
- J. KHAN, Wat is ziekte in den zin der Ziektewet? (Soc. Verzekerings Gids, Mei 1937).
- J. M. KIJZER, Het begrip „ongeval” en „letsel in betrekkelijk korten tijd ontstaan” (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1937, blz. 4599 e.v. en blz. 5156).  
— De krachtmeter van Collin nuttig of waardeloos? (Vox Medicor. Jan. 1938).  
— Zonnesteek, hittederoerte en warmtebevanging (Vox Medicor. Febr. 1938).  
— Het voorkomen en de behandeling van de traumatische neurose (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1939, blz. 197).
- M. KIRSCHNER, Zur Praxis der Begutachtung. Berlin 1931.
- J. J. H. M. KLESSENS, De arbeids(on)geschiktheid van lijdens aan toevallen (Geneesk. Gids, 9e jaarg., afl. 33, 14 Aug. 1931).
- L. KNOPPIEN, Verband tusschen letsel en ongeval (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1935, blz. 104).  
— Samenwerking tusschen behandelend en controleerend geneeskundigen (t. z. p. 1936, blz. 161).  
— Doelmatige behandeling van ongevalsletsels is zoowel in het belang van de R. V. B. als van getroffenen (t. z. p. 1934, blz. 104).
- C. J. KOCH, Moelijkheden bij de vaststelling van Invaliditeit in de sociale verzekering (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1923, blz. 107 e.v. met discussie op blz. 201 e.v.).
- J. KÖHLER, Der Arzt als Sachverständiger auf dem Gebiete der Unfallversicherung (Berl. Klin. Wochenschr. 1901, No. 15).  
— Die Stellung des Arztes zur staatlichen Unfallversicherung. Berlin 1906.
- J. A. KORTEWEG, De invloed van de Ongevallenwet op de genezing van traumatische beledigingen (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1908, I, No. 21).  
— Het ongevallen-percentage en de fabrieksdokter (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1917, I, No. 9).  
— De gevolgen der schouderontwrichting en harer nabehandeling. Medisch-statistische onderzoekingen. Bewerkt naar gegevens uit het archief der Rijksverzekeringsbank. 1915.
- J. KREIL, Die Arbeits und Erwerbsunfähigkeit in der deutschen Sozialversicherung. Stuttgart 1935.
- F. LANG, Die Simulation in der Unfallmedizin. Luzern 1937.
- J. LANGE en H. LANGE-COSACK, Arbeitsdienst für Berufsunfähige und Invalide (Münchener Medizinische Wochenschrift 9 Juli 1937, No. 28 S. 1081).
- S. LAUTER, Hunger, Appetit und Ernährung. Leipzig 1937.
- G. LEDDERHOSE, Ueber Simulation und ihre Entlarving in der Unfallchirurgie (Deutsche Medizin. Wochenschr. 1907, No. 24).
- H. LEHMANN en E. MOSBACHER, Die ärztliche Begutachtung in der Krankenversicherung. Berlin 1932.
- L. LIETAERT PEERBOLTE, Stellingen betreffende het begrip „onvolwaardige arbeidskrachten”. A.V.O.-congres, Amsterdam 1938.
- H. LINIGER, Rentenmann. Leipzig 1925.  
— en G. MOLINEUS, Der Unfallmann. Ein Vademekum für begutachtende Aerzte, Berufsgenossenschaften und Spruchbehörden in medizinische Fragen. Leipzig 1928.
- J. J. VAN LOGHEM, Algemene Gezondheidsleer. 1935.

- D. M. VAN LONDEN, Nog een enkele opmerking over traumatische neurose (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1921, blz. 172).
- Maandberichten van de Wettelijke Ziekte- en Ongevallenverzekering de „Federatie voor O. V.“.
- A. MANES, Sozialversicherung. 1923. Sammlung Göschen.
- H. B. MARLJT, In hoeverre veroorzaakt het verlies van een oog invaliditeit in den zin der Ongevallenwet? (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B., Dec. 1938, blz. 353).
- M. MAYER, Landwirtschaftliche Unfallkunde. Berlin 1920.
- TH. MEINEMA, Kretschmer's opvattingen over het simulatievraagstuk bij de hysterie (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1919, II, blz. 730).
- L. MES, Ziekten van den neus en arbeidsongeschiktheid (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B., Aug. 1938, blz. 225).
- S. VAN MESDAG, De dynamische kromme als hulpmiddel bij het vaststellen van verhoogde suggestibiliteit bij psychisch normale en abnormale personen en van simulatie (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1908, II, blz. 619).
- L. M. METZ, Schadeloosstelling van ongevalsletsels bij ziektoestanden. Bekroond antwoord op de prijsvraag der Centrale Landbouwonderlinge, 1921.
- F. S. MEYERS, Traumatische neurosen (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1921, blz. 171).
- A. B. MICHIELSEN, Wanneer is ongevalsangifte noodig? (Tijdschr. v. Soc. Geneesk. Sept. 1938, blz. 159).
- G. MINDERHOUD, Het landbouwbedrijf op de Groninger klei, Deventer 1917.  
— De Nederlandsche landbouw. V. U. B. Haarlem 1935 .
- A. VAN DE MOER, Simulantenontmaskering (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1919, I, blz. 1225).
- J. VAN DE MOER, Simulatie of iets anders? Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1921, II, blz. 704).
- P. MUNTENDAM, De sociale beteekenis van reumatiek. Tevens bijdrage tot de ziektewetstatistiek. Diss. Utrecht 1936.  
— De sociale verzekeringswetten. Beknopte handleiding voor artsen. Groningen 1937.  
— Zonnesteek—Hitteberoerte—Warmtebevanging (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1937, blz. 333).
- C. P. VAN NES, Behandeling van ongevalsletsels (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1934, blz. 65).
- P. W. L. PENRIS, Patiënt en medicus in hun verhouding tegenover ongevalsgevolgen (De Soc. Verzekeringsgids, Juni 1932).  
— Blijvende invaliditeit in de sociale verzekering (Soc. Verzekering Gids, Mei 1937, en Geneesk. Tijdschr. der R. V. B., Febr. 1937).  
— Wettelijke ongevallenregeling voor Ned.-Indië (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B., Oct. 1938, blz. 289).
- A. PERLMANN, Rentenlehre für Aerzte. In Form einer Sammlung von Entscheidungen, Rundschreiben, Erlassen, u. s. w., des Reichsversicherungsamtes, und anderer Behörden, sowie ärztlicher Gutachten, soweit sie für die Behandlung und Begutachtung von Rentenbewerbern wertvoll sind. Leipzig 1914.
- A. PEYSER, Die Vortäuschung und Uebertreibung von Ohrenleiden in den Socialen Medizin (Berl. Klin. Wochenschr. 1909, No. 34).
- O. PITTSCH, Over der menschen arbeidsvermogen (Landbouwk. Tijdschr., Juni 1931).
- W. POPPELREUTER, Psychologische Begutachtung der Erwerbsbeschränkten. Berlin 1928 .

- L. POLAK DANIELS, „Ziekten en Ziektebeelden”. Rectorale Rede van 21 Sept. 1936, Groningen.
- F. E. POSTHUMA, Aanpassen bij de Sociale Verzekering zonder de belangen van den patiënt te schaden (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1936, 4 April).
- Psychotechniek De — en de schatting der arbeidsongeschiktheid ten gevolge van bedrijfsongevallen. Bijlage bij het Geneeskundig Tijdschrift der Rijksverzekeringsbank 1930, No. 5.
- F. DE QUERVAIN, Spezielle Chirurgische Diagnostik. Bern 1931.
- G. G. J. RADEMAKER, Traumatische arachnoiditis (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1938, 15 Jan., blz. 264).
- Rapport van de commissie in zake geneeskundige controle van verzekerden krachtens de Ziektewet. 1932.
- A. VAN REE, De behandeling der onderhuidse strekpeesafscheuring aan de eindphalangen der vingers (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1936, 9 Mei).
- M. REICHARDT, Bemerkungen über Unfallbegutachtung und Gutachterwesen. Jena 1910.
- P. REICHEL, Die Abschätzung der Erwerbsfähigkeit. Wiesbaden 1898.
- J. G. REMIJNSE, De duur van het ontstaan van carbunkels (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1933, 25 Febr.).
- Een verstopping van den ductus choledochus door galsteenen (Clinische Les, Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1938, 22 Jan.).
- K. A. ROMBACH, Onderhuidse peesafscheuring (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1933, 24 Juni).
- J. DE ROOY, Welke gevallen van maag- en duodenumzweer komen in aanmerking om ex art. 99/100 en art. 105 I. W. behandeld te worden (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1929, blz. 257).
- Beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid bij hartziekten (t z. p. 1933, blz. 130).
- Nul of honderd percent invaliditeit? Met gedachtenwisseling van SNIJDER en SMIT (t. z. p. 1934, blz. 97 e.v., en blz. 145 e.v.).
- P. H. VAN ROOYEN, Kunstmatig oedeem van de hand (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1917, II, blz. 1764).
- P. ROSTOCK, Unfall-Begutachtung. Leipzig 1935.
- B. H. SAJET, Klassegeneeskunde? (De Socialistische Gids, Jan. 1932).
- Het verband tusschen ongeval en ziekte (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1933, 13 Mei).
- F. A. SCHALIJ, De arbeids(on)geschiktheid bij ziekten van maag en darm (Geneesk. Gids, 9e jaarg., afl. 34 en 35; 21 en 28 Aug. 1931).
- TH. SCHEFFELAAR KLOTS, De prostaathypertrophie in verband met de Ziektewet (Geneesk. Gids, 9e jaarg., afl. 48, 27 Nov. 1931).
- TH. VAN SCHELVEN, Over de z.g. traumatische neurose. Met discussies. (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1921, blz. 397).
- Ca. M. SCHENK, Het begrip „ziekte”. Mededeeling uit de Münch. Medizin. Wochenschr. van 27 Aug. 1937 (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1937, blz. 5565).
- G. SCHOLTZE, Aerztliche Gutachtertätigkeit für Reichsversorgung und Reichsversicherung. Teil I und II. Leipzig 1936.
- D. SCHOUTE, De definitie van het begrip ongeval. Met gedachtenwisseling van H. C. VAN DEN VRIJHOEF en B. A. G. VERAART (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1936, blz. 782, 1016 en 1152 e.v.).
- J. C. SCHRÖDER, Voorwaarden voor het bereiken van een statistiek der onvolwaardige arbeidskrachten. Enkele cijfers der R. V. B. A. V. O.-Congres. Amsterdam 1928.



- W. SCHUURMANS STEKHOFEN, Handleiding voor de beoordeeling van gevallen van beroeps- en bedrijfsziekten bij land- en tuinbouwarbeiders. Gouda 1925.
- De beoordeeling van de arbeidsgeschiktheid van verzekerden onder de ziekwet. 's-Gravenhage 1932.
  - De omschrijving van het risico en de regeling van de schade in het particuliere ongevallenverzekeringsrecht. Diss. Utrecht 1938.
  - Iets over de z.g. geneeskundige controle onder de Land- en Tuinbouwongevallenwet (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1924, blz. 151 e.v., en blz. 209 e.v.).
  - Beroeps- en bedrijfsziekten bij land- en tuinbouwarbeiders (Geneesk. Tijdschrift der R. V. B. 1925, blz. 1).
  - Normale of abnormale ouderdom? (Soc. Verzekeringsgids, Dec. 1931).
- F. N. SICKENGA, De arbeids(on)geschiktheid van lijders aan latente, stationaire en herstellende longtuberculose (Geneesk. Gids, 9e jaarg., afl. 42 en 45; 16 Oct. en 6 Nov. 1931).
- W. G. SILLEVIS SMIT: De prophylaxis van ongevalsneuroses (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1939, blz. 287).
- C. SMEENK, Christelijk sociale beginselen. Deel II, 1936.
- L. SMIT, Ongeval of beroepsziekte (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1932, blz. 1669; bevat mededeeling over infecties in den landbouw).
- Ongeval in den zin der wet (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1932, blz. 1).
  - XII. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs- und Versorgungsmedizin (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. Maart 1938, blz. 73).
  - De schatting van de ten gevolge van een ongeval of door andere oorzaak verminderde geschiktheid tot het verrichten van arbeid (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1938, blz. 233 e.v. en blz. 259 e.v.).
- A. A. SNIJDER, Controle en rechtspraak volgens de Ziekwet. Deventer 1938.
- Ziekte en ouderdom (Soc. Verzekeringsgids, Nov. 1931).
  - Nog eens „ziekte en ouderdom” (t. z. p. Jan. 1932).
- A. A. S(NIJDER), Over de pathologie van den ouderdom in verband met aanspraken op ziekengeld (Soc. Verzekeringsgids Juni en Juli—Aug. 1935).
- Wat is ziekte? (t. z. p. Jan. 1936).
  - „Arbeidsongeschiktheid” (t. z. p. Febr. 1936).
  - Medische kroniek. „Strijders in het wit” (t. z. p. Jan. 1937).
  - Medische kroniek. Naar aanleiding van Beroepsuitspraken (t. z. p. April 1937).
  - Informatieve, loonkundige en medische rapporten (t. z. p. Maart 1937).
  - Medische kroniek. De Rectorale Rede van Prof. Dr. L. POLAK DANIELS, van 21 Sept. 1936 „Ziekten en Ziektebeelden” (t. z. p. Febr. 1938).
- D. SNOECK HENKEMANS, Traumatische neurose (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1926, blz. 133).
- Sociale Verzekering: Rapport uitgebracht door een commissie uit N.V.V. en S.D.A.P., Augustus 1938.
- H. SONNENSCHNEIN, Die Simulation in der Sozialversicherung. Inaugural. Diss. Freiburg i. Br.
- L. STAS, Het percentage der blijvende invaliditeit bij een aantal typische letsels (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1928, blz. 291).
- H. W. STENVERS, Over z.g. traumatische neurose (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1921, blz. 382).
- E. STIER, Ueber die sogenannten Unfallneurosen. Leipzig 1926.

- Welche Schlüsse können wir bei der Begutachtung von Kopfverletzungsfolgen aus den Ergebnissen der Untersuchung des Gleichgewichtsapparates heute schon ziehen? (Deutsche Med. Wochenschr. 1936, No. 12 en 13; 20 en 27 Maart).
- \* J. J. VAN STRATEN, Neurose en Ziektewet (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1931, blz. 21, met gedachtenwisseling met A. KROPELDE Jr., blz. 91, 92 en 124).
- H. J. L. STRUYKEN, Vreemde lichamen in den neus (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1921, II, blz. 407).
- SHIGERU TAKAORI, Indeeeling van de traumatische neurose (Ref. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1935, blz. 1743; uit Aertl. Sachverständigen Zeitung, Jahrg. 41, No. 2).
- A. TERPSTRA, De melkarbeid getoetst aan het huidige weten (Landbouwk. Tijdschr. Sept. 1933).
- \* G. J. VAN THIENEN, De beoordeeling van arbeidsgeschiktheid (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1937, Clinische Les, blz. 1291).
- Tien jaren praktijk der Ongevallenwet 1901. Haarlem 1913.  
Tien jaren Raden van Arbeid. Haarlem 1930.
- A. P. TIMMER, De traumatische neurose in verband met de voorwaardelijke reflexleer van Pawlow (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 26 Maart 1932).
- F. TÖNNIES, Die Entwicklung der Sozialen Frage bis zum Weltkriege. 1919 Sammlung Göschen.
- H. O. TRÖSCHER, Die Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit in der Krankenversicherung. München 1930.
- B. A. G. VERAART, Het begrip ongeval enz. (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 9 Oct. 1937, blz. 4877).
- De definitie van het begrip „ongeval”. Kerkrade 1935.
- Vergadering der Vereeniging tot beoefening der Sociale Geneeskunde ter herdenking van het 25-jarig bestaan der Ongevallenwet, gehouden op den tweeden Januari 1926 (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1926, blz. 17).
- A. J. VERHAGE, De meest doelmatige belooning van den arbeid in het landbouwbedrijf (Landbouwk. Tijdschr. Jan. 1935).
- Verslag van de Landbouw-Bedrijfsstudiegroepen in het gebied der Groninger Maatschappij van Landbouw over het jaar 1936. Samengesteld door den Rijkslandbouwconsulent voor Noordelijk Groningen.
- S. VISSER, Een methode om simulatie van zwakziendheid of blindheid te ontdekken (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1910, II, blz. 1228).
- \* N. C. VAN VONNO, De arbeids(on)geschiktheid en geslachtsziekten (Geneesk. Gids, 9e jaarg., afl. 51, 18 Dec. 1931).
- C. W. DE VRIES, Arbeidskrachten, onvolwaardig uitsluitend door meer-gevoerden leeftijd. A.V.O.-Congres. Amsterdam 1928.
- \* DOR. VAN WALREE, De arbeids(on)geschiktheid van vrouwelijke lijdens aan neurosen en psychosen (Geneesk. Gids, afl. 32, 7 Aug. 1931).
- H. WALLER, Het wettelijk begrip „ziekte” (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1931, 13 Juni, No. 24, blz. 3166, en 27 Juni, No. 26, blz. 3500).
- J. WEICKSEL, Der Begriff Invalidität (Deutsche Med. Wochenschr. 1933, No. 14, 7 April, blz. 536).
- Die Aertzliche Begutachtung in der Sozialversicherung (Münch. Med. Wochenschr. 1934, No. 11, 17 Maart, blz. 398).
- A. WELCKER, Automutilatie, aggraviatie, simulatie, naar aanleiding van een reeks gevallen (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1923, II, blz. 540).
- JOHANNA M. VAN WENT, Arbeidsgeschiktheid van reumapatiënten (Aesculaap Sept. 1938, blz. 342).

- De arbeids(on)geschiktheid van reumatische patiënten (Geneesk. Gids, 9e jaarg., afl. 36, 4 Sept. 1931).
- E. D. WIERSMA, Ter overdenking voor huisarts en student, Amsterdam 1936.
- Voor den arts. Ter toetsing aan ervaring en inzicht. Amsterdam 1937.
- Iets over ziekte (Clinische Les, Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1932, blz. 2594).
- Nog iets over ziekte (Clinische Les, Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1933, blz. 1178).
- P. P. WIJK, Bestudeering van den landarbeid en het verhoogen van het nuttig effect in den landbouw (Landbouwk. Tijdschr. Juli 1934).
- W. VAN WOERKOM, Eenige opmerkingen en wenschen betreffende de behandeling der traumatische neurose, naar aanleiding van een geval der R. V. B. (Geneesk. Tijdschr. der R. V. B. 1921, blz. 43).
- H. J. WOLF, Acute nicotinevergiftiging als beroepsziekte (Ref. Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1933, blz. 3285; Deutsche Mediz. Wochenschr. 1933, No. 20).
- J. L. C. WORTMAN, De constitutie aan het ziekbed (Geneesk. Bladen 1935, 32ste reeks).
- Biologische therapie (Aesculaap 1ste jaargang 1938, blz. 77).
- \* I. ZEEHANDELAAR, Het begrip arbeids(on)geschiktheid in verband met nerveuze ziekten (Geneesk. Gids 1931, afl. 28, 10 Juli).
- W. P. C. ZEEMAN, Schatting der invaliditeit na oogletsels (Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 1938, blz. 142).

## ERRATA

BEHOORENDE BIJ C. DEN HARTOG

### OVER DE BEOORDEELING VAN ARBEIDSGESCHIKTHEID.

- Bladz. 31. In de 4e regel van boven staat: TENGELOO, moet zijn: TENDELOO.
- Bladz. 42. In de 10e regel van boven staat: ontbrekende ziekteverschijnselen, moet zijn: uitbrekende ziekteverschijnselen.
- Bladz. 72. In de 3e regel van boven staat: door het nemen, moet zijn: evenals het nemen.
- Bladz. 88. In de 11e regel van boven staat: plattelandsprakijk, moet zijn: plattelandspraktijk.
- Bladz. 99. In de 5e regel van onderen staat: aanwezige klachten, moet zijn: aanwezige klachten, waarvoor een werkelijke grond was aan te wijzen.



## STELLINGEN.

### I.

Aggravatie komt veelvuldiger voor, dan over het algemeen wordt aangenomen.

### II.

De onderhuidsche „strekpeesafscheuring“ van de eindphalangen der vingers behoeft conservatieve behandeling.

### III.

Bij de zoogenaamde „bloedende mamma“ is chirurgisch ingrijpen altijd vereischt.

### IV.

De oorsprong van niersteen is, indien er geen afsluiting der afvoerwegen bestaat, te zoeken in een niet infectieuze afwijking der nierpapillen.

### V.

Bij de behandeling van chronische infecties der urinewegen is prontosil album als geneesmiddel te verkiezen boven urotropine.

### VI.

Bij elke sinusthrombose moet de parenterale levertherapie toegepast worden.

### VII.

De beste behandeling van een reusceltumor bestaat in resectie van het gezwel.



## VIII.

Honger en eetlust zijn bij de keuze der voedingsmiddelen geen betrouwbare raadgevers. De mensch moet daarom bij deze keuze steeds met raad bijgestaan worden.

## IX.

Het oprichten van landbouwhuishoudscholen is een dringende vereischte voor de verbetering der volksvoeding ten plattelande.













