

van ten onrechte gestelde diagnoses buiten het arbeidsproces werd gehouden" (nota bene al 4 jaar) is „administratiefrechtelijk arbeidsongeschikt" in de zin van de ABPW. Gevallen als dit zijn veel zeldzamer dan gevallen waarin ambtenaren en de bevoegde ambtelijke instantie het niet eens zijn. Van die gevallen onderscheid ik:

a. gevallen waarin de bevoegde ambtelijke instantie een ambtenaar tot elke prijs afgekeurd wil zien en de ambtenaar zich met alle middelen rechtens tegen die afkeuring verzet;

b. gevallen waarin de ambtenaar — die zelf keuring ABP (Algemeen Burgerlijk Pensioen) kan aanvragen — zich arbeidsongeschikt acht, terwijl de bevoegde instantie die mening (vaak terecht) niet deelt. De eerst bedoelde gevallen geven de meeste moeilijkheden omdat of de betrokken ambtenaar een „onmogelijk" (niet aangepast, resp. onaanpasbaar) mens is, of het „arbeidsklimaat" zo slecht is, dat men probeert de ambtenaar weg te pesten, dan wel de overheidsinstanties die zich met „wegwerken" van de „onmogelijke ambtenaar" belasten, „een handje te helpen". De keurende artsen van het ABP-fonds krijgen dan allerlei suggestieve brieven, die niet onder de ogen van de te keuren ambtenaar komen. Zij kunnen niettemin de „eindstrijd" jarenlang vertragen door te verstaan, dat de „duurzaamheid" van de arbeidsongeschiktheid nog niet vaststaat. En dan herkeuring over 1 jaar aanbevelen. Regelmatig proberen overheidsinstanties „onmogelijkheid" van een ambtenaar aan „psychische stoornissen" toe te schrijven, tot grote verontwaardiging van de ambtenaar, die dan ook in de regel niet „arbeidsongeschikt in psychiatrische zin" wordt geoordeeld.

Soms — zo leert de ervaring die men als behartiger van de belangen van een „onmogelijke ambtenaar" opdoet wanneer men overleg pleegt met zijn behandelende artsen — doet men verstandig door overreding te trachten de ambtenaar er toe te brengen zijn verzet tegen „afkeuring wegens duurzame ongeschiktheid wegens ziekten en gebreken" in zijn eigen belang te staken! Immers afkeuring betekent pensionering, terwijl „ontslag wegens onbekwaamheid of ongeschiktheid voor het door hem beklede ambt anders dan op grond van ziels- of lichaamsgebreken" een kort durend en snel afnemend wachtgeld betekent.

Voor mij is de klinische les van MEIJLER minder een „ziektegeschiedenis" dan wel een „administratiefrechtelijk mishandelingsgeval". Het is jammer dat MEIJLER niet vertelt of het Ambtenarengerecht het beroep van de ambtenaar, resp. de gemeente tegen de beslissing van de Commissie van Toezicht die het beroep tegen de beslissing van het ABPF afwees, al dan niet gegrond verklaarde, resp. of bij gegrondverklaring het ABPF toen in hoger beroep de eindbeslissing van de Centrale Raad van Beroep inriep.

Literatuur: MEIJLER, F. L. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 705.

Naarden, mei 1978

W. SCHUURMANS STEKHOVEN

Gaarne wil ik collega SCHUURMANS STEKHOVEN danken voor zijn toelichting bij mijn klinische les. Het is inderdaad een administratiefrechtelijk probleem, maar toch ook en voor mij in de eerste plaats, een menselijk probleem.

De vrees is vrij zeker gerechtvaardigd dat vaker goed bedoelde, maar onvolledige of onjuiste diagnostiek met daaraan gekoppelde behandeling en adviezen tot sociaal-maatschappelijke misstanden kunnen leiden. De overbelasting en sleur die het werk van vele artsen bedreigen, kunnen tot gevolg hebben dat per patiënt onvoldoende

tijd beschikbaar is om na te denken of we met diagnostiek en behandeling op de goede weg zijn.

Eén van mijn leermeesters, de Leidse internist prof. QUERIDO, heeft mij eens gezegd: „Je bent geen professor, omdat je zo knap bent, maar je bent zo knap, omdat je professor bent." De wijze, waarop een klinisch hoogleraar in een academisch ziekenhuis in de gelegenheid wordt gesteld, een patiënt te onderzoeken met alle moderne hulpmiddelen met vaak goede en kritische medewerkers, maakt het medisch werken tot een genoeg en de analyse van moeilijke gevallen tot een intellectuele uitdaging. De klinische les is niet bedoeld als kritiek, maar inderdaad als een les die vanuit mijn positie betrekkelijk gemakkelijk kon worden gegeven. Het behoort tot onze taak binnen ons vak naar vermogen onze studenten en collegae nieuwe ontwikkelingen voor te houden en ze waar mogelijk te behoeden voor tekortkomingen, waarvan patiënten het slachtoffer kunnen worden. Ik doe dit in het besef van eigen tekortkomingen en niet vanuit de gedachte dat het falen van anderen ons, althans mij, niet kan overkomen.

De juridische afwikkeling van deze zaak is mij niet bekend en is wellicht ook nog niet afgerond. Nadat ik mijn rapport had ingediend, verzocht de voorzitter van het Ambtenarengerecht mij, hem te berichten of iatrogene arbeidsongeschiktheid moet worden aangemerkt als arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ziekten of gebreken. Ik heb hierop geantwoord dat iatrogene arbeidsongeschiktheid m.i. niet moet worden aangemerkt als arbeidsongeschiktheid ten gevolge van ziekten of gebreken.

Iatrogeen wordt in Webster's *Third new international dictionary* als volgt gedefinieerd: „Iatrogenic: induced by a physician — used chiefly of imagined ailments induced in a patient by autosuggestion based on a physician's words or actions during examination." Deze definitie is niet letterlijk van toepassing in het onderhavige geval, maar benadert de situatie heel dicht. Wat ik beoogd heb te verklaren, is dat betrokkene m.i. niet invalide was (en is) omdat hij niet kon werken, maar dat zijn invaliditeit een gevolg was van het feit dat zijn artsen hem het werk ontrieden.

Wellicht zijn andere collegae in staat het begrip „iatrogeen" beter te omschrijven dan hier is geschied.

Utrecht, juni 1978

F. L. MEIJLER

Sadisme?

JONGKEES (1978) heeft in zijn klinische les op waarlijk magistrale wijze een ongetwijfeld toenemend tekort aan menselijkheid in de benadering van naar het zich laat aanzien ten dode opgeschreven patiënten gebrandmerkt. Als alle klinische hoogleraren elk jaar maar eenmaal een college wisten te wijden aan „De infauste prognose op het terrein van . . ." (zijn specialisme). En zeker ook eenmaal per jaar een soortgelijk college over „Fouten en vergissingen op het terrein van de . . . diagnostiek", dan zouden de hun leerlingen drie voor een medicus practicus — huisarts of specialist — volstrekt onmisbare „praktijkbehoeften" leren: leren „denken", leren „bescheiden zijn" en leren „mens zijn".

JONGKEES zal het mij wel ten goede houden, dat ik vaak tegen jongere collegae zeg — al weet ik, dat ze mij dat euvel duiden — „denken, dat hebben jullie aan de universiteit niet geleerd". Hij zal zeker begrijpen dat ik, dagelijks betrokken bij het onvoorstelbare aantal zware „medische letselschaden" en dagelijks ervarend dat, naarmate de omvang van de medisch-wetenschappelijke kennis toeneemt, het gedeelte daarvan dat tijdens de opleiding van een aanstaande huisarts

en daarna aan een aanstaande specialist kan worden „bijgebracht” kleiner wordt. De door het instorten van de „cellulairpathologische” grondslagen van Virchow snel voortwoekerende crisis in de thans naar nieuwe cellulair- en moleculair biochemische grondslagen tastend zoekende geneeskunde heeft oude schijnbare zekerheden vervangen door nieuwe reële twijfels. Wetenschap begint, waar het inzicht rijpt dat onze kennis beperkt is en dat, bij het schijnbaar vorderen van onze kennis, de horizont nog verder wijkt. Mijn grootste bezwaren tegen de jongere artsengeneraties betreffen echter niet hun dalend denkvermogen, waaraan, als ik het goed zie, toenemend gemis aan „bescheidenheid” meekomt. Een oud gezegde is: „wees u zelf zei ik tot iemand, maar hij kon niet hij was niemand”. Dat is niet specifiek voor artsen, het percentage „nullen” is een geestelijk „inflatie”-verschijnsel, dat men in alle beroepen tegenkomt, maar bij wat men vroeger „intellectuelen” noemde extra opvalt als men daar kijkt op heeft. En zo kom ik tot het doel „de harde kern” van mijn visie op de artsenwereld: toenemend gebrek aan „menselijkheid”. Natuurlijk de „goede niet te na gesproken”, het gaat juist om het dalende aantal daarvan. Patiënten worden — vooral in de ziekenhuizen — hoe langer hoe meer „nummers”. Het aantal „luttele minuten” dat voor elk nummer beschikbaar is, is afhankelijk van het aantal ingeschreven „nummerzielen” en de gemiddelde snelheid waarmee men al die nummerzielen van een nummerrecept kan voorzien. Artsen zijn voor „welzijnszorg” geboren noch getogen en menen daarvoor ook niet betaald te worden. Zij komen dus helemaal niet toe aan de individuele welzijnsproblemen van hun oeverloze patiëntennummerzee. In de ziekenhuizen — vooral de academische — is het nog veel erger, door gebrek aan bewegingsvrijheid van de patiënten, die onvergelijkelijk veel kleiner is dan in een „huis van bewaring”. Binnengeloodst door een sociale werker in het huis van bewaring aan het Gartmanplantsoen stond ik versteld van de daar heersende vrijheid. Om terug te keren tot die onmenselijkheid: JONGKEES heeft die goed getekend, met als achtergrond de „betrekkelijkheid” van alle kennis en inzicht. *Ars longa, vita brevis, experientia fallax iudicium difficile*. Vooral de „prognose” is altijd hachelijk, want de wonderen zijn de wereld (nog) niet uit. Geen kwakzalver is zo stom en zo wreed een infauste prognose te stellen. Ook het steeds meer voorkomende advies van vele artsen: „je moet ermee leren leven” is in wezen een erkenning van onmacht, d.w.z. een voor je zelf schrijven van een *testimonium pauperatis*. Wat is menselijk? VAN DALE geeft daarvan een treffende omschrijving, nl. „dat wat eigen is aan de onvolmaakte mens”. De arts die zich van de beperktheid van zijn kennen en kunnen niet bewust is, deugt niet voor zijn vak. Dat kan men aan de universiteit de komende artsengeneratie nooit voldoende bijbrengen.

Niettemin heb ik één bezwaar tegen de klinische les van JONGKEES, dat tot uiting komt in het opschrift boven dit ingezonden stuk, *Sadisme?* Want op die vraag geef ik onvoorwaardelijk een ontkennend antwoord. Wat JONGKEES terecht hekelt is stomheid, wreedheid en onmenselijkheid, maar dat is niet identiek met sadisme. VAN DALE geeft van dat woord behalve een specifiek een seksuele perversiteit omschrijvende bij uitbreiding een heel juiste algemene verwoording: „het kwellen uit lust tot kwellen”. Misschien kan het mijnerzijds nog sprekender aangeduid worden door te spreken van: „opzettelijke geestelijke mishandeling”.

Een arts wien dat verweten zou kunnen worden, valt onder art. 4 van de Medische Tuchtwet, omdat hij „wegens zielsziekte ongeschikt moet worden geacht voor de uitoefening van geneeskunst”. Ik ben in 50 jaar medische tucht-

wetervaring maar één „sado-arts” tegengekomen, die bereid was overbodige operaties te doen bij masochistische patiënten, die met alle geweld geopereerd wilden worden als alle andere geraadpleegde chirurgen — uiteraard — er niet over piekerden zich daartoe te lenen.

Literatuur: JONGKEES, L. B. W. (1978) *Ned. T. Geneesk.* 122, 921.

Naarden, juni 1978

. SCHUURMANS STEKHOVEN

Collega SCHUURMANS STEKHOVEN's betoog eindigt, na een inleiding waarin hij mij bijvalt, met bezwaar tegen het gebruik van het woord *Sadisme*. Ik ben hem voor het laatste zeer erkentelijk omdat het mij de gelegenheid geeft uit te leggen op welke gronden ik dit woord, na wikken en wegen, toch heb gekozen: Van Dale schrijft namelijk (in de 9e druk 1970) als voorbeeld van het gebruik van het woord *sadisme*: „Machtswellust is een vorm van sadisme”. Ik heb dit uitgebreid tot eerlijkheidswellust, omdat ik meen dat het sadistische effect hierbij niet zo duidelijk is als bij machtswellust. Mocht de lezer deze afleiding niet van mij willen overnemen, dan zijn de woorden stomheid, wreedheid en onmenselijkheid wel de superlatief van wat ik meen de oorzaak te zijn: gebrek aan opvoeding in het hebben van egards voor zijn medemens. Als het niet meer normaal is de deur voor iemand open te houden, in de tram op te staan voor een invalide, je in tegenwoordigheid van anderen te onthouden van hinderlijk gedrag, enz., hoe wil je dan hoffelijkheid — want iets anders is eigenlijk in mijn les niet gevraagd — leren? Zeker niet meer aan de Universiteit, dan is het te laat.

Amsterdam, juli 1978

L. B. W. JONGKEES

Pharmaca en de mond

Op 23 mei jl. ontving ik bij wijze van uitzondering de nrs. 4/5 van het *Geneesmiddelenbulletin* (14 april 1978) handelend over *pharmaca en de mond*. Omdat ik sinds 1974 verbonden ben aan de afdeling Parodontologie van de Rijksuniversiteit te Groningen en uit dien hoofde verondersteld wordt op de hoogte te zijn met de huidige stand van zaken betreffende afwijkingen aan het parodontium, heb ik met bijzondere aandacht de op mijn vakgebied betrekking hebbende verhandelingen van collega ZAADNOORDIJK gelezen. Omdat ik enige onjuistheden ten aanzien van de beschrijving van enkele afwijkingen, hun etiologie en in het bijzonder de farmacotherapie ervan meen te bespeuren, leek mij een reactie gewenst.

Gingivitis (bl. 18, 1e kolom) is een ontsteking van de gingiva, even hardnekkig als de mondhygiëne hardnekkig onvoldoende is, met andere woorden de enige oorzaak van *gingivitis* is bacteriële tandplaque. Overstaande vullingen en tandsteen dienen als retentieplaatsen voor plaque en zijn daardoor slechts bijkomende aetiologische factoren. De therapie van *gingivitis* is bestrijding van de oorzaak, dus plaquebestrijding. Dit dient door de patiënt te geschieden o.a. met een tandenborstel, in het juiste gebruik waarvan hij dient te worden geïnstrueerd. Een gebitsreiniging door een tandarts of mondhygiënist om retentieplaatsen voor die plaque weg te nemen is vaag geïndiceerd. Deze maatregelen, mits zorgvuldig uitgevoerd, doen een *gingivitis* volledig genezen. Antimicrobiële *pharmaca* ter bestrijding van *gingivitis* zijn dan ook volstrekt overbodig.

Ulcereuze gingivitis (stomatitis) van Plaut-Vincent (bl. 18, 2e kolom) is een archaische benaming voor acute necroti-