

Rede van de voorzitter van de Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst, G. J. Noome, gehouden ter opening van het 13de Ledencongres der Maatschappij op donderdag 12 oktober 1961 in de grote aula van het Koninklijk Instituut voor de Tropen.

Het is een voorrecht aan de voorzitter verleend, op de opening van het Congres een onderwerp ter eigen keuze te behandelen; en een nog groter voorrecht over dit onderwerp zijn eigen gedachten naar voren te brengen.

Ik heb gemeend hiervoor te moeten kiezen: „Het vertrouwen in de huisarts“, één der hoekstenen, waarop het gehele gebouw van het medisch werk van de huisarts berust, een onderwerp dus, waar arts en patiënt dagelijks mee worden geconfronteerd. De inperking van het onderwerp tot de huisarts was vanzelfsprekend, daar ik door mijn scholing slechts op dit punt enig recht van spreken heb en ook omdat het bij de andere groepen artsen zo geheel anders ligt. Even vanzelfsprekend is het, dat het mij in deze korte tijd slechts mogelijk is enkele gedachten hierover te ontwikkelen.

Welaan dan: Het vertrouwen in de huisarts.

Hoe ontstaat dit vertrouwen?

De mens geeft bij ziekte – móét dit zelfs doen – een deel van zijn zelfstandigheid prijs en vraagt hulp aan zijn arts. Dit doet hij en moet hij doen, omdat hij niet in staat is zichzelf te genezen. Voorzover wij in de grijze oudheid teruggaan, is dit zo geweest, zodat wij kunnen stellen, dat reeds vroeg deze binding arts-patiënt heeft bestaan. Dit prijsgeven van zelfstandigheid, juist op het gebied van zijn bestaanszekerheid – bij deze bedreiging van zijn leven – doet de patiënt afhankelijk zijn van zijn medemens, die opgeleid is tot arts, dus tot hulp bieden bij ziekte.

Deze afhankelijkheid enerzijds, en de daarbij behorende toewijding anderzijds, eist als het ware vanzelfsprekend vertrouwen, waaruit even vanzelfsprekend voortkomt de gedachte, dat de patiënt recht heeft die arts te kiezen, waarin hij vertrouwen kan hebben en heeft. Even vanzelfsprekend is het, dat, wanneer het vertrouwen teloor gaat, de patiënt hieruit de consequentie moet kunnen trekken, namelijk door dit mede te delen aan zijn arts en een andere te kiezen.

Deze binding tussen patiënt en arts heeft dus altijd bestaan, een binding, die tot voor ongeveer vijftig jaar bijna ongedeeld was, want men ging naar zijn geneesheer voor alle medische hulp, welke men behoefde. Hierna is, doordat de arts het gehele medische terrein niet meer kon beheersen, de specialisatie opgetreden, waarbij dus in toenemende mate de patiënt specialistisch advies en behandeling kan krijgen. Daarmee werd het tweegesprek doorbroken, waarbij echter de huisarts de centrale figuur bleef in het gezin, die over alle medische problemen adviseerde, een situatie, die tot heden bleef bestaan.

Het vertrouwen van de individuele patiënt is primair het vertrouwen, dat de Nederlandse patiënt in de Nederlandse arts in het algemeen stelt. De patiënt heeft zich een mening over de Nederlandse arts gevormd. Deze mening is opgebouwd uit hetgeen hij over het werk van de arts leest en hoort, over de wetenschappelijke vorderingen van de arts, zijn prestaties, over datgene, wat de patiënt hoort van fami-

lie en bekenden. Bovendien wordt hij beïnvloed door romans en films, waarin iedere arts zich opoffert, zijn patiënten „door“ heeft en grote, reddende operaties doet. Uit al deze gedachten kristalliseert zich het meerdere of mindere vertrouwen, dat hij in de Nederlandse arts heeft.

Daar deze gedachten mede worden gevormd door het medisch kunnen, ligt het voor de hand te veronderstellen,



G. J. Noome, voorzitter der Maatschappij

dat het vertrouwen in het algemeen in het kunnen van de arts, na een dieptepunt omstreeks 1850, geleidelijk gestegen is, en wel daarom, omdat het kunnen van de arts vooruitging. Dit dieptepunt was voor een deel de oorzaak van en de stoot tot de wet van 1865, regelende de uitoefening der Geneeskunst.

Dat ook de Overheid grote waarde hecht aan het vertrouwen, dat men in het algemeen in de Nederlandse arts stelt, blijkt wel uit de Medische Tuchtwet van 1928. Hier staat toch, dat een geneeskundige zich schuldig kan maken aan „handelingen, die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnen“ en hiervoor kan worden gestraft.

Hier spreekt de Overheid mijns inziens impliciet uit, dat vertrouwen inhaerent is aan en noodzakelijk is voor het medisch werk en bovendien dat de ene arts door *zijn* handelingen het vertrouwen van patiënten in een andere arts schade kan toebrengen. De beoordeling hiervan heeft de Overheid in handen gelegd van geneeskundigen onder leiding van een jurist, omdat het alleen geneeskundigen mogelijk is een uitspraak te doen of hun collega het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd heeft.

Als ik hier over de arts spreek, kan men niet – zoals ik al even aanroerde – aan de specialisatie voorbijgaan, die in het medische vak is opgetreden en die nog niet ten einde

is. Wanneer ik dus spreek van het vertrouwen in de Nederlandse arts, bedoel ik daarmee de combinatie van huisarts en specialist en moeten wij ons afvragen of hiermede het vertrouwen in de Nederlandse huisarts gedaald is; iets, dat een deel van de huisartsen gedurende een bepaalde periode inderdaad geloofden. Zij hebben voortdurend nieuwe specialismen zien ontstaan; enerzijds aanvaardend, dat de specialistische kennis en mogelijkheden groter werden en anderzijds ziende, dat de patiënt, dit wetende, gebruik wilde maken van deze mogelijkheden, kreeg de huisarts het gevoel, dat hij gebied prijs moest geven, kreeg insufficiëntiegevoelens in zijn werk en voelde zich gefrusteerd. Mede in verband daarmee hadden een aantal huisartsen het gevoel, dat het vertrouwen in hen verminderde.

Wat die gevoelens betreft, is er na de oorlog een zekere renaissance bij de huisarts ontstaan, enerzijds omdat de specialisten een eigen plaats hebben gevonden, anderzijds omdat de huisarts er zich van bewust is geworden, dat hij desondanks een geheel eigen taak heeft. De huisarts, zich bezinnende op deze nieuwe toestand, en deze aanvaardende, tracht weer diepte, inhoud en enthousiasme aan eigen werk te geven. Hij beseft, dat er nieuwe gebieden van diagnostische en therapeutische mogelijkheden zijn ontstaan door de samenwerking met specialisten. Hij weet ook, dat hij deze verantwoordelijkheid voor de patiënt op gelukkige wijze kan delen.

Het is niet overbodig dit alles naar voren te brengen, want het is ook mogelijk, zoals in een enkel land het geval is, een ander systeem te volgen, waarbij de patiënt geen huisarts heeft en door een groep specialisten wordt geholpen. In Nederland echter heeft men een consequent gebouw opgetrokken, berustend op het fundament van een huisarts, die de centrale medische raadgever is in het gezin. Hij is de vertrouwensman: een constructie, die mijns inziens in Nederland door de patiënt ook als juist wordt gevoeld; hij heeft vertrouwen in zijn huisarts.

Als wij zien, dat deze gehele ontwikkeling zich in een mensenleef tijd heeft voltrokken, waarbij bovendien van de huisarts werd geëist, dat hij voldeed aan de groeiende behoeften op sociaal-medisch, sociaal en psychologisch terrein, terwijl zijn opleiding hem hiervoor ook nu nog slechts in beperkte mate kan vormen, is het niet te verwonderen, dat hij lang niet op ieder terrein mee heeft kunnen komen. Ja, men kan zich zelfs verwonderen, dat hij niet meer te kort schiet.

Ziet men de ontwikkeling van na de oorlog, dan valt het op, dat op praktisch ieder terrein de behoefte ontstaat naar betere coördinering van de vele facetten van het leven: ziet men de mens slechts in zijn onderdelen, dan ontbreekt het levende: men moet hem blijven zien als één geheel. Geschiedt dit niet, dan dreigt het gevaar, dat de verschillende adviezen elkander gaan doorkruisen.

Ligt het dan niet voor de hand, op medisch gebied als coördinerende figuur diegene te nemen, die hier reeds aanwezig is, namelijk de huisarts? Wij zien dan ook, dat bij alle kritiek en zelfkritiek de huisarts juist de laatste vijftien jaar tastenderwijze tracht aan deze taak te voldoen; wij zien verder, dat soms van buiten af wordt gepoogd hem dié plaats te verschaffen, maar dan zal het ook noodzakelijk zijn hem met het oog op deze plaats een opleiding te geven, die hiermede rekening houdt.

Heeft de patiënt in het algemeen vertrouwen in de huisarts? Ik heb het reeds uitgesproken, dat dit, mijns inziens, het geval is. Trachten wij het vertrouwen in de huisarts nu verder te bezien, dan is het algemene vertrouwen de basis, waarop de huisarts wordt benaderd en zal het individuele vertrouwen nog moeten worden geboren. De patiënt moet ervan op aan kunnen, dat de arts kundig is. „Vanzelfsprekend!” zal men zeggen. Toch is dat voor hem niet altijd eenvoudig: hij kan dat immers niet weten en met zijn lekenoog kan hij het niet onderscheiden.

Wij kennen allen de voorzichtige, kundige arts met zijn desondanks toch kleine praktijk, omdat hij de indruk wekt, dat hij twijfelt. Toch zal de patiënt moeten beginnen met een keuze te doen. En dan na een aantal ontmoetingen en gesprekken groeit het vertrouwen. Als dit aanwezig is, is het dan altijd gelijk en even groot? Neen immers: het vertrouwen, dat bij lichte ziekte aanwezig was, kan bij ernstiger ziekte worden doorbroken, doordat de twijfel en angst te groot wordt. Ook kan het worden doorbroken, doordat de arts de situatie psychologisch niet beheerst. Dit houdt dan ook in, dat, hoeveel vertrouwen ook aanwezig is, dit iedere keer opnieuw moet worden veroverd, dit iedere keer in de balans ligt, dit iedere keer wordt gewogen.

Met recht gewogen, men zo kunnen stellen, dat bij alle ontmoetingen tussen huisarts en patiënt de twijfel, de angst aan de éne zijde van de weegschaal liggen en het vertrouwen aan de andere zijde. En dat bij iedere ontmoeting de schalen anders liggen, beïnvloed door ernst en duur der ziekte, het optreden van de huisarts, zijn onderzoek, zijn benaderen van de patiënt, enz. enz.

Wel kan men enerzijds stellen, dat het vertrouwen groeit naarmate men samen meer heeft doorgemaakt zonder dat dit vertrouwen werd geschokt, waardoor de patiënt leert door ervaring vertrouwen te hebben. Toch kan dit iedere keer nog doorbroken worden: het is, hoe schoon de bloem ook is, een tere plant, die gemakkelijk verdort.

Wij moeten zeer goed beseffen, dat iedere ziekte de patiënt in zijn bestaanszekerheid schokt, evenals in zijn werk, dat hij tengevolge hiervan labiel wordt en vol twijfel. Hoe kunnen wij dan nog van hem eisen, dat hij ons het volle vertrouwen geeft, hoezeer hij dat ook wel zou willen? Het meest typisch is dit tijdens de ziekte van de arts zelf, dus wanneer hij zelf patiënt wordt. Hoe wikt en weegt hij dan niet bij de keuze van *zijn* arts, van de specialist, die hij behoeft, hoe nauwgezet luistert hij niet naar alle woorden van zijn behandelend arts, hoe tracht hij niet achter deze woorden de werkelijkheid te beluisteren, hoezeer is hij ook zelf patiënt?

Als wij dit alles zo beleven, trachten wij dan opnieuw de gevoelens van de patiënt te begrijpen en laten wij voorzichtig zijn met zijn gebrek aan vertrouwen te zien als een tekortkoming. De huisarts weet ook, dat de oude waarheid nog altijd geldt, dat, wanneer hij met enthousiasme en toewijding zijn taak vervult en alle middelen, die hem in zijn onderzoek ten dienste staan, gebruikt, de patiënt als regel vertrouwen in hem heeft en aan hem de beslissing overlaat of specialistische hulp noodzakelijk is. En zo weet hij ook, dat wat in zijn ogen diagnostisch en therapeutisch een eenvoudig geval is, in de ogen van de patiënt heel anders kan liggen, zodat het niet alleen medische redenen behoeven te zijn, die hem

aan de patiënt doen voorstellen specialistisch advies in te winnen.

Wanneer ik nog even terug mag grijpen op de begrippen enthousiasme, toewijding én de middelen, die hem ten dienste staan voor zijn onderzoek, dan is het ook noodzakelijk hier aan toe te voegen het begrip: tijd. Wij horen soms van de huisarts, dat hem de tijd zou ontbreken zijn werk optimaal te doen. Ditzelfde geluid over de huisarts horen wij ook soms bij de patiënt. Naar ik meen zit hier een kern van waarheid in.

Laten wij trachten ons hier even in te verdiepen. Wij zullen allereerst moeten erkennen, dat het onmogelijk is hierin te generaliseren. Dit begrip tijd wordt in de eerste plaats bepaald door het karakter en tempo van de huisarts; en dan kennen wij allen de twee uitersten, de arts, die in een kleine praktijk van 1500 zielen overwerkt raakt en aan de andere kant hij, die voor een werkdag in een grote praktijk zijn hand niet omdraait.

Ik wil dus trachten iets te zeggen over de gemiddelde, normale huisarts met een zogenaamde normatieve praktijk:

* * *

Naar wat ik van de oudere huisarts hoor, was het hem vóór de oorlog mogelijk – zonder het aantal uren dat hij werkte te veel op te voeren, met andere woorden dus in een normale werkdag – zijn praktijk te doen. Sindsdien hebben twee belangrijke factoren het werk van de arts uitgebreid. Allereerst het Ziekenfondsenbesluit van 1941, waardoor het percentage ziekenfondsverzekerden steeg van ongeveer 45 tot ruim 70 procent. Dit had ten gevolge, dat een groep van de Nederlandse bevolking, die voordien aarzde medische hulp in te roepen vanwege financiële consequenties, zich vrijer kon voelen wél hulp te vragen.

De tweede factor was – ik stipte het reeds aan – de sindsdien sterk gegroeide medische mogelijkheden op praktisch ieder terrein. Deze beide factoren hebben tot gevolg gehad dat – ik vind het nog altijd een afschuwelijk woord – de consumptie sterk werd verhoogd.

Dit alles heeft echter veroorzaakt, dat de huisarts *enerzijds* langer ging werken, *anderzijds* hier en daar noodgedwongen vlugger ging werken. Hier doorheen speelde misschien ook een psychologische factor een rol, namelijk, dat men ook wat meer medische hulp ging vragen voor in de ogen van de arts minder belangrijke afwijkingen. Bovendien kunnen wij stellen, hetgeen ik reeds deed, dat zijn werk op verschillend gebied zich heeft uitgebreid, zoals de preventie, consultatiebureaus, enz. Verder speelt de vergrijzing van de bevolking hierbij een rol.

Ik heb hiermede een aantal factoren genoemd, die veroorzaakt hebben, dat het werk van de huisarts zich heeft uitgebreid.

Als ik nu tracht een antwoord te geven op de vraag of een normale huisarts met een praktijk van normatieve grootte voldoende tijd heeft om zijn werk optimaal te doen, dan kan ik hierop alleen maar antwoorden, dat ik dat niet weet. Hierover zijn maar weinig exacte gegevens bekend. Praktisch alleen enkele proefschriften geven een aanduiding in de richting van een overbelast zijn.

Als ik echter aan mijn vraag zou toevoegen: kan het werk

van de huisarts (maar dan niet alleen zijn medisch werk, maar alle werk, dus ook het bijhouden van zijn medische kennis, de administratie, enz.) optimaal worden gedaan in een arbeidsduur zodanig, dat hij voldoende tijd voor zijn gezin en voor ontspanning overhoudt, dan zou ik wel positiever willen antwoorden: neen.

Ik weet verder, dat er enkele voorzichtige aanduidingen van de zijde van het Nederlands Huisartsen Genootschap zijn, die ook suggereren, dat de grootte van een normatieve praktijk om optimaal te worden gedaan, lager moet liggen dan zij nu is. Het zou, dacht ik, van eminent belang zijn, door middel van een onderzoek vast te stellen, waar deze optimale praktijkgrootte voor de gemiddelde huisarts momenteel ligt.

Ik voeg er met opzet het woord „momenteel” aan toe, daar er een voortdurende verandering is in de factoren, die het werk van de huisarts beïnvloeden. Als voorbeeld wil ik noemen het periodiek geneeskundig onderzoek door de huisarts, dat, mocht dit worden ingevoerd, op zijn werk en in de allereerste plaats op zijn tijd een geweldige invloed zal uitoefenen. Zoals u weet heeft het hoofdbestuur geadviseerd verdere proefneming te doen om te zien of dit periodiek geneeskundig onderzoek een vooruitgang betekent.

Het merkwaardige echter van het probleem „tijd” is, dat men hierop nu eenmaal betrekkelijk weinig vat heeft. Als men tot de overtuiging zou komen dat, om tot optimaal werk door de huisarts te komen de gemiddelde praktijkgrootte omlaag moet, dan zou men hier op korte termijn weinig aan kunnen doen.

Als ik de cijfers van collega Festen uit zijn geschiedenis van de Maatschappij aanhaal, dan waren er bij de oprichting in 1848 per geneeskundige (med. doct. en plattelandsgeneeskundigen zonder wetenschappelijke opleiding er bij inbegrepen) plm. 1200 zielen. Nu in 1961 zijn er per arts (maar dan huisartsen, specialisten en sociaal geneeskundigen er bij gerekend) plm. 900. Hiertussenin heeft in ongeveer 1900 een top gelegen van 1 op 2200.

Op deze getallen is nooit enige invloed uitgeoefend, behalve door maatschappelijke factoren, die de keuze om arts te worden, beïnvloeden. Ook nu zijn dit de enige factoren die hier een rol spelen. Ik mag hier wel aan toevoegen: gelukkig. Want iedere prognose zou hebben gefaald en iedere beïnvloeding zou verkeerd hebben gewerkt, daar men de ontwikkeling van nu nooit had kunnen voorzien. Zweden is hiervan een bekend voorbeeld. Daar heeft immers de Overheid op grond van een prognose invloed uitgeoefend op het aantal studenten en ziet men nu het ongunstig resultaat in de vorm van een tekort aan artsen.

Met een studieduur van minimaal zeven jaar, met de hierna volgende duur van opleiding tot specialist of sociaal geneeskundige en anderzijds met de stormachtige veranderingen (bijvoorbeeld in de sociaal-geneeskundige en specialistische sector), is iedere prognose – die ongeveer tien jaar vooruit moet zien – van dubieuze waarde. Bovendien heeft het moeilijk te dragen consequenties, mocht zij fout zijn.

Afgezien nu van de vraag of men de factor „tijd” kan beïnvloeden, kunnen wij wel iets zeggen over de ontwikkeling van de laatste paar jaren. Wij gaan duidelijk in de richting van een vermindering van de gemiddelde praktijkgrootte.

Als ik niet juist gesteld had dat iedere prognose van dubieuze waarde is, zou ik menen te mogen aannemen, dat deze tred voorlopig zal aanhouden.

Om nog even de conclusie hieruit te trekken: Wij hebben beredeneerd, dat de huisarts in Nederland eerder te weinig dan te veel tijd heeft voor zijn patiënt, en dat hierop betrekkelijk geringe invloed kan worden uitgeoefend. Verder zagen wij, dat deze tijd de laatste jaren toch wat ruimer wordt en dit zal zich misschien voortzetten, hetgeen de patiënt ten goede komt.

* * *

Als wij nu trachten iets te zeggen over de nabije toekomst, dan zou ik mij willen beperken tot slechts één probleem: namelijk, dat de binding tussen patiënt en huisarts door allerlei factoren lossen dreigt te worden.

Vooreerst zou ik opnieuw willen stellen: de band is nog steeds een vaste band. Dit zien wij aan het zo geringe aantal overschrijvingen bij de Ziekenfondsen; dit hoort men aan de zo eenvoudige uitdrukking „mijn huisarts kent mij”.

Deze huisarts, die een ongeregeld leven heeft, ook een leven met verantwoordelijkheden, welke soms heel moeilijk te dragen zijn, die soms overbelast wordt en anderzijds ziet, dat er grote groepen van de bevolking om vijf uur klaar zijn, bovendien ook nog voor een deel een vijfdaagse werkweek hebben, moet ook wel eens geheel ontspannen kunnen zijn. Deze huisarts nu tracht dit te verwezenlijken door mogelijkheden te scheppen dat ook hij af en toe vrij kan zijn. Het is

opvallend te zien hoe fijn zuiver de patiënt aanvoelt dat de huisarts die ontspanning nodig heeft en het hem gunt.

Naar ik meen is een vakantie en een zondagsdienst dan ook een noodzaak en niet meer weg te denken. Wil men daarnaast ook eens een avond of nacht uit, dan kan men altijd wel een collega opbellen om hem te vragen in te springen. Dit neemt niet weg, dat alle artsen het er over eens zijn, dat degenen, die het huisartsenberoep aanvaardt, hiermede tevens aanvaardt het vertrouwen, dat de patiënt in hem, zijn huisarts, stelt. De consequentie hiervan is, dat de arts dit vertrouwen beantwoordt en zoveel lasten draagt als hem mogelijk is.

Laat ik bij het eindigen herhalen hetgeen ik in het begin deed: het vertrouwen in de huisarts is een moeilijk te vatten begrip: het is een ingrijpbaar iets, een verhouding tussen twee mensen, gegrond op het gevoel van afhankelijkheid van de ene mens, dat wordt beantwoord door de toegewijde hulp van de andere mens, bevestigd door de overtuiging, dat deze hulp, wanneer zij nodig is, ook steeds gegeven wordt. Er aan ten grondslag ligt de wetenschap dat de geneeskunde groeiende mogelijkheden biedt en dat de arts in vele gevallen kan helpen. Het is de patiënt niet onbekend, dat de geneeskunde zijn beperking heeft, maar de twijfel en de vrees, die daardoor als zintuig van het menselijk besef van onzekerheid, steeds op de achtergrond aanwezig blijven, worden slechts door dit vertrouwen in bedwang gehouden. Het is een intermenselijke relatie, die geneeskunde is geneeskunst – de essentie van ons beroep is.

Ik heb gezegd.

JAAR (1960) - OVERZICHT

Rede van de oud-voorzitter van de Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst, A. H. de Vries, gehouden te Amsterdam op het 13de Ledencongres op 12 oktober 1961.

Dames en Heren,

Verslag mag ik u doen over het 112e levensjaar van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.

Onze Maatschappij is geen lief oudje, venerabel om der wille van haar grijsheid en haar bewogen historie. Zij is het krachtig instrument, waarmee generaties van artsen getracht hebben in het verleden, trachten in het heden en zullen trachten in de toekomst de doelstellingen, vervat in haar statuten, te verwezenlijken. Aan mij nu de taak de acta van 1960 aan deze statuten te toetsen.

Ik meen, dat door het aanvaarden van een uitgebreide reglementswijziging door de algemene vergadering de weg geopend werd voor een verbeterde regeling der registratie en erkenning van specialisten, nu in nauwe samenwerking met overheid en faculteiten, die zal kunnen leiden enerzijds tot bevordering van de maatschappelijke belangen der geneeskundigen, anderzijds tot bevordering van geneeskundige

wetenschap en kennis en daarmee tot een goede behandeling en voorkoming van ziekten.

Dit zelfde geldt naar mijn mening voor het tot stand komen van een Stichting „Opleiding Sociaal-geneeskundigen”. De plannen, die nu in vaste vorm gegoten zijn, omvatten een A- en een B-opleiding. Deze laatste zal recht geven op inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen. Dat de praktische organisatie en uitvoering van deze nieuwe regeling mede in handen is gekomen van de voorzitter en secretaris van de „gewone” specialistenregistratiecommissie doet een grondige opbouw verwachten.

In 1960 werd eveneens een overeenkomst verkregen tussen onze Maatschappij en het ziekenfonds De Volharding te s-Gravenhage. De voortschrijdende ontwikkeling der geneeskunde met de zich steeds uitbreidende onderzoek- en behandelingsmethoden, die een toenemend aantal specialisten en zelfs sub- en superspecialisten deed ontstaan, maakte het scheppen van normale verhoudingen tussen het ziekenfonds De Volharding en onze Maatschappij noodza-