

*International Health Foundation award 1974*

The International Health Foundation in Geneva has announced that the theme chosen for its award scheme this year is „Oral contraception — a 1974 critical assessment”.

Original papers on any aspect of this theme — medical, sociological, psychological — are invited. A prize of 5000 Swiss francs is offered for the best paper received, and an additional prize of 2000 francs is available for the best paper from an author under 35 years of age. The closing date for entries is 31st October 1974, and further details, regarding the rules, method of presentation, and so on, may be obtained from the International Health Foundation, 1 place du Port, 1204 Geneva, Switzerland.

*Professor Stokvis-fonds*

Het Bestuur van het Genootschap ter Bevordering van Natuur-, Genees- en Heelkunde maakt bekend, dat uit het Professor Stokvis-fonds een toelage van maximaal f 1000,— beschikbaar wordt gesteld voor studiereizen in 1974/1975.

Elke student(e) in de geneeskunde aan één der Nederlandse Universiteiten, die het kandidaats-examen heeft afgelegd en die voor het ontvangen van deze subsidie in aanmerking wenst te komen, wordt uitgenodigd, zich vóór 15 mei 1974 schriftelijk te wenden tot de Algemene Secretaris van bovengenoemd Genootschap (B. C. P. Jansen Instituut, Plantage Muidergracht 12, Amsterdam).

Hij (zij) moet bij dit verzoek overleggen: a. een verklaring van twee hoogleraren in de geneeskunde zijner (harer) Universiteit, waarin hij (zij) voor de toelage wordt aanbevolen; b. een mededeling van de plannen omtrent de buitenlandse

wetenschappelijke reis, die hij (zij) zich voorstelt te ondernemen.

Hij (zij), die door een toelage uit het fonds in staat is gesteld, een wetenschappelijke reis te ondernemen, is verplicht, van de uitkomsten daarvan binnen drie maanden een uitvoerig rapport aan het Bestuur over te leggen.

Amsterdam, 2 april 1974

K. VAN DAM,  
*algemeen secretaris  
van het Genootschap*

*Financiële steun van de Stichting „De Drie Lichten”*

De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit vóór 1 juni 1974 hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris.

Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen, die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen voor te maken onkosten, exclusief apparatuur. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen.

De aanvragen dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstellingen en vergezeld te gaan van aanbevelingen.

Leiden, 1 april 1974  
Pathologisch Laboratorium  
Wassenaarseweg 62

Prof. Dr. A. SCHABERG,  
*secretaris*

INGEZONDEN

*(Buiten verantwoordelijkheid van de redactie; deze behoudt zich het recht voor de stukken te bekorten)*

*Een medisch-sociologisch onderzoek naar gezondheidstorende sociale factoren*

Dr. AAKSTER (1974) heeft een bijdrage geleverd tot een vereenvoudigde visie op de mens. Hij heeft ontdekt dat de lichamelijke en geestelijke opborrelingen van de mens één zijn en vat deze uit systeem-theoretisch gezichtspunt samen als „output van het systeem mens”. (Een Franse dichter, die zijn gedichtenbundel de naam *Borborygmes* gaf, was hem vóór.) Het is jammer dat AAKSTER zoveel stellingen geeft zonder systeem-theoretisch bewijs. Hij betoogt dat het systeem „mens” gericht is op een niet tevoren geprogrammeerd doel. Iedere lezer zou graag hebben gehoord hoe AAKSTER de aloude aporie van de vrije wil systeem-theoretisch heeft opgelost! Ook de wetmatigheid van het systeem „mens” als actor wordt onvoldoende geanalyseerd. Het systeem moet volgens AAKSTER „gevoelens juist aanwenden”, „eerlijk zijn” etc.; allemaal onbeholpen antropomorfe termen die in een systeem-analyse niet thuis horen. Ronduit

bedroevend vind ik AAKSTERS fundamenteel axioma. Hij stelt dat het streven van het systeem „mens” gericht is op zich gelukkig voelen; hij noemt deze gedachte zelfs een „goede werkhypothese”. Ik meen dat het tegendeel het geval is. Men streeft niet naar geluk maar voelt geluk als alles steeds méér naar wens gaat. In het complex-adaptieve feedback systeem „mens” is geluk systeem-theoretisch de terugmelding (naar het regelcentrum van de actor) dat er amplificatie is van geïntendeerde output.

Dat de gedachtengang van AAKSTER op systeem-theoretische gronden moet worden afgewezen, houdt niet in dat de praktische gevolgtrekkingen waardeloos zijn. Er zijn veel goede gedachten gebouwd op zwakke theoretische onderbouw! De schrijver constateert dat vele (alle?) gezondheidsstoornissen ontstaan door een falende aanpassing aan een „stress”. Hij wijst erop dat gezondheidsstoornissen het best kunnen worden aangepakt in een fase waarin ze nog niet tot irreversibele veranderingen in de organische structuur van het systeem „mens” hebben geleid. Terecht concludeert hij

op grond van het bovenstaande tot het primaat van de preventie. Opnieuw stelt AAKSTER de lezer teleur, ditmaal door een tekort aan consequentie. Hij beveelt een „multi-disciplinaire benadering” van de gezondheidszorg aan waarin de artsen de sociologen moeten „dulden”. Ten onrechte, want de prioriteiten zijn door AAKSTER reeds duidelijk gesteld. Consequenter ware de volgende welzijnsstructuur:

Universiteiten richten een gezondheidsfaculteit op, waarin de oude faculteiten van sociologie, psychologie en geneeskunde kunnen worden ondergebracht. De gezondheidsfaculteit leidt op tot gezondheidsconsulent. Deze behandelt de cliënt met gezondheidsstoornissen en probeert te redden wat te redden valt vóór door stress veranderingen in de organische structuur van de cliënt zijn ingetreden. Mocht dat reeds het geval zijn, dan zal de gezondheidsconsulent aan een storingstechnicus (dokter) opdragen de storing op te heffen.

Tegen 1985 kan bovenstaande reorganisatie tot stand zijn gekomen. De gezondheidsprocedure bij een cliënt met seniel cataract zal dan ongeveer als volgt verlopen:

*Consulent Drs. Den Daes: (drukt een paar knopjes in en kijkt op zijn bureaumontitor)* Morgen, Fietsemaker! Ik heb hier een 55-jarige boekhouder met witte pupillen. Hij kon de laatste tijd zijn werk niet meer aan. Visuele afkeer van het werk; hij kan die cijfers gewoonweg niet meer zien! Er kwam een nieuwe, jongere procuratiehouder; wat een conflict-situatie! U begrijpt misschien de problematiek? Mijn cliënt heeft te laat mijn hulp gezocht; het lijkt mij het beste dat u zijn lenzen wegneemt. Ik stuur cliënt morgen naar het gezondheidshuis.

*Dokter Fietsemaker:* Tot uw dienst consulent! Misschien krijg ik nog een machtiging?

*Consulent Drs. Den Daes:* Ja, ja, u krijgt een reparatiebon in viervoud. A propos, ik blijf cliënt in het gezondheidshuis natuurlijk zelf begeleiden.

*Dokter Fietsemaker:* Graag consulent, dank u vriendelijk.

Het is maar goed dat consulent Drs. Den Daes het moeilijke werk van de begeleiding in eigen hand houdt. Dat is voor dokter Fietsemaker te hoog gegrepen. Als student was hij al een zwakke broeder. Voor het hoofdvak PEPS (preventieve eerstelijns psycho-sociologie) had hij zelfs een onvoldoende! Zijn baan als technisch afdelingshoofd in het gezondheidshuis dankt hij alleen en uitsluitend aan een negen voor het bijvak KIS (kuratieve intramurale somatologie). Hij is, zoals men dat in de jaren zeventig noemde, een typische „vakidoot”.

Consulent Den Daes is van een heel ander kaliber. Als student blonk hij al uit, althans in de hoofdvakken. Hij verwierf de titel doctorandus met de briljante projectscriptie „Appendiculaire sociose”. Kort daarna werd hij tot vak-groep-pleider van de gezondheidsfaculteit benoemd.

Het duurt nog even tot 1985, maar een toekomstvisie is nodig om in het heden beslissingen te nemen. Ik hoop er met enkele kritische opmerkingen toe te hebben bijgedragen dat Dr. AAKSTER de systeem-theoretische onderbouw van zijn denken hechter fundeert en de praktische consequenties van zijn standpunt verder dóórdenkt.

*Literatuur:* AAKSTER, C. W. (1974) *Ned. T. Geneesk.* 118, 194 en 199.

Amsterdam, februari 1974

R. A. CRONE

In de praktische uitoefening van de geneeskunde wordt veelal gebruik gemaakt van een vrij groot aantal, onderling van elkaar niet afhankelijke modellen, die dan, meestal onbewust, door elkaar gemengd worden gehanteerd, zonder dat men zich al te veel zorgen maakt over de grenzen van het toepassingsgebied van elk afzonderlijk model. In de geneeskunde vermengen wij morfologische, fysiologische, psychologische, sociale en biochemische concepten, en de gedachtesprongen tussen deze gebieden worden vaak op weinig kritische wijze volbracht.

Het is daarom toe te juichen dat er een poging wordt gedaan, de ongedifferentieerde divergentie van het geneeskundig denken wat te ordenen, en het ligt inderdaad voor de hand te proberen, met het model van de systeemtheorie een gebied te omvatten dat tot nog toe slechts benaderd kon worden van zeer verschillende gezichtspunten uit.

Wanneer deze taak wordt aangevat door een socioloog (AAKSTER), mag men er niet te veel kritiek op hebben, dat dan de sociologische gezichtspunten op de voorgrond komen te staan. Deze stand van zaken is te accepteren, maar geeft wel aanleiding tot een misverstand, nl. dat het de auteur er in de eerste plaats om te doen is, de sociale genese van „ziekte” de nadruk te geven. Het zou jammer zijn wanneer de discussie begon met zich op dit punt te richten. Het is immers in de eerste instantie de vraag of het voorgestelde model in staat is, op systematische wijze het ziek-worden en het ziek-zijn te verklaren, om aldus niet zozeer de multicausaliteit van ziekte te verwerpen, als wel daarin enige orde te scheppen.

De socioloog kan weten dat vele andere wetenschapsmensen tegen zijn methoden wat vreemd aankijken. In het bijzonder staat de niet-socioloog wat schichtig tegenover het enquêteren en het kwantificeren van kwalitatieve zaken, terwijl dan de medicus weer extra verdenking koestert tegenover het objectiveren van subjectieve gegevens. Want hoe moeilijk het mag zijn, het begrip „ziekte” te definiëren, de medicus heeft geleerd, geen correlatie te vinden tussen (objectieve) ziekteverschijnselen en (subjectieve) klachten. Moge het uiten van klachten wijzen op ontevredenheid met een bestaande situatie, geen medicus zal wegens het blote bestaan van klachten tot ziekte concluderen. Hoe moeilijk dit ligt, bleek uit een recent onderzoek (POSTLETHWAIT 1973) waarin getracht werd een beslissend antwoord te vinden op de vraag welke operatie nu wel de beste resultaten gaf: vagotomie met drainage, klassieke maagsectie of vagotomie met antrectomie. Twee onderzoekers, hetzelfde patiëntmateriaal onderzoekend, kwamen tot verschillende conclusies. Toen men via enquêtes de vraag regelrecht aan de patiënten voorlegde, waarbij hun gevraagd werd of zij al dan niet tevreden waren met de resultaten van de operatie, kwam er een derde conclusie uit de bus.

Vooral wanneer men gezondheid definieert als een gevoel van welbevinden, zelfs als het aanwezig zijn van een geluksgevoel, wordt de subjectiviteit zo groot, dat wetenschappelijke bewerking van langs deze lijnen bewerkt materiaal welhaast illusoir wordt en aldus weinig bewijst omtrent de praktische aanwendbaarheid van het voorgestelde model.

Het lijkt echter niet noodzakelijk, om deze reden bij voorbaat een systeem-theoretisch model voor de geneeskunde te verwerpen. Wel lijkt het zo te zijn, dat de systeem-theoreticus die de mens in zijn vele facetten in ziekte en gezondheid gaat opvatten als een informatiesysteem, dit systeem voorlopig beter alleen benadert zoals men een black-box bestudeert, d.w.z. dat men zich beperkt tot de inputs en de outputs, en de beschrijving van de „inner state” van het systeem over-