

Veranderingen en verbeteringen

Citation for published version (APA):

van der Linden, A. J. (1995). *Veranderingen en verbeteringen*. Maastricht University.
<https://doi.org/10.26481/spe.19950317a1>

Document status and date:

Published: 17/03/1995

DOI:

[10.26481/spe.19950317a1](https://doi.org/10.26481/spe.19950317a1)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

WELB
089



Universiteitsbibliotheek

De uitleentermijn verstrijkt op:

15 MEI 1995

26 FEB 1995

12 JAN. 2000

Rijksuniversiteit Limburg
Postbus 616
6200 MD Maastricht

Gelieve deze publicatie tijdig te retourneren of (telefonisch) verlenging van de uitleentermijn aan te vragen.

UNIVERSITEITSBIBLIOTHEEK RU LIMBURG



0345 5605

Veranderingen en verbeteringen

Prof.dr. A.J. van der Linden

Het is met enige schroom dat ik hier voor u sta. Er is altijd wel wat te doen en de agenda's zitten vol. Je vraagt je af of je nog wel zoveel tijd voor je zelf vragen mag. Aan de andere kant als men hoorbaar en zichtbaar door de voordeur naar binnen gekomen is dan is het wat onbevredigend om stilte langs de achterdeur te verdwijnen en zo sta ik dan hier voor u.

Veranderingen en verbeteringen. Laat ik voorop stellen dat veranderingen alleen al verbeteringen kunnen zijn omdat het veranderingen zijn. Juist als de zaken goed verlopen gaan routine en tevredenheid een te grote rol spelen en dienen mensen wakker geschud te worden. Daarnaast zullen technische mogelijkheden en maatschappelijke opvattingen ons regelmatig tot een andere aanpak dwingen. Het is geenszins mijn bedoeling om vanmiddag van alles en iedereen de maat te nemen en de resultaten af te zetten tegen de tijd. Ik probeer een wat overzichtelijk relaas te geven van de afgelopen jaren, zoals ik die heb meegemaakt en ga daarbij af op mijn herinnering. Het is aan uzelf om uit te maken in hoeverre er sprake is van vooruitgang en een dergelijk oordeel is afhankelijk van uw eigen ervaringen, maar ook mijn overtuigingskracht als spreker is hierbij in het geding. Jaren geleden werd ik getroffen door een opmerking van oud premier Den Uyl die in een interview opmerkte dat hij er jaren over gedaan had om te ontdekken dat als iemand iets beweerde met een lachend gezicht het waarheidsgehalte wel eens even groot zou kunnen zijn als wanneer dezelfde opmerking gemaakt zou worden door iemand met een ernstig gezicht. Als een intelligent man als de heer Den Uyl er jaren voor nodig heeft om hier achter te komen dan kunnen we er veilig van uit gaan dat een aanzienlijk aantal mensen hier nooit achter zal komen. Ik denk overigens niet dat het van erg groot belang is wat we zeggen en hoe we iets zeggen. We worden uiteindelijk beoordeeld op hetgeen we gedaan hebben en als onze woor-

den al blijven hangen, dan is het voornamelijk omdat we iets gedaan hebben.

Mijn werk aan dit instituut is afgesloten en onafhankelijk van uw oordeel over mijn prestaties heb ik voldoende redenen om goed gehumeurd terug te zien, ook al zal mijn geloofwaardigheid als spreker hier mogelijk onder lijden. Omdat ik hier met mijn werk klaar ben en er niets meer van mij verwacht wordt, had ik voor vanmiddag eigenlijk weinig willen voorbereiden en het grotendeels op wat improvisatie willen laten aankomen. Dat is mij evenwel door mensen uit mijn directe omgeving, die het goed met mij menen, ontraden. Laat ik dan maar beginnen bij het begin.

Mijn opleider in de algemene chirurgie was een bekwaam man met een open oog voor nieuwe ontwikkelingen, maar het denkbeeld dat het mogelijk zou zijn om ooit niertransplantaties te verrichten werd door hem met kracht verworpen. Niet veel later werden met succes de eerste niertransplantaties verricht. Mijn opleider in de orthopaedie was een man met een grote klinische reputatie die zijn assistenten uitdrukkelijk voorhield dat het succes met de totale heupprothesen ons niet moest verleiden tot het plaatsen van knieprothesen. Hierbij ging het, aldus mijn opleider, om totaal andere uitgangswaarden, waar hij ook gelijk in had, en van een dergelijke ingreep konden we alleen maar narigheid verwachten. Inmiddels begint het succes van de knieprothesen dat van de heupprothesen te benaderen. Toch beschouw ik mijn beide opleiders tot op de dag van vandaag als goede opleiders. Ze hebben ons geleerd op gepaste wijze gebruik te maken van klinische mogelijkheden bij het stellen van diagnoses, veel aandacht werd gegeven hoe tot aanvaardbare operatie-indicaties te komen en naast conservatieve behandelingsmethoden leerden we opereren. Dat betekent niet dat men binnen het specialisme iedere operatie zelf gedaan moet hebben alvorens zich zelfstandig te kunnen vestigen, dat betekent vooral het leren waarderen en het leren omgaan met weefsels met gebruikmaking van basale technieken die in eindeloze variaties en geavanceerde vormen steeds weer blijven terug keren. Als men zich afvraagt wat er in de orthopaedie in de loop van de jaren veranderd is, dan is het veel en weinig tegelijk. Ook al zou ik nooit hebben kunnen functioneren zonder datgene dat ik van mijn opleiders heb meegekregen, tegelijkertijd oefen ik het vak nu totaal anders uit dan mij geleerd is. Voor een deel geldt dat ook alweer voor mijn oud-assistenten en we kunnen slechts wensen dat dit voorlopig zo blijven zal.

Het past meer in een inaugurale rede de contouren van een vakgebied neer te zetten en een toekomstbeeld te schetsen. Omziend kan ik slechts met verbazing kijken naar de geweldige technische vooruitgang die in nauwe-

lijks één generatie heeft plaats gevonden. De nieuwe technieken vragen om een grote vaardigheid, maar hebben het vak tegelijk ook weer eenvoudiger gemaakt. Tijdens mijn opleiding werd gebruik gemaakt van veel verschillende heupoperaties die allemaal om een zorgvuldige afweging vroegen, maar die goeddeels vervangen zijn door de nieuw ontwikkelde prothesen. Wat niet wegneemt dat een aantal van de oude technieken nog steeds onovertroffen is. Behalve de endoprothesen heeft de wervelkolomchirurgie en vooral ook de arthroscopische chirurgie, de zogenaamde inkijkoperaties, voor enorme veranderingen gezorgd en het aantal verpleegdagen drastisch omlaag gebracht. Deze technische vooruitgang heeft ook enkele onaangename nevenverschijnselen met zich meegebracht. De zeer wijdverbreide toepassing van nieuwe mogelijkheden heeft een soort industriële revolutie tot gevolg gehad. Er zijn enorme kapitaalkrachtige ondernemingen ontstaan op het gebied van medische hulpmiddelen en farmacie. Al die industrieën brengen dezelfde produkten op de markt, zij het om voor de hand liggende redenen in verschillende vorm. Iedere nieuwe vorm wordt als verbetering gebracht. Soms blijkt het ook een verbetering te zijn, vaak ook niet, en verslechtingen zijn al evenmin onbekend. Dat laatste heeft ertoe geleid dat gesproken wordt van 3 stappen voorwaarts en 2 stappen achterwaarts. Het merkwaardige fenomeen, en niet alleen in Nederland, heeft zich voorgedaan dat een strenge warenwet zich indringend bezighoudt met relatief onbeduidende zaken zoals het exacte suikergehalte van snoepgoed, terwijl iedere orthopaedische prothese, en dat geldt voor meer medische zaken, ongecontroleerd op de markt gebracht kunnen worden. Langzaam maar zeker is men zich hiervan bewust geworden en probeert men in Europees verband tot regels te komen.

Onze onbeheersbare drang naar economische expansie mag voor ontsporingen zorgen, de technische vooruitgang zelf is verheugend en bovendien zo voor iedereen zichtbaar dat orthopaedie over haar reputatie van de afgelopen jaren niet mag klagen.

Ontwikkelingen van meer basaal wetenschappelijke aard gaan heel wat moeizamer en onze kennis van bot, kraakbeen, spierweefsel, kortom van het menselijk lichaam ligt nog ver achter bij de succesvolle praktijk van iedere dag. Dat succes, en niet alleen in de orthopaedie, heeft ertoe geleid dat de indruk gewekt is dat we veel weten. Maar veel kunnen is wat anders dan veel weten. Medisch handelen heeft veel te maken met ervaring en het gebruik van mogelijkheden die buiten medisch terrein tot ontwikkeling gekomen zijn. Tegelijk doet het feit zich voor dat als op biologisch gebied basaal wetenschappelijke vooruitgang geboekt is, we daar niet altijd

onmiddellijk een praktische toepassing voor hebben. Het beeld dat alles mogelijk is en pijnlijden niet meer van deze tijd, is niet alleen een gevolg van medisch kunnen, maar hangt ook samen met een gezondheidscultuur, die een eigen maatschappelijke ontwikkeling kent. Voor wat nu aan de orde is, wil ik terug gaan naar de vorige eeuw.

De opkomst van de industrie in samenhang met de ontwikkeling van de gezondheidszorg is door de medisch historicus John Pickstone beschreven voor Manchester. Manchester gold in Engeland als koploper in de industriële revolutie, zoals Maastricht dat in de vorige eeuw voor Nederland was. Naast enorme technische ontwikkelingen en industriële bloei zag men grote armoede, slechte huisvesting en een slechte gezondheidstoestand rond de fabrieken. Deze ellende hing samen met een snelle bevolkingsgroei die deze economische activiteiten veroorzaakten, en was ook een gevolg van de crisis in de landbouw die de plattelandsbevolking naar de stad dreef en verder mag niet vergeten worden dat gebrek aan scholing de mensen op eigen kracht weinig uitweg bood. Het was tegelijk de tijd van de ontdekkingen van Koch en Pasteur die inzicht gaven hoe met gerichte medisch hygiënische maatregelen de gevolgen van de epidemieën konden beperkt blijven. Maar nu, we spreken nog steeds over de vorige eeuw, stak een nieuwe epidemie de kop op, die wat ernst betreft wel vergeleken werd met de pest en koortsepidemieën uit de vroegere jaren. Als gevolg van de technische ontwikkelingen was er een enorme toename van ongevallen. Rond 1850 was de helft van het aantal opgenomen patiënten in Manchester ongevalspatiënt en het sterftecijfer in de ziekenhuizen was hoog. Het meest kenmerkende was dat deze ongevallenepidemie vooral beperkt bleef tot de werkende klasse. Vergelijken wij dat met nu dan valt op dat de huidige ongevallenepidemie niet samengaat met de ontwikkeling van de industrie, maar daar eerder een gevolg van is. Natuurlijk gebeuren nog steeds veel ongevallen tijdens het werk, maar de huidige sociale gezondheidszorg heeft er toch redelijk vat op gekregen. We zouden nu eerder moeten spreken van een welvaartsziekte. Zeer veel ongevallen zijn een gevolg van vrije tijdsbesteding en een overmatig gebruik van de auto, die grotendeels verantwoordelijk zijn voor een toegenomen verkeersdrukke. Een andere grote bron van traumatologische betrokkenheid is verder de sportbeoefening. Het meest boeiende voorbeeld voor Nederland zijn wellicht de ski-ongevallen. Nederlanders kunnen natuurlijk niet skiën, waar zouden ze dat vandaan moeten halen. Wetenschappelijk onderzoek heeft zelfs aangetoond dat het met een glaasje op allemaal wat beter gaat. Nederlanders worden dan ook zelden of nooit tot wedstrijden toegelaten. Ze werpen zich jaarlijks

en masse als lemmingen van de hellinkjes en zien daarmee kans niet alleen een belangrijke bijdrage te leveren aan de toeristenindustrie, maar ook nog eens aan ongevallenindustrie. De ANWB staat daarbij als een brave bernardshond klaar met vliegtuigen en cognac. Ongevallen die je oploopt voor je plezier moeten natuurlijk plezierig blijven en veel sportmensen tonen zich dan ook wat verongelikt als dat niet het geval blijkt te zijn. Met een arbeidstrauma hebben we dat in mindere mate. Rechten en plichten. Werken is een plicht en de gevolgen daarvan heb je blijkbaar te accepteren. Sporten is een recht en bovendien gezond, dan zijn nadelen moeilijker te aanvaarden. Orthopaeden zien veel mensen, niet alleen in de behandelings sfeer, ook in de verzekerings sfeer, daar ontleen ik een globaal beeld aan. Voor verkeersongevallen b.v. lopen vaak afzonderlijke verzekeringen. Er zijn daarom mensen die denken dat je er bij een verkeersongeval op vooruit kunt gaan. Volgens de laatste berichten schijnt men daar tegenwoordig bij een moeilijk aantoonbare afwijking als de whiplash ook in te slagen. Er zou naar mijn mening een aardige sociaal-psychologische studie verricht kunnen worden naar het gedrag van de verschillende categorieën ongevalspatiënten. Maar laten we terug keren naar Manchester met zijn ongevallen-epidemie voor arme lieden.

Vooral in het begin van deze eeuw zijn nieuwe specialismen tot stand gekomen en beperken we ons nu tot de orthopaedie dan kunnen we inderdaad in Manchester blijven. Harry Platt, die geboren werd in 1886 en die in 1986 op 100-jarige leeftijd een toespraak hield voor de British Orthopaedic Society was een groot man die zijn nieuwe professionele ideeën had opgedaan in de Verenigde Staten. Hij vestigde zich in kleine ziekenhuizen in Manchester waar hij zijn specialisme verder uitbouwde. Chirurgische en medische vernieuwingen kwamen gewoonlijk buiten de medische faculteit in Manchester tot stand. Eerst in 1930 toen Harry Platt internationale faam verworven had werd zijn orthopaedische kliniek overgenomen door de faculteit. De betekenis van een man als Platt gaat veel verder dan het ontwikkelen van een medisch specialisme in een bepaalde regio. Hij organiseerde een voor ieder goed bereikbare fractuurbehandeling op verschillende plaatsen in de stad. Er kwamen orthopaedische klinieken voor gehandicapte kinderen en voor tuberculose. Er kwamen ziekenfondsen tot stand en Manchester gold als toonaangevend waar het ging om de integratie van technische en sociale vooruitgang en stond ook model voor de in een later stadium tot stand gekomen nationalisering van de gezondheidszorg. De betekenis van de orthopaedie voor deze integratie van beide sectoren gold zelfs in die mate dat men wel sprak van orthopaedie als deel van de socia-

le geneeskunde.

Ook in Nederland heeft de orthopaedie zich tot na de 2e wereldoorlog buiten universitair verband moeten ontwikkelen. Ook in Nederland is geen enkel klinisch specialisme zo sterk bij de maatschappelijke ontwikkeling betrokken als de orthopaedie. De buitenfacultaire ontwikkeling heeft ertoe geleid dat het zwaartepunt van het onderzoek medisch technisch gericht was. Voor meer basaal biologisch onderzoek ontbrak de mogelijkheid en in deze tijd van zwaartepuntenbeleid dreigt zich dat opnieuw tegen de orthopaedie te keren omdat de zwaartepunten gewoonlijk geënt zijn op succesvol basaal onderzoek uit het verleden, waar de orthopaedie dus geen deel aan had en traditioneel ook niet op gericht was. Het is in Maastricht na 15 jaar geslaagd onderzoek uiteindelijk gelukt de orthopaedie aansluiting te doen vinden bij facultair onderzoek, en zeker niet aan alle medische faculteiten is men daar aan toe. De geschiedenis heeft ook in dit opzicht een lange adem en vraagt om veel volharding, ook aan een jonge faculteit.

Maatschappelijke betekenis geldt vanzelfsprekend voor de hele geneeskunde maar de directe band met sociale ontwikkelingen is voor geen enkel vakgebied zo groot geweest als voor de orthopaedie. Kijkend naar een aantal getallen zal deze constatering duidelijk maken. Deze getallen zijn ontleend aan de gegevens zoals weergegeven door coll. Maljers, adviserend orthopaed van het GAK. In 1990 waren de uitgaven voor sociale protectie als percentage van het bruto nationaal product in Nederland met 30,2% het hoogste in Europa, waarschijnlijk dus in de wereld. Het Europese gemiddelde lag op 24,7%. Het beroep op de WAO in Nederland was niet zo lang geleden uitgegroeid tot 6,5% van het bruto nationaal product, terwijl het gemiddelde in de EEG op 2,25% genoteerd stond. Wat heeft dat met orthopaedie te maken? Wel, de diagnosegroep bewegingsstelsel, waar de orthopaedie zich mee bezighoudt, voerde enkele jaren terug met 27,7% de lijst aan van alle diagnosegroepen binnen de WAO, direct gevolgd met 25,9% voor de diagnosegroep psyche. Dan gebeurt er een hele tijd niets en op de derde plaats komt dan met 12.1% een integrerende diagnosegroep die wordt omschreven als groep met klachten zonder een goed te omschrijven ziektebeeld, alsof dat in de eerste twee groepen wel goed omschreven zou zijn. Op de 4e plaats komt dan pas met 9,9% het hart-vaatstelsel, maar die hebben weer een patiëntenvereniging die voor 10 telt. Om deze reeks nu maar af te sluiten zien we op de 5e plaats met 5,6% het zenuwstelsel. Het is voor een klinisch werkend specialist niet altijd even duidelijk hoe de instroom in de WAO tot stand kwam. Nemen we als voorbeeld die jonge

man die op grond van rugklachten al geruime tijd in de WAO loopt en nu de polikliniek bezoekt omdat hij tijdens het voetballen last van zijn knie gekregen heeft. Er wordt van u en van mij geen oordeel verwacht over deze man of over de keurende instantie, maar ik vertel het alleen ter adstructie van het onbegrip dat er bij de klinikus soms leeft en tegenwoordig door anderen gedeeld wordt.

Werd in de twintiger jaren in Manchester nog gesproken van orthopaedie als onderdeel van de sociale geneeskunde omdat het een bijdrage leverde aan de integratie tussen technische en sociale vooruitgang, bij ons zou men eerder moeten spreken van orthopaedie als onderdeel van de sociale geneeskunde die wordt meegevoerd door een autonome en overheersende sociale stroming. Het is niet aan mij een oordeel te geven over allerlei sociaal-economische factoren. Als arts kan ik wel wijzen op uitspraken van de Wereldgezondheidsraad die mogelijk aan het latere denken over gezondheidszorg ten grondslag gelegen hebben. In 1948 kwam de WHO met de volgende definitie: "Gezondheid is een staat van fysiek, mentaal en sociaal welbevinden en betekent niet alleen de afwezigheid van ziekte en gebrek". Volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn werd dus uitgangspunt van ons handelen. Dat veronderstelt een wetenschappelijk inzicht dat nu niet aanwezig is en dat in 1948 zeker niet aanwezig was. Ook toen gingen er al stemmen op dat deze definitie veel te ruim genomen was en van een dermate grote zelfoverschatting getuigde dat er geen zaken mee te doen viel. Kijken we naar de zojuist genoemde getallen dan is deze definitie in ieder geval nergens zo serieus genomen als in Nederland, waar gezondheid en welbevinden ook wettelijk nauw aan elkaar verbonden waren. Het zal u duidelijk zijn dat e.e.a. niet zonder invloed geweest is op de orthopaedische praktijk van iedere dag. Het was niet altijd duidelijk waar mensen nu eigenlijk voor kwamen. Door omstandigheden heb ik veel geleerd van één van onze portiers die aan het begin van mijn Maastrichtse loopbaan toezicht had op één van de vele zij-ingangen van het oude Annadal en tegelijk voor de orthopaedie de poliklinische afspraken regelde. Deze portier was geboren en getogen in Maastricht en al vele jaren in genoemde functie werkzaam in het ziekenhuis. Hij kende dus veel mensen en daar kwam bij dat we hier te maken hadden met een fenomenaal natuurtalent op het gebied van sociale vaardigheden en intermenselijke relaties. Deze man bleek niet alleen een boeiende, maar ook leerzame gesprekspartner. Zo nu en dan kwam hij na afloop van de polikliniek bij mij binnen wandelen om zijn sympathie uit te spreken met de door hem ver-

onderstelde fysieke en mentale toestand van de dokter. Het was weer een opmerkelijke middag aan het loket. Ik vraag mij af hoe het met u gesteld is, zo sprak hij dan. Er waren weer een paar van die knapen die handen wrijvend bij mij langs kwamen met de opmerking dat het weer gelukt was bij van der Linden. Ze hadden weer opnieuw fysiotherapie gekregen. Dat soort ervaringen, en ik wil dat nu niet teveel benadrukken, heeft er bij mij toe bijgedragen om daadwerkelijk onderscheid te maken tussen zin en onzin, hoofdzaken en bijzaken.

Het is boeiend om te zien hoe bepaalde uitdrukkingen en gebaren van generatie op generatie met veel aplomb worden doorgegeven terwijl de betekenis bijna geruisloos veranderd is. Het begrip reële patiënt is daar een uitstekend voorbeeld van. De reële patiënt van zo'n 40 jaar geleden was een boer, een middenstander of een moeder van een groot gezin. Deze 3 hadden met elkaar gemeen dat ze hard moesten werken en slecht verzekerd waren. Ze konden dus moeilijk gemist worden. Deze mensen gingen gewoonlijk niet eerder naar de dokter dan wanneer het echt niet verder kon of wanneer de omgeving hen daartoe dwong. Ze kwamen met klachten over waarneembare zaken. Als het niet waarneembaar was, dan was het zaak om nog maar eens goed te kijken. Als men tegenwoordig over reële patiënten spreekt dan praat men over heel iets anders. Het betekent meestal uitsluitend dat men de patiënt sympathiek vindt en een herkenbare situatie op tafel gelegd wordt. Met een variant op de uitspraak van de heer Den Uyl moeten we vaststellen dat ook onsympathieke patiënten in een voor ons vreemde situatie ernstig te nemen klachten kunnen hebben en bij de sympathieke patiënt in een herkenbare situatie sprake kan zijn van onuitgesproken belangen, die niet om onze zorg vragen. Iedere patiënt is tegenwoordig goed verzekerd en dat roept andere behoeften op en heeft zijn eigen realiteit.

Ondanks de sterke professionele betrokkenheid bij maatschappelijke ontwikkelingen kan de gemiddelde Nederlandse orthopaed daarom nog niet tot de grootste sociale begeleiders gerekend worden. De gemiddelde orthopaed is geen uitgesproken onaangenaam mens en dat vergoedt natuurlijk veel. Het zijn praktische, misschien wat technetische mensen (zoals trouwens de meeste specialisten), die in hun werk progressief en ondernemend zijn en daar hun handen aan vol hebben. Daar moet niet te veel bij komen en zij houden zich graag bij hun leest. Alles heeft zijn beperkingen en daar is ook de orthopaedie niet aan ontkomen. Maar we hebben wel een beter excuus dan vele anderen. Jeremy Fairbank, een orthopaed in Oxford heeft de volgende berekening gemaakt. Het aantal orthopaeden in Nederland

per 100.000 inwoners bedraagt 2.2 tegen een gemiddelde van 5.1 binnen de E.E.G. Dat de Engelse orthopaeden er behoefte aan hadden eens om zich heen te kijken hoeft geen verbazing te wekken, want Engeland en Ierland zijn de enige landen die ons verslaan met slechts 1.8 orthopaed op 100.000 inwoners. Topscorer is Griekenland met 9 orthopaeden per 100.000 inwoners en economische welvaart lijkt dus nauwelijks van belang bij dit soort ontwikkelingen, tenzij we in overweging nemen dat die vele Griekse orthopaeden het land aan het ruïneren zijn. De Nederlandse orthopaed werkt dus hard, en dat brengt beperkingen met zich mee. Ook de orthopaedie behoort wellicht tot de leveranciers van het alternatieve circuit, waar de mensen een luisterend oor verleend wordt, zoals dat bij sommige patiëntenverenigingen genoemd wordt. Daar staat tegenover dat de Nederlandse orthopaeden hun zaken niet alleen in de meeste ziekenhuizen, maar ook nationaal binnen de Nederlandse Orthopaedische Vereniging goed geregeld hebben. Dat is onmiskenbaar een vorm van sociaal gedrag en dat wil ik graag benadrukken. De mankracht en de middelen mogen soms ontoereikend zijn, ze worden wel goed gebruikt.

Beperkte rust in het leven. Neem b.v. de rebellie van de zestiger jaren. Ik zat toen in Nijmegen en 's avonds na onze dagelijkse klinische bespreking stonden we bij het raam nog wat na te praten. Het viel ons plotseling op dat zich zoveel opgewonden studenten buiten de wandelpaden bevonden en op het gras liepen. De opwindung ging dus heel ver voor die dagen. Toen we op onderzoek uitgingen bleek er al enige dagen een heuse revolutie in het brave Nijmegen aan de gang te zijn. 's Avonds hebben we een bijeenkomst bezocht waar een aantal vermoed uitziende hoogleraren plaats genomen had achter een tafel en vanuit de zaal op barse wijze door studenten werden toegesproken. Waar het precies om ging werd die avond niet duidelijk, maar we kwamen tot de conclusie dat een hogleraarschap ook niet alles was. Geen van ons had trouwens de dwingende behoefte die status te bereiken en we vonden het dan ook allemaal wel best en gingen de volgende dag weer aan het werk. Inmiddels heb ik jongeren alweer horen spreken over die softies van de zestiger jaren en ik sta dan ook zonder enige gêne voor u. Wie de jeugd heeft, die heeft immers de toekomst.

Ook het epicentrum van de sexuele revolutie lag niet in de ziekenhuizen en het spijt mij vooral voor die jongeren dat ik daar evenmin mededelingen over kan doen.

Nu we toch bezig zijn, mid-life crise, dat moest nog uitgevonden worden

toen ik daar aan toe was. Ik denk trouwens dat het verband houdt met die rebellen van de zestiger jaren, die daar maar niet over uitgepraat raken. Het wekt soms de indruk of ze te snel en te vroeg aan het hoogtepunt in hun leven zijn toegekomen.

Ook euthanasie, gaat vrijwel volledig aan de orthopaed voorbij. De orthopaedische patiënt is levenslustig en wil nog wat. Zonder pijn in de gewrichten kan er weer gewandeld worden. Slechts 2x heeft mij een verzoek in die richting bereikt. In beide gevallen kwam het verzoek om levensbeëindiging van de familie en niet van de patiënt. In beide gevallen ook verliet de oude dame na enkele weken opgewekt het ziekenhuis, zich nergens van bewust. Als ik het goed heb ingeschat ging het in geen van beide gevallen om een kwaadaardige familie. Maar de wetgever brengt mensen soms op vreemde gedachten. Als het even goed mis gaat, en dat was bij deze twee oudere vrouwen ontegenzeggelijk het geval, dan komt al gauw een in mijn ogen wat merkwaardig getob op gang over menswaardigheid. Als orthopaed ben ik nauwelijks bij de discussie over euthanasie betrokken geweest, maar ik heb niet het gevoel dat een niet nader omschreven begrip als menswaardigheid het centrale criterium kan zijn.

Inmiddels is in Nederland weer een kentering merkbaar in de sociale verhoudingen. Op 1 augustus 1993 is een nieuwe wet van kracht geworden die het beroep op de arbeidsongeschiktheidsregelingen wil terug dringen. Het medisch criterium "Arbeidsongeschiktheid wegens ziekte en gebreken" is aangescherpt in "Arbeidsongeschiktheid als rechtstreeks en objectief medisch vast te stellen gevolg van ziekte en gebreken". Deze wetswijziging heeft grote sociale gevolgen en ook al wens ik iedereen in alle oprechtheid alle goeds, het valt niet te ontkennen dat met deze wijziging de wet beter aansluit bij de gang van zaken in de kliniek waar de arts geacht wordt terughoudend te zijn in zijn adviezen als klachten niet overeen komen met de bevindingen bij het onderzoek. Met andere woorden, als de arts niets ziet dan kan hij niets doen, ook een gemakkelijk gegeven advies het dan maar rustiger aan te doen is niet op zijn plaats. Misschien moet er zelfs een schepje bovenop.

Ik heb er werkelijk geen notie van wat het nuttig rendement is van de vele televisieprogramma's over gezondheidszorg. In de spreekkamer komt daar weinig van tot uiting. Mensen vertellen zo nu en dan dat ze een bepaald programma gezien hebben en dat het interessant was, maar dat leidt zelden tot een inhoudelijk gesprek, ook niet als het over orthopaedie gaat, anders zou het wellicht ook aan mij kunnen liggen. Mondigheid vraagt om

inzicht, maar in de praktijk betekent mondigheid vooral toegenomen assertiviteit. Een soort dwingend gedrag, als je maar volhoudt dan doet de dokter wel wat. In gepaste openhartigheid heb ik u zoëven verteld, dat ondermeer de portier mij heeft bijgebracht dat het soms nog lukt ook. Als het bij fysiotherapie blijft is er geen man over boord, maar er is niet zonder meer reden om aan te nemen dat het daarbij blijft.

Omgekeerd is het aardige van deze assertiviteit dat het natuurlijk niet alleen de patiënten betreft. De hele samenleving is assertiever geworden, dat geldt ook voor verpleegkundigen en artsen. De Raad van Bestuur van het ziekenhuis heeft indertijd dan ook een advies uitgebracht om jonge artsen een cursus in attitude te laten volgen, waarmee al die mondigheid van de patiënten dan weer geneutraliseerd kan worden. De oudere generatie artsen werd blijkbaar als onverbetert beschouwd en voor die opvatting ben ik de Raad van Bestuur altijd erkentelijk gebleven.

We hebben natuurlijk allemaal recht op voorlichting wat er met ons gebeurt als we ons b.v. laten opereren. Die voorlichting wordt door de meeste orthopaeden al sinds jaar en dag gegeven. Orthopaëdie leent zich daar ook goed voor omdat veel zaken vrij eenvoudig zijn te visualiseren. De wet waarin het recht op voorlichting nu is vastgelegd zal daar weinig verandering in brengen. Het probleem zit hem ook niet zo zeer in de voorlichting maar in het feit dat de mededelingen van de arts voor de patiënt niet altijd acceptabel zijn en dokters het niet altijd met elkaar eens zijn. Ik heb vele dagen gevuld met het geven van second opinions en daarbij is mij verschillende malen de vraag gesteld waarom de andere dokter er anders over denkt dan ik. Mijn antwoord daarop is eenvoudig dat ik mijn opvatting gegeven heb, dat er nu eenmaal verschillende opvattingen zijn en dat ik mij niet verantwoordelijk voel voor de opvattingen en de uitleg van anderen. Ik geloof niet dat de wet een oplossing biedt voor dit probleem. Het blijft uiteindelijk toch een kwestie van vertrouwen en van vrije artskeuze.

Dat vertrouwen geldt ook voor mij persoonlijk bij zaken die buiten mijn specialisme vallen en zeker voor het leven buiten het ziekenhuis zoals een bezoek aan de garage.

Misschien bieden de moderne communicatiesystemen meer mogelijkheden waar het gaat om objectieve voorlichting die op een persoonlijke behoefte is toegesneden, daar zou dan de wetgeving bij aan kunnen sluiten. Verder zal iedereen het er mee eens zijn dat afspraken met de patiënten goed worden vastgelegd, waartoe ondermeer brieven aan huisartsen kunnen dienen. Hoe dan ook, de werkelijke zorgen lijken vooralsnog uit een hele andere hoek te komen. Er worden congressen en symposia gehouden die zich

bezighouden met machts- en samenwerkingsverhoudingen in de gezondheidszorg. De professionele kennis van artsen zal als het ware moeten gaan concurreren met andere machtsbronnen, zoals geld en organisatie. De winnaars in dat proces zouden de professionele managers zijn, zij vertegenwoordigen de nieuwe macht in de gezondheidszorg. Dat alles lijkt mij van een academische abstractie die alleen op symposia en misschien binnen commissies tot haar recht kan komen. Patiënten vragen om de dokter en om behandeling en als die onbereikbaar zijn, dan wordt diegene aangesproken die dat regelen moet. Van mij mag de professionele manager het voor het zeggen hebben. Het mag van mij trouwens ook ieder ander zijn. Een van de aantrekkelijke kanten van het arts-zijn is dat men geen carrière hoeft te maken. Je leert een vak (dat zouden trouwens meer mensen moeten doen) en dat doe je dan de rest van je leven. Zolang artsen dat doen naar behoren hebben artsen ook als groep veel van het gelijk van de wereld aan hun zijde.

Met de waardering voor management in de gezondheidszorg is het wat vreemd gesteld. Goed management is natuurlijk noodzakelijk, maar het is niet altijd duidelijk waar we over praten. In Engeland heb ik horen beweren dat toen Bevin in 1948 de gezondheidszorg nationaliseerde, deze minister niet geïnteresseerd was in gezondheidszorg, maar uitsluitend in macht, in democratie zo u wilt. Hij hoopte dat langs die weg de bevolking een grotere invloed zou kunnen krijgen op de directe gezondheidszorg.

Ook de managers in de gezondheidszorg lopen het risico dat het verwijt hun treffen zal de aandacht van de essentie te hebben afgeleid. De essentie is een goede en voor ieder toegankelijke gezondheidszorg. We praten nu ook als arts wel erg veel over organisatie. Dat geldt niet exclusief voor Maastricht, ik hoor overal dezelfde verhalen. Zowel de toename als de afname van kosten in de gezondheidszorg is een gevolg van wetenschappelijke en technische vooruitgang. De reductie van het aantal verpleegdagen door verfijning van operatietechnieken is daar een fraai voorbeeld van. De organisatie speelt daar slechts een aanvullende rol bij. Voor een vastgelopen overheid of welke centraal management dan ook is het een ei van Columbus om te decentraliseren. Daar worden de middelen niet ruimer van en de artsen moeten met elkaar in de slag over de verdeling van de budgetten. Het lijkt mij dat de patiënten ofwel de consumenten zelf met de verzekeraars in de slag moeten gaan en eisen moeten stellen aan de waarde van hun polis. Ze zullen daarbij zelf moeten kiezen voor prioriteiten. Ik heb patiënten in zoverre het ging om wezenlijke zaken altijd van harte gesteund in hun eisen, maar dat doet iedere arts op zijn vakgebied, dat lost dus niets

op en geeft hooguit beroerde verhoudingen.

Veel organisatie problemen worden mogelijk ook overwaardeerd en de oplossing is wellicht te vinden in oude archieven. De historicus Rudolph Philips heeft in zijn boek over de gezondheidszorg in Limburg een aantal fraaie passages gewijd aan de geschiedenis van het Maastrichtse ziekenhuis. Ook in de 20-er jaren reeds speelden netelige vraagstukken over de interne re-organisatie van de medische dienst, waarover grote controverse bestond. Maar ook andere vragen zoals de bevoegdheid van de regenten in medische aangelegenheden, de invloed die huisartsen wensten op de gang van zaken in het ziekenhuis, rechten en plichten van de patiënten, medische dienstbaarheid en ook toen al kende men het fenomeen van de commissie van deskundigen. Helemaal niets bijzonders dus met al die managementproblemen van vandaag. Geldgebrek is er bovendien altijd geweest. Maastricht kan er in dit verband wel op wijzen dat het inmiddels academisch geworden is en er dus academische problemen heeft bijgekregen. Helaas worden academische problemen niet altijd herkend om ze op te lossen, maar om ze te koesteren. Daar zijn niet alle instituten beter van geworden. Het zou mooi zijn als Maastricht daaraan wist te ontsnappen.

Geschiedenis lezen is in ieder geval spannend. Gewoon als lectuur waarbij oude ideeën niet altijd slechter blijken te zijn dan nieuwe en men bovendien enig inzicht krijgt in het menselijk reactiepatroon. Een bijkomend voordeel is dat we de commissie van deskundigen, waar we zoëven over spraken, dan ook meteen gehad hebben.

Sommige problemen van nu bestonden ook reeds 150 jaar geleden en lijken dus onoplosbaar. U zult het zelf moeten opzoeken, ik sta hier om afscheid te nemen en moet mij dus beperken, maar vooral de wachtlijst problematiek voor verpleeghuizen is na 1½ eeuw nagenoeg identiek gebleven in Maastricht.

Het zou onverstandig zijn als artsen zouden terug vallen op hun reputatie, maar het zou evenzeer onverstandig zijn van artsen om er bij het kiezen van hun positie geen notitie van te nemen. Nog niet zolang geleden, ik schat tot aan het einde van de vorige eeuw, werden artsen onverbreekelijk ten tonele gevoerd als domme, arrogante, op geld beluste, onbekwame betweters waar je beter niet mee te maken kunt hebben. Tegenwoordig mogen artsen avond aan avond op de televisie komen vertellen hoe knap ze zijn en ze worden daarbij met respect bejegend. In de Verenigde Staten is ooit door het tijdschrift Money Magazine een onderzoek gedaan naar de beste banen in Amerika. De criteria waren het salaris, mate van voldoening in het werk, prestige en maatschappelijke zekerheid. Artsen scoorden hier-

bij hoog en kwamen op de 3e plaats. Politici, verzekeraars, managers, ze waren op afstand nauwelijks te herkennen, de artsen werden slechts voorbij gelopen door biologen en geologen. Met die biologen kon ik nog wel leven maar dat met die geologen vond ik toch wat onbevredigend en ik ben dus op zoek gegaan naar een nog beter onderzoek en dat had ik beter kunnen laten. Het Bartender Magazine, een Amerikaans tijdschrift voor horeca-personeel hield een nationaal onderzoek in duizend horecagelegenheden, zoals bars en restaurants en het bleek dat artsen het minst genereus waren en de slechtste fooien gaven. Daarbij werden we gevolgd door leraren, accountants en juristen. Het blijft dus oppassen geblazen met onze reputatie. Voor ik dit onderwerp laat rusten wil ik opmerken dat rond 1980 ook in Nederland een onderzoek verricht is naar de maatschappelijke status van verschillende beroepen. Sommige artsengroepen scoorden hierbij zelfs als nr.1, terwijl hoogleraren enkele treden lager genoteerd stonden. Ik druk mij dus eufemistisch uit als ik zeg dat je als arts met een hoogleraarsbenoeming evenmin carrière maakt, maar zolang mijn opvolger nog niet benoemd is lijkt het mij wenselijk de voorkeur te geven aan het Amerikaanse onderzoek, waarbij deze discrepantie minder duidelijk is.

Ik heb de orthopaedie altijd met veel plezier gedaan en dat heb ik natuurlijk aan veel mensen te danken, maar dat neemt niet weg dat ik begonnen ben met een flinke uitglijer en een valse start gemaakt heb. Mijn vrouw Lida en ik waren co-assistent op de orthopaedie in Utrecht. Er was daar een patiënte, een meisje van begin 20 met een wat droeve blik in haar ogen en verder met lage rugklachten. Hiervoor waren haar steunzolen verschaft maar die hadden niet geholpen. De dienstdoende assistent zei het meisje op vriendelijke maar besliste toon dat hij verder niets voor haar betekenen kon. Toen het meisje de kamer verlaten had zei de assistent dat je die meisjes met lage rugklachten steunzolen moest geven en als dat niet hielp dan ging het waarschijnlijk om liefdesproblemen en was de verloving verbroken of iets van dien aard. Daar kon men zich als orthopaed beter buiten houden. Ik zelf vond dat wel een aardige zienswijze. Ook in die tijd was iedereen druk in de weer met de band tussen lichaam en geest en de Amsterdamse internist, de latere Leidse hoogleraar Groen had een vlot leesbaar boekje geschreven waarin hij een aantal karaktereigenschappen gecatalogiseerd had die in zijn ogen gerelateerd waren aan bepaalde ziektebeelden. Als dat al zo is, wat je moeilijk weerleggen kunt, dan kun je er in ieder geval niets mee doen, maar het was een aardig boekje. Deze assistent voegde daar een nieuw element aan toe, het verband tussen lage rugpijn en liefdesverdriet. Ik kom er niet onderuit maar Lida benaderde deze kwes-

tie toch minder wetenschappelijk en mompelde iets over dat oeverloze gezwets van toffe jongens onder elkaar. Nu begon ik haar in die tijd net erg aardig te vinden en zoals u allen weet is in de liefde enig opportunisme niet alleen gewenst maar ook geboden. Ik sprak dan ook in welgekozen bewoordingen mijn afschuw uit over de onverantwoordelijke wijze waarop deze assistent verbanden legde tussen lichaam en geest en omdat ik voelde goed op dreef te zijn deed ik er nog een schepje bovenop en veegde ik tegelijk met een achteloos gebaar de hele orthopaedie als een onbenullige bijzaak van tafel. Jaren later werd ik als chirurgisch assistent door mijn baas uitgeleend aan de orthopaedie en die orthopaed liet mij zien wat voor ontzettend leuk vak orthopaedie kan zijn en dus besloot ik mij daartoe te bekeeren. Toen ik thuis vertelde van mijn plannen keek Lida mij bedroefd aan en zei, van der Linden, u voelt de distantie, van der Linden, wat ben ik diep in je teleurgesteld. Wie kiest er nu voor zo'n onnozel vak. Ik heb toen alle zeilen bij moeten zetten om de zaken misschien niet helemaal in de juiste, maar in ieder geval tot aanvaardbare proporties terug te brengen en mijn vrouw was zo goed dat ook te slikken. Wel Lida ik betwijfel of je orthopaedie ooit gezien hebt als het meest boeiende onderdeel van de geneeskunde, je eigen primaire belangstelling ligt ergens anders. Je hebt niettemin altijd hartelijk gereageerd op mijn enthousiasme en op meer dan loyale wijze een bijdrage geleverd aan alles wat dat enthousiasme met zich meebracht. Ik weet dat je vindt dat het niet nodig moet zijn om elkaar voor dat soort dingen te bedanken, dat ga ik dan ook niet doen, maar dat is geen reden om het onvermeld te laten.

Wel mijnheer de rector, hier wilde ik het bij laten. Ik heb met veel plezier mijn werk gedaan en wens de universiteit en de medische faculteit in het bijzonder een grote toekomst toe en dat geldt vanzelfsprekend in niet mindere mate voor het azM.

