

Commentaar op een kritisch commentaar over de taak, plaats en functie van de academische ziekenhuizen

In de rubriek „Commentaar” van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* heeft collega JONGKEES (1975) kritiek geleverd op een door mij geschreven discussienota over de toekomstige taak, plaats en functie van de academische ziekenhuizen. Deze nota is met behoud van de verantwoordelijkheid voor de inhoud van de schrijver, door het hoofdbestuur der KNMG in een bredere, maar toch beperkte en gerichte kring verspreid. Dit, omdat het, naar de mening van het hoofdbestuur, zinnig was de in de nota aan de orde gestelde problematiek op dit moment, in het bijzonder in de kring der direct betrokkenen, ter discussie te stellen.

Het hoofdbestuur van de KNMG heeft in zijn aanbiedingsbrief bij de nota aangegeven dat het er prijs op zal stellen reacties uit de kring der betrokkenen te mogen ontvangen. De binnengekomen commentaren getuigen ervan dat hetgeen ter discussie wordt gesteld in de nota inderdaad een bijdrage heeft geleverd aan het stimuleren van het denken over de gestelde problematiek.

Dat collega JONGKEES zijn commentaar niet tot het hoofdbestuur der KNMG heeft gericht, maar in het Tijdschrift („zijn” Tijdschrift, hij is immers de hoofdredacteur) plaatst is enerzijds verheugend, gezien de brede verspreiding van het commentaar, anderzijds teleurstellend aangezien de nota in beperkte kring verspreid is, zodat de commentaarlezer in de regel onvoldoende geïnformeerd is, waarom het gaat.

Het doel van deze op gang te brengen discussie en van het publiceren van de nota is geweest de toekomstige plaats, taak en functie van de academische ziekenhuizen te plaatsen tegen de achtergrond van de ontwikkeling op maatschappelijk terrein van de gezondheidszorg enerzijds en van de onderwijsontwikkeling anderzijds. Het commentaar op de nota gaat geheel aan dit toekomstaspect voorbij. Dit is des te meer te betreuren, omdat van de hoofdredacteur van het Tijdschrift mag worden verwacht dat hij de voorlichtende functie, die het Tijdschrift heeft, optimaal tot zijn recht laat komen. Van de hoofdredacteur van het Tijdschrift, tevens hoogleraar, lid van de Koninklijke Academie van Wetenschappen en voorzitter van de Raad voor Medisch Wetenschappelijk Onderzoek mag een doorwrocht commentaar worden verwacht. Honores sunt oneres!

Het genoemde commentaar doet de vraag oproepen of collega JONGKEES niet te veel heeft toegegeven aan wat hij in een interview (*Geneeskundige Gids* (1974) 5, nr. 5, 6) zelf noemt zijn „neiging om het ronduit te zeggen als me iets niet aan staat”.

De nota gaat zeker niet, zoals het commentaar aangeeft, voornamelijk over het groeiend belang van algemene ziekenhuizen. Bovendien, ingevolge artikel 4 van de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs, is ook het academisch ziekenhuis een algemeen ziekenhuis. En de zogenoemde „statuswet” van 1968 bepaalt op dit moment in artikel 35 bis dat bij bestuur en inrichting van dit bijzondere algemene ziekenhuis, voor zover de belangen van de patiënten dat toelaten (dat is dus primair; H.R.), zoveel mogelijk rekening wordt gehouden met de belangen van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek bij de universiteit. Wanneer

de nota over algemene ziekenhuizen spreekt, doet zij dat in het licht van bovenstaande wettelijk vastgelegde positie van de academische ziekenhuizen als een bepaalde vorm van algemene ziekenhuizen. Collega JONGKEES gaat geheel niet in op de eerste 40% van de nota, waarin uit het recente verleden door regering en deskundige volksvertegenwoordigers de maatschappelijke en politieke stellingneming ten aanzien van de ziekenhuizen aan de orde wordt gesteld.

Opzet van de nota is juist geweest de maatschappelijke betrokkenheid van universiteit c.q. medische faculteit en het academisch ziekenhuis (en dan „nieuwe stijl”) groter te maken. Dat dit in het commentaar geheel niet naar voren komt, toont pijnlijk aan dat deze betrokkenheid nog steeds niet voldoende bestaat.

Mijn opstelling is niet geweest, zoals wordt betoogd, die van eenzijdig voorvechter voor de algemene ziekenhuizen. De kern van mijn betoog ligt in de stelling dat onderwijsdoelstellingen moeten worden afgeleid uit de gehele geneeskunde, zoals die binnen de gezondheidszorg functioneert en niet exclusief uit de geneeskunde, zoals die in het academisch ziekenhuis wordt bedreven. Daarbij wordt de principe-uitspraak (en niet meer dan dat) gedaan dat als consequentie van het voorgaande gesteld moet worden dat het gehele veld, waar de geneeskunde in de gezondheidszorg in werkt, moet kunnen worden betrokken in de opleiding. Het curriculum voor het eerste jaar van de medische opleiding in Maastricht kan ik in dit verband aan collega JONGKEES ter bestudering aanbevelen.

Het eenzijdig commentaar geeft een verwrongen beeld van de inhoud van de nota. Eenzijdig en suggestief, bijvoorbeeld in zinnen als „dat hij de verdenking op zich laadt van tevoren tegen de rol van de academische ziekenhuizen gekant te zijn” en „Het lijkt aannemelijk dat dit bewust of onbewust geschied is omdat het . . . niet past in de gedachting van de schrijver”. Of past de nota soms niet in de gedachting van de commentator?

Maar het commentaar is ook emotioneel, met name in zijn tegenstrijdige woordkeus over de aard van de nota. Eerst wordt betoogd dat aan de nota veel tijd en zorg zijn besteed, terwijl de nota later een kortzichtig pamflet wordt genoemd. Ce sont les mots qui font la musique!

Wanneer in het commentaar de betekenis van de affiliatie afgemeten wordt aan de functie als „overloop” voor het teveel aan coassistenten in de academische ziekenhuizen, dan wordt duidelijk te kort gedaan aan de huidige betekenis van de affiliatie. Men leze hiervoor het laatste rapport van de Affiliatie Advies Commissie. Uiteraard worden in de nota de coassistenten naar voren geschoven, omdat zij bij uitstek in aanmerking komen om praktisch te werken in een veld, dat ruimer is dan de begrenzing der muren van het academisch ziekenhuis. Praktische werkzaamheden van junior-coassistenten en pre-kandidaten dienen explicieter (zij het niet exclusief) toe te vallen aan het academisch ziekenhuis. Deze problematiek is dus nauwelijks aangeroerd vanwege de veel grotere consensus op dit gebied.

Op de specialistenopleiding is in de nota bewust niet ingegaan. Het door collega JONGKEES genoemde voorbeeld van zijn eigen specialisme is bovendien niet typisch voor de specialistenopleiding en deze is niet typisch voor het academisch ziekenhuis. Daarom is slechts de basisopleiding tot arts in de nota aan de orde gesteld.

Indien gesuggereerd wordt dat in de academische ziekenhuizen de specialist (in tegenstelling tot de specialist in een algemeen ziekenhuis) wel tijd heeft om nog uren te praten met zijn coassistent (en niet met de eerste, maar ook met de Xe) dan ben ik benieuwd naar de resultaten van een algemeen daartoe ingesteld onderzoek. Wanneer men in de kliniek van collega JONGKEES tijd heeft om uren met co-assistenten te praten, wil dit nog niet zeggen dat dit geldt voor alle universitaire coassistentenopleidingen. Ik ben het uiteraard met collega JONGKEES eens dat het nuttig is om de maatschappelijke en psychische gevolgen van doofheid e.d. te bespreken. Nog zinvoller is het om dit te zamen te doen met een confrontatie van deze gevolgen. Een relatie met de huisartspraktijk (dus buiten de muren van het academisch ziekenhuis) biedt daartoe waarschijnlijk de meeste praktische mogelijkheden.

Als oud-huisarts onderschrijf ik gaarne het belang van de „kleine vakken” voor de huisartsgeneeskunde; zij zijn daarin „grote vakken”. Collega JONGKEES weet dat in ieder geval de belangstelling voor de KNO-heelkunde ons bindt. Daarom zal het hem met mij bedroeven wanneer ik binnen het College voor Huisartsgeneeskunde geconfronteerd wordt met de onvolkomenheden, die bij sommige faculteiten op dit gebied bestaan in de opleiding tot basisarts.

Wij moeten ons bewust zijn van de veranderingen, die de artsopleiding staat te wachten. Universiteit zijn, c.q. medische faculteit zijn houdt in zich het voortdurend bereid zijn zich te moeten en willen veranderen. Hetzelfde geldt voor de geneeskunde. Mijn discussienota is een bezinning op mogelijke komende veranderingen. Het zou struisvogelpolitiek zijn daar niet kritisch op te reflecteren en er alleen maar onze stem tegen te verheffen. Nieuwe plantjes op het gebied van medisch onderwijs dienen niet vertrapt te worden, doch hun groei dient met aandacht en zorgvuldigheid te worden beken.

Naar ik hoop zal de nota niet tot polarisatie leiden. Na streven van harmonisatie sluit echter niet uit dat bepaalde visies niet kenbaar mogen worden gemaakt. Collega JONGKEES zegt elders (*Geneeskundige Gids* (1974) 5, nr. 5, 6) van zichzelf: „Nu (in deze tijd) voel ik me niet ongelukkig, wel bangst.” Angst is echter, zeker in de geneeskunde en in het onderwijs, een slechte raadgever.

In de nota worden faculteit en academisch ziekenhuis naast bepaalde beperkingen nieuwe taken toebedeeld. Taken, die passen in het kader van de Structuurnota Gezondheidszorg, met name stimulerend en katalyserend werkende taken. Laten wij ons gezamenlijk als faculteit en beroepsbeoefenaren daarop concentreren en laten wij ons meesterschap tonen in onze beperking.

Per definitie behoort een faculteit als universitaire geleiding kritisch ten opzichte van zichzelf te zijn. Professor DIEPENHORST doet dat ook wanneer hij schrijft over de moeilijkheden, waarmee het huidige academisch onderwijs heeft te kampen (*Elsevier's Weekblad*, 1-2-1975): „Het trieste is dat deze tegenslag voor het academisch onderwijs en onderzoek goeddeels tot eigen schuld te herleiden is. Men heeft zichzelf niet geordend en soms geleefd alsof men alleen op de wereld was. Er is af en toe uit te ruime beurs getast. Te weinig was er de erkenning dat iemand met gemeenschapsgeld zuinig diende om te gaan!”

Gelukkig zijn er ook binnen universitaire kring andere geluiden te horen. In haar laatste publikatie (*Medisch Contact* (1975) 30, 47) schrijft de Werkgroep Planning Medisch Wetenschappelijk Onderwijs (waarvan men de leden niet kan ontzeggen dat zij ieder een zeer individuele visie hebben)

over de rol van het academisch ziekenhuis nieuwe stijl in de gezondheidszorg in de regio: „Daarbij zou de kloof tussen academische en andere ziekenhuizen in de regio kunnen worden verkleind door een vergaande integratie op het gebied van de opleidingen. De ziekenhuizen vormen dan een ziekenhuisgroep, die gezamenlijk verantwoordelijk is voor het scheppen van mogelijkheden ten behoeve van de opleidingen. In deze ziekenhuisgroep kunnen academische functies op wisselende wijze worden ondergebracht. Ten einde dit te realiseren zijn bestuurlijke kaders noodzakelijk, die in Nederland nog moeten worden ontwikkeld.” Dit citaat dekt geheel de intentie van de nota ten aanzien van dit punt.

Naar ik hoop krijgt collega JONGKEES op grond van dit citaat niet nog meer de trieste indruk dat zoals hij in zijn commentaar zegt, „gezaagd wordt aan een tak, waarop men zelf zit”. Snoeien kan echter soms een zinvolle taak zijn. Men dient dan tijdig van de te snoeien tak af te springen, voordat men er af valt.

Bovendien, ook in de biologie gaat de wetenschap door. Er bestaan tegenwoordig bekwame boomchirurgen. Laten we wat collega JONGKEES noemt als „het grote verbond van medici” te zamen proberen als team voor de genoemde boomchirurgie op te treden, ten einde de boom te laten gedijen, zoals het behoort.

Het levensdevies van collega JONGKEES is: „Ni regret du passé, ni peur pour l'avenir”. Dat geldt ook voor de geneeskunst en de medische opleiding.

De nota is geschreven als een bijdrage om te komen tot een wezenlijk bezinnen op de taak van de medische faculteit en de geneeskunde in het gehele veld van de gezondheidszorg, c.q. welzijnszorg. Dat betekent daar verantwoordelijkheid nemen waar men dat een eigenlijke acht. Slechts dan kunnen geneeskunde en geneeskundig onderwijs hun juiste invloed op de veranderingsprocessen in het systeem, waarin wij leven, waar maken. Als zodanig meen ik dat niet, zoals Prof. JONGKEES zegt, de discussienota zelf maar het commentaar een pijnlijke vergissing is.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 478.

H. ROELINK

Collega ROELINKS pennevrucht vindt voor een belangrijke kant ervan (de politieke betrokkenheden, toekomstvisie, maatschappelijke achtergrond) een helder antwoord in de in dit nummer (bl. 678) door mij besproken openingstoespraak van de Staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen bij de opening van enkele klinische afdelingen in het Academisch Ziekenhuis te Nijmegen. Ik moge de lezer hiernaar verwijzen.

De *Geneeskundige Gids* kan dan nog de bespreking van mijn persoon verder aanvullen, zodat ik aan dat deel van de woorden van de inzender ook voorbij kan gaan.

Ik zal proberen het verdere betoog zo goed mogelijk op de markante punten te beantwoorden:

De verspreiding van de nota in kleine kring is het gevolg van de opzet van de KNMG, ze kan dit nog altijd goedmaken, wel nodig in deze tijd van openheid.

Dat er „tegenstrijdige woordkeus” zou zijn tussen het besteden van veel zorg en tijd en als resultaat toch een kortzichtig pamflet ontgaat me. Hoeveel studenten besteden veel tijd en zorg aan hun studie met slecht resultaat?

De resultaten van mijn onderzoek naar de lust tot het opnemen van coassistenten bij „perifere” oorzaken zullen collega ROELINK zeer teleurstellen. Alle in aanmerking

komende oorzaken werd schriftelijk om hulp in dezen gevraagd. Omstreeks 10% schreef een vriendelijk antwoord om voor de eer te bedanken. Ongeveer twee procent wil wel eens een co-assistent aannemen, het merendeel wil eerst de co-assistent zien en spreken alvorens hem evt. aan te nemen. Slechts met één hebben wij een vaste afspraak.

Het voorstel van de inzender om de opleiding in de oorkunde in de huispraktijk te doen plaatsvinden past niet erg bij de slechte indruk die hij heeft over de opleidingsresultaten in dit vak. Misschien zou een onderzoek van de heer ROELINK in deze materie klaarheid kunnen brengen over de bereidwilligheid van huisartsen hun opvolgers in de geheimen van oorziekten, doofheid, hoortoestellen, preventie in te wijden.

Het is overigens jammer dat de secretaris van de KNMG zo weinig begrip heeft voor de grote problemen waarvoor de opleiders staan: toeneming van het aantal studenten waartegenover geen toeneming van het aantal medewerkers staat, ja zelfs de laatste tijd soms absolute teruggang, vermindering van de financiële mogelijkheden en inkrimping van hun beddental tegenover een buitenmatige toeneming van het beddental van niet-academische ziekenhuizen. Waarom heeft de KNMG nooit eens een discussienota over al deze zaken uitgegeven?

De uitspraak van oud-minister DIEPENHORST die collega ROELINK met instemming aanhaalt, vraagt evenzeer om vermelding van het hieraan ten grondslag liggende onderzoek. Dat in de klinische vakken er te weinig „de erkenning was dat iemand met gemeenschapsgeld zuinig diende om te gaan” heb ik in de 25 jaar dat ik in het WG gewerkt heb nooit gemerkt. Van enige verspilling heb ik nooit kennis genomen, wel van zuinige bedeling gegeven al de taken van klinische academische afdelingen. Ik beschouw de uitgesproken woorden voor wat betreft de klinische afdelingen dan ook zolang als *niet* van toepassing.

Een tenslotte de roep van de schrijver om blijvende bereidheid tot veranderen. Alle verandering is geen verbetering en bovendien te veel veranderen zonder consolidatie werkt neurotiserend en verlamdend (Pavlov). De hoop dat de wal het schip zal keren, is alleen geldig als er straks nog een wal is.

Ik heb inderdaad kennis genomen van het 1e-jaarscurriculum in Maastricht. Zou het niet van wijsheid getuigen, eerst eens te kijken of het goed werkt? Is het zo gewenst de pogingen tot samenwerking tussen academische en niet-academische ziekenhuizen, die hier en daar van de grond schijnt te (zijn ge)komen, nu al weer op de helling te halen?

Ik geloof niet dat ik collega ROELINK het snoeien van mijn bomen zou toevertrouwen. Het lijkt me niet prettig zijn gebroken botten te moeten repareren als hij al dan niet nog net op tijd naar beneden springt en dan wellicht nog de tak op zijn hoofd krijgt.

Amsterdam, april 1975

L. B. W. JONGKEES

Euthanasie als medisch probleem

„De mens eist het recht te sterven voor zich op, maar bovenal verlangt hij menswaardig en zelfbewust te kunnen sterven; hij eist een goede dood, te rechter tijd”, zo schrijft Prof. Dr. G. DEN OTTER (1975), die wil bijdragen tot een zinvolle discussie over indicaties en contra-indicaties van euthanasie.

Het vervelende van dit soort uitspraken is, dat ze een

waarde-oordeel inhouden over het leven van de patiënt, verborgen achter een waarde-oordeel over zijn dood en gekleed in de vorm van een recht dat de patiënt zou opeisen. Immers, wie spreekt van een menswaardige dood doet een uitspraak over de waarde van het leven dat de zieke nog te wachten heeft. Niet een uitspraak over de levenskansen en de te verwachten levensduur maar over kwaliteiten van het leven, die een strikt persoonlijke aangelegenheid zijn van de zieke zelf. En het is ook niet het recht van de patiënt om zijn leven te beëindigen dat aan de orde is, maar het recht van de arts om dit te doen en op grond van zo'n waarde-oordeel!

Het lijkt me goed, als bijdrage in een zinnige discussie, dat dit duidelijk zo gesteld wordt.

Ik constateer verder, dat dit recht dat de arts voor zich opeist, flagrant in strijd is met het hoogste beginsel van de traditionele medische ethiek. Een zinvolle discussie over indicaties en contra-indicaties van euthanasie moet beginnen met de vraag of artsen zich dit recht op beëindigen van het leven wel mogen toeëigenen, en, zo ja, op welke gronden. Hierbij moet ook de vraag aan de orde komen, wat de consequenties zouden zijn van een weigering om dit recht te erkennen. Dat heb ik in het stuk van Prof. DEN OTTER gemist.

Literatuur: OTTER, G. DEN (1975) *Ned. T. Geneesk.* 119, 108.

Amsterdam, maart 1975

I. VAN DER SLUIS

In de gewraakte zin wordt beschreven wat de mens — en dat kan in de gegeven context niet anders betekenen dan de niet-medicus, zo men wil de (a.s.) patiënt — eist van de hedendaagse geneeskunde en haar beoefenaren.

Collega VAN DER SLUIS wil nu wel duidelijk gesteld zien dat hier „verborgen achter een waarde-oordeel” en „gekleed in de vorm van”, dus kennelijk op een misleidende wijze, „niet het recht van de patiënt... aan de orde is”, maar „het recht van de arts” wordt opgeëist om euthanasie te bedrijven naar willekeur. Daar zit ik wel even van te kijken, want over het recht van de arts wordt in de aangehaalde zin, noch elders in het artikel ook maar één woord gezegd of gesuggereerd. Het lijkt mij toe dat mijn opponent en ik slachtoffer van een soort taalbarrière zijn, die men binnen het Nederlands wellicht niet zo zou verwachten.

Blijkens zijn laatste opmerking heeft Dr. VAN DER SLUIS iets gemist in mijn stuk. Ik vrees dat hij ongeveer alles gemist heeft, behalve dat wat er niet in stond.

G. DEN OTTER

Alanine-amino-peptidase en pancreascarcinoom

Iets vertraagd door de onregelmatige verbinding Nederland-Tanzania haast ik mij een antwoord te formuleren op de bemerkingen van SZAKALY e.a. (1974) in dit tijdschrift, gericht tegen onze voorlopige conclusies over de waarde van gefractioneerde AAP in de screening voor pancreasaandoeningen. Deze „Brief aan de Redactie” (OOMEN e.a. 1971) was inderdaad bedoeld als een „aangever” om kritischer onderzoek naar de betekenis van deze laboratoriummethode te stimuleren. De systematische klinisch-chemische benadering van SZAKALY e.m. is een logische tegenwerping tegen de hypothese van pancreas-specificiteit, des-