

FILOSOFIE VAN DE TANDHEELKUNDE

S. STRIJBOS*)

*Uit de Centrale Interfaculteit en de
Subfaculteit der Tandheelkunde
van de Vrije Universiteit te Amsterdam.*

Trefwoorden: Filosofie

1. Inleiding

Een recente publikatie onder de titel 'Wijsbegeerte der Geneeskunde' begint als volgt: 'In dit artikel wordt een ontmoeting besproken van twee disciplines die elkaar tot voor kort meestal ontweken en negeerden. De laatste tijd valt er een groeiende neiging te bespeuren wederzijdse contacten te leggen. Na vele vruchteloze pogingen tot toenadering van filosofische zijde blijkt thans vooral door medici behoefte gevoeld te worden tot een nadere kennismaking' (Ten Have, 1980). Aan dit signalement van de geneeskunde laat zich tot op zekere hoogte sinds kort ook de tandheelkunde herkennen. Van de tandheelkunde uit heeft bijvoorbeeld Van Kleef (1977) de communicatie met de filosofie gestimuleerd. De auteur van dit artikel wil van de kant van de filosofie een bijdrage leveren aan een reflectie op de tandheelkunde.

Het is niet zonder zin zich vooraf af te vragen hoe het komt dat er in onze tijd meer dan in het verleden door medici behoefte wordt gevoeld aan een bezinning op hun vak. Hebben we te maken met een voorbijgaand modeverschijnsel en moet de oorzaak van het veranderde klimaat gezocht worden op het vlak van louter subjectieve motieven? Of zijn er objectieve veranderde omstandigheden op te merken in de he-

dendaagse tandheelkunde, geneeskunde en gezondheidszorg die een natuurlijke behoefte aan bezinning hebben gewekt? Voor het laatste zijn verschillende argumenten aan te voeren. Ten eerste kan men wijzen op het feit dat het technisch en wetenschappelijk fundament van het medisch handelen de laatste decennia een indrukwekkende ontwikkeling heeft doorgemaakt, waarvan we vermoedelijk nog slechts het begin hebben meegemaakt. Voorts staan de ontwikkelingen in de gezondheidszorg uiteraard niet los van allerlei veranderingen in de moderne samenleving als geheel. Ten derde blijken met deze ontwikkelingen in de gezondheidszorg en in andere sectoren van de samenleving nieuwe en grote problemen te zijn meegekomen. Daar aan moet nog worden toegevoegd dat velen van oordeel zijn dat deze problemen niet, of althans niet uitsluitend, met een voortgaande technische en wetenschappelijke ontwikkeling zijn op te lossen. Tegen deze achtergrond is te begrijpen dat de kritische vraag wordt gesteld: 'Zijn we op de goede weg met de gezondheidszorg?' (Van Hartingsveldt, 1981; Verbrugh, 1972; en vele andere auteurs). En reeds met het stellen van de vraag begint de hulpverlener te filosoferen over zijn vak: de zorg voor de mens in ziekte en gezondheid.

Het is dus niet zo verwonderlijk als in een tijd van grote veranderingen en problemen ook van nature of professie minder bespiegelende geesten de behoefte voelen naar bezinning op de grondvragen van hun vak. Treffend wordt de huidige situatie door Langevoort (1980) getypeerd als hij in het gedenkboek bij het honderdjarig bestaan van de Vrije Universiteit

Samenvatting:

De huidige situatie in de tandheelkunde, de geneeskunde en de gezondheidszorg doet, naar de opvatting van menig werker op deze terreinen, steeds sterker de behoefte gevoelen aan een wijsgerige reflectie. Aan verschillende universiteiten in Nederland en ook daarbuiten is er de laatste jaren groeiende belangstelling voor medisch-wijsgerig onderwijs en onderzoek. In dit artikel wordt een poging gedaan het terrein van de medische filosofie af te bakenen en globaal in kaart te brengen. Vier samenhangende probleemgebieden binnen een algemene medische filosofie worden onderscheiden en kort toegelicht. Hoe in dit kader een filosofie van de tandheelkunde kan worden uitgewerkt wordt vervolgens aan de orde gesteld. Ook worden perspectieven getekend van het onderzoek op het goeddeels nog braakliggende terrein van de medische filosofie.

schrijft: 'De behoefte aan een filosofie van de geneeskunde wordt steeds sterker gevoeld'. En in woorden van gelijke strekking spreekt ook de sociaal-geneeskundige Kuiper (1980) zich uit in de eerste regels van zijn nieuwste boek 'Mensopvattingen en Gezondheidszorg': 'Naar mijn mening bestaat er behoefte aan een filosofie van de gezondheidszorg'.

De tijd lijkt dus rijp voor een vruchtbare communicatie tussen medici en filosofen. Omdat ik meer dan eens heb gemerkt dat medici filosofie vereenzelvigen met ethiek, is het wellicht niet overbodig er hier al op te wijzen, dat het veld van de medische filosofie meer omvat dan ethiek, zoals verderop in paragraaf 3 zal worden uitgelegd. De afgelopen jaren heb ik er naar gestreefd een panoramische blik te krijgen op zowel tandheelkunde, geneeskunde als gezondheidszorg in het algemeen. Dit betekent noodzakelijk dat details vaag bleven. Eerder was het de bedoeling scherp te stellen op de hoofdlijnen en de horizon van het landschap. Om dit te bereiken, heb ik getracht zoveel mogelijk verschillende

*) De auteur is natuurkundig ingenieur en filosoof. Na tien jaar verbonden geweest te zijn aan het Natuurkundig Laboratorium van de N.V. Philips te Eindhoven, is hij thans aangesteld als docent 'Inleiding in de filosofie' voor studenten in de Tandheelkunde aan de Vrije Universiteit. Hij bereidt een proefschrift voor over het systeemdenken en de betekenis ervan voor samenleving en gezondheidszorg.

invloeden vanuit de medische wereld – o.a. door literatuurstudie en gesprekken – te verwerken, niettemin beschouw ik dit artikel als een voorlopig resultaat en ik sta daarom graag open voor suggesties, kritisch commentaar, e.d.

De volgende beschouwing is als volgt ingedeeld. Eerst is het noodzakelijk enkele onderscheidingen te bespreken om begripsverwarring zoveel mogelijk te voorkomen (2). Daarna wordt een beeld geschetst van een algemene medische filosofie (3). Vervolgens komt ter sprake hoe in dit kader een filosofie van de tandheelkunde kan worden ontwikkeld (4). Tenslotte wordt deze terreinverkenning afgesloten met enkele opmerkingen over perspectieven van de beoefening van medische filosofie (5).

2. Enkele onderscheidingen tussen begrippen

Meestal spreekt men zonder onderscheid over medische filosofie of filosofie van de geneeskunde. Mijn voorkeur voor de aanduiding medische filosofie zal ik in het volgende toelichten. De term geneeskunde heeft in onze taal geen éénduidige betekenis. Soms wordt geneeskunde onderscheiden van heelkunde (tandheelkunde) en verloskunde, maar ook wordt geneeskunde wel in omvattende zin gebruikt. Een andere moeilijkheid is dat men met geneeskunde (en analoog met tandheelkunde) soms bedoelt medische wetenschap, in andere gevallen het praktische medische handelen op het oog heeft (dan spreekt men ook wel van geneeskunst), terwijl ook beide betekenissen bedoeld kunnen zijn. Om de laatste moeilijkheid op te lossen, zal ik in het volgende, waar nodig, onderscheid maken tussen medische wetenschap en medische kunde. Dit betekent bijvoorbeeld, dat tandheelkunde als specifieke medische kunde en tandheelkundige wetenschap moeten worden onderscheiden. Uiteraard is het dan voor het goede begrip nodig nader te bepalen wat het object en de aard is van medische wetenschap en ook wat de relatie is van medische we-

tenschap en medische kunde. Ik volsta hier met over het laatste op te merken dat die relatie, simpel gezegd, begrepen kan worden als de verhouding van kennen en kunnen.

Deze overwegingen maken duidelijk waarom het m.i. de voorkeur verdient te spreken van medische filosofie in plaats van filosofie van de geneeskunde. Om nog eens te benadrukken dat medische filosofie betrekking heeft op het gehele spectrum van medische disciplines – van psychiatrie tot tandheelkunde, om twee uitersten te noemen – en op alle sectoren van de gezondheidszorg, spreek ik hierna van *algemene* medische filosofie.

Filosofie van de tandheelkunde moet dan worden beschouwd als een toespitsing van algemene medische filosofie op de eigensoortige problemen en kenmerken van tandheelkunde.

Toch kleven er ook nog bezwaren aan de aanduiding *medische filosofie*; gezondheidszorg omvat namelijk meer dan strikt medische zorg. Er wordt wel onderscheid gemaakt tussen curatieve, preventieve en positieve gezondheidszorg. In het eerste en tweede geval is er sprake van medische zorg, resp. met betrekking tot de zieke en de gezonde mens. Positieve gezondheidszorg reikt echter verder, het is niet gericht tegen ziekte, maar is positief gericht op de gezondheid en het verhogen van het peil ervan (Drogen-dijk, 1958). Meer recent heeft de term gezondheidkunde ingang gevonden, omschreven als 'de wetenschap die zich richt op het bestuderen van de voorwaarden voor en bedreigingen van het gezonde bestaan, alsook van de mogelijkheden tot het realiseren van deze voorwaarden, resp. het elimineren van die bedreigingen' (Kuiper, 1981).

Er zijn dus goede argumenten aan te voeren om de term medische filosofie te verlaten als er een betere gevonden zou worden. Ik zal hierna vasthouden aan de inmiddels ingeburgerde naam 'medische filosofie' en in de uitwerking ervan proberen recht te doen aan de verschillende facetten van de zorg voor de mens in ziekte en gezondheid.

3. Algemene medische filosofie

In de Griekse beschaving was, zo heeft men wel opgemerkt, de arts tegelijk denker en dokter. Vanaf Hippocrates, die beschouwd wordt als de vader van de westerse geneeskunde, heeft er een nauwe band met de filosofie bestaan. Het medisch denken en handelen steunde met name op de oudste tak van de filosofie, de natuurfilosofie. De concrete uitwerking ervan in de geneeskunde is de zgn. *humoraalpathologie*, een ziekteleer waarin het menselijk lichaam beschouwd wordt als een samenstel van vier 'humores' of lichaamssappen. Hoewel de Griekse ideeën in de loop der eeuwen zijn vervangen door andere voorstellingen omtrent ziekte en gezondheid, is de band met de filosofie meer dan twintig eeuwen bewaard gebleven. Gedurende de Middeleeuwen en nog twee eeuwen na de opkomst in de 16e eeuw van de moderne, experimentele natuurwetenschap (Kepler, Galilei) stonden geneeskunde en filosofie niet vreemd tegenover elkaar. Geleidelijk aan krijgen de fundamentele ideeën van de moderne natuurwetenschap, n.l. de beschrijving van de natuur in meetbare, weegbare en berekenbare grootheden en de experimentele methode, vaste grond in de geneeskunde. In de 19e eeuw wordt zelfs de opvatting gemeengoed dat geneeskunde een natuurwetenschap is (Verbrugh, 1972). Ten Have (1980) wijst er op dat in de 18e eeuw de filosofie van de Verlichting de geneeskunde vóór het eerst een plaats heeft toegewezen onder de natuurwetenschappen.

Hoewel in de latere ontwikkeling geneeskunde en filosofie steeds meer gescheiden wegen zijn gegaan, betekent dit niet dat de wijsgerige vragen rondom ziekte en gezondheid en het menselijk bestaan in het algemeen, voortaan van het vlak van het medisch denken waren verdwenen. De invloed van de filosofie werkt namelijk niet zuiver extern, maar laat zich intern gelden via de algemene visie die de medicus op zijn vak heeft. Zulk een visie die het handelen leiding geeft, kan overigens impliciet en onbewust blijven. Men zou in dat geval kunnen spreken van een ver-

zwegen of verborgen filosofie. Popma (1977) drukt dit kernachtig en geestig aldus uit: 'de medicus bemoeit zich niet met de filosofie, met het gevolg dat een filosofie, welke dan ook, zich zeer intensief met hém bemoeit.'

Nu na ruim een eeuw van verwijdering er tekenen zijn van enige toenadering van geneeskunde en filosofie, kan men verwachten dat beide partijen winst zullen hebben van een hernieuwd contact. Voor de filosofie is zulk een open contact zelfs van vitale betekenis. De filosofie komt namelijk tot haar bestemming in de dienst aan de vakwetenschappen en de levenspraktijk. Filosofie die in het isolement terecht komt, is daarom tot vruchteloosheid gedoemd. Omdat filosofie geen wetenschappelijk specialisme is, maar een integrale visie op de werkelijkheid wil verschaffen, is het voor haar zelf onmisbaar voortdurend de samenhang met de wetenschappen en de dagelijkse ervaring te bewaren.

Omgekeerd zullen ook de medische kunde en medische wetenschap kunnen profiteren van herstelde contacten met de filosofie. Het is immers de taak van de filosofie de grondvragen van het menselijk bestaan met betrekking tot ziekte en gezondheid, leven en dood steeds weer te doordenken en het stof ervan af te vegen. Een voorname taak van de filosofie zal in onze tijd zijn het wijsgerig kader te verschaffen voor de reflectie op de moderne, verwetenschappelijkte en vertechniseerde medische hulpverlening.

Hoewel er over tal van onderwerpen op medisch-wijsgerig gebied een zee van literatuur bestaat, ontbreekt een systematische ordening ervan in een algemene medische filosofie. Het gevaar is daarom reëel dat men door de bomen het bos niet meer ziet. De zin van een algemene medische filosofie is dat het er aan bijdraagt 'het bos' weer te zien. Daarmee bedoel ik, dat het inzicht verschaft in de grondstructuur van het medisch handelen en de gezondheidszorg. Het meest basale is overigens zonder moeite op te merken: nl. de zorg voor de mens in ziekte en gezondheid; deze zorg wordt verleend door medici (tandartsen), verpleegkundigen enz. en voltrekt zich

binnen de kaders van de gezondheidszorg. Deze simpele constatering geeft aanleiding tot een vierledige opzet van een algemene medische filosofie^{*)}:

1. Filosofie van de zieke of gezonde mens.
2. Filosofie van het medisch handelen.
3. Filosofie van de gezondheidszorg.
4. Ethiek van het medisch handelen en de gezondheidszorg.

In alle zorg voor de mens in ziekte en gezondheid, speelt een visie mee op mens zijn en op ziek en gezond zijn. Het ligt daarom voor de hand een algemene medische filosofie te beginnen met een filosofie van de zieke of gezonde mens (medisch-wijsgerige antropologie) en daarna de aandacht te richten op de medische zorg. Het tweede en derde deel betreffen resp. een wijsgerige structuuranalyse van de individuele zorgverlening en van de maatschappelijke regels en instituties die de gezondheidszorg bepalen. Tenslotte zal in een vierde deel een visie ontvouwd moeten worden op medisch-wijsgerige ethiek.

Samengevat: de zieke mens als 'object', de structuur en de ethiek van het medisch handelen en van de gezondheidszorg vormen de hoofdonderwerpen van een algemene medische filosofie. In het volgende zal ik enkele opmerkingen maken over een mogelijke afbakening en exploratie van dit uitgebreide terrein van onderzoek.

3.1. *Filosofie van de zieke of gezonde mens*

Hoewel de medicus het zich in de regel niet bewust is, wordt hij – met enige overdrijving gesteld – bij elke nieuwe patiënt geconfronteerd met de grondvragen van zijn vak: 'wat is ziek?' en 'wat is gezond?' Natuurlijk betekent de vraag om hulp aan de arts in de eerste plaats dat snel en doeltreffend

wordt vastgesteld wat deze patiënt mankeert en wat er gedaan kan worden. De mens die ziek is verlangt hulp en liefst de beste die er te krijgen is. Maar deze vanzelfsprekendheid kan gemakkelijk een moeilijkheid verhullen: *wat is de beste hulp?*

Het stellen van deze vraag betekent, dat de vanzelfsprekendheid van het medisch-wetenschappelijk denken en handelen, die normaal is in de concrete hulpverlening, een ogenblik wordt opgeschort, wat overigens nog niet zo eenvoudig is. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit hoeveel moeite het kost enig begrip te krijgen van het medische denken van b.v. de antieke, Griekse cultuur of van de Oosterse beschaving. Laten we echter de vraag 'wat is de beste hulp?' op ons inwerken dan zal dit een keten van andere vragen oproepen en een veelheid van reacties uitlokken, in elk geval dwingt het tot een (her)bezinning op de eerder genoemde grondvragen 'wat is ziek?' en 'wat is gezond?'

Een algemeen kenmerk van wetenschappelijke grondproblemen is dat deze in de voortgaande ontwikkeling van de wetenschap niet definitief tot oplossing worden gebracht. Wel kunnen zulke vragen korte of lange tijd op de achtergrond komen wanneer een bepaalde visie het alleenrecht weet te verwerven. Onverwacht echter kunnen nieuwe wetenschappelijke scholen of richtingen ontstaan die nieuwe antwoorden op de grensproblemen van het vak beproeven. Weliswaar gaat dit niet zonder strijd gepaard; meer dan eens worden in de vakwetenschappen, soms heftige, grondslagendebatten gevoerd tussen elkaar concurrerende richtingen.

Ook in de geschiedenis van de medische wetenschap zijn allerlei richtingen tot ontwikkeling gekomen die zich laten leiden door een verschillend ziekte-idee, een andere ziektebeschouwing. Lindeboom (1967) heeft een beknopt overzicht gegeven van negen ziektebeschouwingen uit de geschiedenis van het medisch denken. Het toont een onvoltooide reeks van antwoorden op de centrale grondvraag van de medische wetenschap.

De vakfilosofische problematiek ziek-

^{*)} Een serie gesprekken met enkele medewerkers van de Subfaculteit der Tandheelkunde aan de Vrije Universiteit heeft mij tot deze opzet geïnspireerd.

gezond is nauw verbonden met de algemene wijsgerige vraag naar de mens en zijn plaats in de werkelijkheid. Elke beschouwing omtrent ziekte en gezondheid is verworteld in een bepaald wijsgerig mensbeeld. Een medisch-wijsgerige anthropologie zou men kunnen ontwikkelen door toespitsing van een algemeen wijsgerig mensbeeld. Ook is het mogelijk mensbeeld(en) en ziektebeschouwing(en) in het medisch-wijsgerig denken op te sporen. In het volgende zal ik enkele opmerkingen maken over de ontwikkeling van het moderne medische denken.

De moderne geneeskunde kan men typeren als een (natuur)wetenschappelijke geneeskunde, zoals aan het begin van deze paragraaf reeds bleek. Gewoonlijk wordt het begin ervan gedateerd omstreeks het midden van de 19e eeuw (Bernal, 1971; Verbrugh, 1972). De natuurwetenschap oefent in deze eeuw sterke invloed uit op de gehele wetenschapsontwikkeling. In de filosofie is de centrumpositie van het natuurwetenschappelijk denken door het wijsgerig positivisme vertolkt (Comte en Spencer). Ook de geneeskunde wordt naar natuurwetenschappelijk model gevormd en heeft sindsdien een enorme ontwikkeling doorgemaakt. 'Die Medizin wird eine angewandte Wissenschaft; sie wird heute als die Technik der Biologie deklariert!' (Schippiges, 1970). Aan de opkomst van de natuurwetenschappelijke benadering van de geneeskunde is door velen bijgedragen: Rudolf Virchow, Louis Pasteur, Robert Koch, Claude Bernard, e.a.

De opvatting dat de geneeskunde een natuurwetenschap of een toegepaste natuurwetenschap is, impliceert m.i. tweërlei reductie van geneeskunde. Ten eerste dekken de begrippen geneeskunde en wetenschap elkaar niet (Munson, 1981); geneeskunde (medische kunde) en wetenschap verhouden zich als kunnen en kennen, zoals al eerder ter sprake kwam. Wezenlijk voor oude en moderne geneeskunde is de medische ingreep, de behandeling; kenmerkend voor moderne geneeskunde is dat de ingreep stoelt op (na-

tuur)wetenschappelijke kennis. Een tweede reductie van de geneeskunde vindt plaats als de wetenschappelijke basis slechts in de natuurwetenschap wordt gezocht.

De gereduceerde visie op geneeskunde als natuurwetenschap heeft tot gevolg, dat de aandacht voor de *zieke mens* naar de achtergrond verschuift en de volle aandacht geconcentreerd wordt op het *zieke lichaam*. De geneeskunde gaat zich dan bezighouden met ziekten en ziekteverschijnselen (reductie 1) als natuurwetenschappelijk veld van onderzoek (reductie 2).

In de 20e eeuw ontstaan als reactie op het reductionistisch karakter van de moderne geneeskunde verschillende richtingen, waarin de beschouwing van ziekte als een louter lichamelijke-biologische storing wordt verworpen. Op basis van nieuwe ziektebeschouwingen wordt in het medisch denken gezocht naar nieuwe wegen voor de geneeskunde. De belangrijkste richtingen die het natuurwetenschappelijk reductionisme willen doorbreken zijn de psychosomatische geneeskunde en de anthropologische geneeskunde en – meer recent – het systeemdenken in de geneeskunde.

Globaal gesproken hebben deze richtingen het streven gemeen het medisch denken en handelen te betrekken op de verschillende dimensies van het ziekzijn, d.w.z. in plaats van het zieke lichaam wordt de zieke mens weer centraal gesteld. In sommige takken van de geneeskunde (o.a. huisartseneeskunde, sociale geneeskunde, psychiatrie) lijkt de behoefte aan een integrale, zgn. holistische benadering het sterkst te leven.

De vraag naar een nieuw medisch model is door Engel (1977) als volgt verwoord: 'The dominant model of disease today is biomedical, with molecular biology its basic scientific discipline. It assumes disease to be fully accounted for by deviations from the norm of measurable biological (somatic) variables. It leaves no room within its framework for the social, psychological, and behavioral dimensions of illness'. De klinische toepassing van zijn nieuw, holistisch medisch model heeft

Engel onlangs in een publikatie uitgewerkt (Engel, 1981).

Een dieper gaande bespreking en kritische evaluatie van deze richtingen in het medisch-wijsgerig denken valt buiten het bestek van dit artikel. Voor verdere studie verwijs ik naar de literatuur (Meininger, 1974; Verbrugh; 1972; De Vries, 1980).

3.2. *Filosofie van het medisch handelen*

De filosofie van het medische handelen, zoals hier bedoeld, is gericht op een wijsgerige structuuranalyse van het *moderne* medische handelen. In zulk een structuuranalyse is het van belang eerst te bepalen wat het kenmerkende is voor alle medisch handelen. Vervolgens is het dan mogelijk te onderzoeken welke structurele veranderingen in het moderne medische handelen gestalte hebben gekregen. Over beide punten maak ik enkele opmerkingen.

Wat er ook allemaal veranderd mag zijn in de ontwikkeling van de moderne geneeskunde, haar grondslag is gelijk gebleven: de vraag om hulp van de zieke mens aan de arts of een andere medische hulpverlener. Deze vraag om hulp berust op het onvermogen van de zieke zelf de situatie te klaren en op het vertrouwen deskundige hulp te kunnen ontvangen.

Het onveranderde en blijvende fundament van de medische hulpverlening bestaat dus in allerlei mens-mensrelaties. Vooral de arts-patiëntrelatie is van centrale betekenis, omdat de leiding en de verantwoordelijkheid van de medische hulpverlening veelal bij de arts berust.

'Der Kern der Medizin ist das Arzt-Patientenverhältnis', merkt de medisch-historicus Rothsuh (1965) op. En in woorden van gelijke strekking zegt Lindeboom (1960): 'De medische grondsituatie is overal daar, waar een zieke een arts om hulp vraagt . . . Dit is het oerfenomeen, waaruit zich de gehele geneeskunde heeft ontwikkeld'.

Het is dus niet zo verwonderlijk dat de arts-patiëntrelatie een veelbesproken onderwerp is in de medische vaklitera-

tuur. Mede vanwege de ethische problematiek die aan deze relatie verbonden is, zal ook in een wijsgerige structuuranalyse van het medisch handelen primair deze relatie onder de loep genomen moeten worden.

Tegen de achtergrond van de arts-patiëntrelatie is het zinvol vervolgens de structurele veranderingen in het moderne medische handelen te onderzoeken. Op deze wijze kan beoordeeld worden of het fundament van het medisch handelen door de veranderingen is versterkt of verzwakt. Rothschild (1965) merkt hierover het volgende op: 'Die ursprüngliche, unmittelbare Arzt-Patienten-Beziehung hat sich im Verlauf der letzten Jahrhunderte stark verändert; das erfolgte 1. durch das Entstehen einer hochentwickelten Wissenschaft von den medizinischen Sachverhalten, unterstützt durch Technik und operatives Verfahren, und 2. durch die zunehmende Einschaltung öffentlicher Institutionen (Gesetze, Massnahmen) in die gesundheitliche Versorgung und Prophylaxe.'

Uit dit citaat blijkt duidelijk dat de drie machten – wetenschap, techniek en organisatie – die een stempel hebben gedrukt op de moderne cultuur (Van Riessen, 1980), ook het aanzien bepalen van de moderne medische hulpverlening. Vooral het moderne ziekenhuis, waarin techniek, wetenschap en organisatie elkaar ontmoeten rondom de zieke mens, toont zeer geconcentreerd het karakter van de moderne cultuur. Van Melsen (1981) heeft erop gewezen dat dit ook betekent dat het moderne ziekenhuis als toetssteen van de technisch-wetenschappelijke cultuur kan worden beschouwd. Juist het moderne ziekenhuis zou ons kunnen leren hoe het mogelijk is de humaniteit in de technisch-wetenschappelijke cultuur te bewaren.

Samenvattend kom ik tot het volgende program – in hoofdpunten – voor een filosofie van het medisch handelen. Ten eerste een wijsgerige analyse van de verschillende aspecten van de arts-patiëntrelatie: de structuur van deze typische mens-mensrelatie, het medische gesprek, e.d. Vervolgens een be-

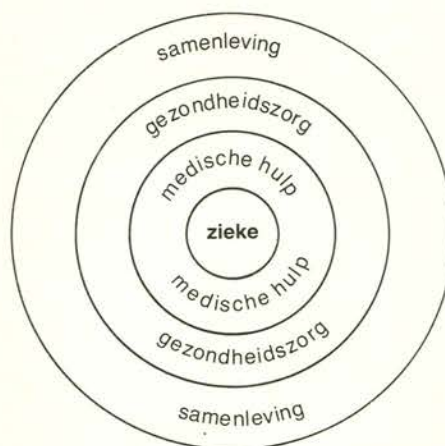
spreking van de structurele veranderingen in de moderne geneeskunde met het oog op de arts-patiëntrelatie. Tenslotte een analyse van de relaties geneeskunde (medische kunde) en wetenschap, geneeskunde en techniek en geneeskunde en organisatie.

3.3. *Filosofie van de gezondheidszorg*

Aan de hand van afbeelding 1 kan het verband van een filosofie van de gezondheidszorg met de vorige onderdelen van een algemene medische filosofie nog eens worden toegelicht. Deze afbeelding suggereert dat de aandacht naar steeds ruimere cirkels verschuift. In het centrum van een medische filosofie staat de zieke of gezonde mens. Deze mens is omringd door medische hulp, verleend door artsen, tandartsen, verpleegkundigen, enz. En deze zorg is ingebed in het systeem gezondheidszorg als 'onderdeel' van onze complexe samenleving.

De ideeën die ten grondslag liggen aan de moderne gezondheidszorg zijn al in de vorige eeuw gelanceerd. Daarmee zijn o.a. de namen verbonden van Johann Peter Frank, Rudolf Virchow en Christian Friedrich Nasse.

Als een gestructureerd stelsel van maatschappelijke regels en voorzieningen is de moderne gezondheidszorg eerst goed in de loop van de 20e eeuw tot ontwikkeling gekomen. Binnen de hedendaagse samenleving is de gezondheidszorg niet meer weg te den-



Afb. 1. Zieke mens, omringd door medische hulp, welke ingebed is in het gezondheidszorg-systeem als 'onderdeel' van de samenleving.

ken; zij reikt van de wieg tot het graf en treedt regulerend op in de verschillende levensfasen en levenssectoren van de moderne mens. In een medisch-historische studie merkt Schipperges (1970) over de gezondheidszorg op: 'Das Zeitalter der individuellen Medizin gilt als abgeschlossen; die Stunde der Gesundheitsplanung hat geschlagen und wird uns noch weiter tragen.' De behoefte aan een hernieuwde bezinning op de grondslagen van de gezondheidszorg spreekt duidelijk uit de grote hedendaagse problemen, zoals de explosieve kostenstijging, het vraagstuk van de prioriteiten in de ontwikkeling van de gezondheidszorg, de kritiek op de professionalisering, e.d. Overigens moet bedacht worden dat de problemen waarmee de gezondheidszorg te kampen heeft, nauw samenhangen met die van de gehele samenleving. De ontwikkeling van een filosofie van de gezondheidszorg veronderstelt daarom een visie op de moderne samenleving, op de taak van de overheid, op de rechten en plichten van het individu, e.d. Een kritische beschouwing over de moderne gezondheidszorg hebben bijvoorbeeld Leenen (1979) en Hattinga Verschure (1981) gegeven.

3.4. *Ethiek van het medisch handelen en van de gezondheidszorg*

Van oudsher heeft de ethiek in de medische beroepsuitoefening een grote rol gespeeld. De medicus die geconfronteerd wordt met de nood van de zieke medemens, is voortdurend gedwongen beslissingen te nemen met een nadrukkelijk ethisch karakter. In tegenstelling tot de hiervoor besproken onderdelen van een algemene medische filosofie is over medische ethiek veel geordend materiaal beschikbaar. In het kader van dit artikel wil ik daarom volstaan met het signaleren van een belangrijke verbreding van de medische ethiek.

Ethiek en ook medische ethiek heeft traditioneel het karakter van 'naaste-ethiek'. Ethiek reflecteerde op de vraag hoe fundamentele normen als gerechtigheid, barmhartigheid, eerlijkheid, e.d. gestalte kunnen krijgen in

de directe dagelijkse verhouding van mens en medemens. In de medische ethiek krijgt dit de toespitsing op de relatie arts-patiënt; op basis van de fundamentele normen als de eerbied voor het leven en de arts als vertrouwensman voor de patiënt heeft de medische ethiek gestalte gekregen.

De ethicus Sporken (1977) meent dat de vroegere medische ethiek door ontwikkelingen in gezondheidszorg en samenleving ontoereikend is geworden; medische ethiek als 'naaste-ethiek' in de arts-patiëntrelatie moet worden uitgebreid met een ethiek van de gezondheidszorg. Dit betekent, aldus Sporken, dat er een dubbele 'schaalvergroting' in de medische ethiek moet plaatsvinden. Ten eerste: 'Wat betreft het subject of de dragers van verantwoordelijkheid inzake gezondheidszorg: deze komt niet meer uitsluitend toe aan patiënt(en) en arts(en) en aan de personen uit andere disciplines, maar evenzeer aan de leidinggevende instanties in het medische systeem en tevens aan de overheid.' Ten tweede: 'Wat betreft het object of het voorwerp waarop de ethische reflectie zich dient te richten: men kan niet meer volstaan met de behandeling van de ethische vragen, die zich in de verhouding arts-patiënt aandienen. De ethische reflectie dient zich uit te strekken tot de gehele gezondheid en gezondheidszorg, het gezondheidszorgsysteem, het leefmilieu en niet in het minst tot het overheidsbeleid inzake gezondheidszorg.'

4. *Filosofie van de tandheelkunde*

In de vorige paragraaf stippelde ik enige lijnen uit waarlangs een algemene medische filosofie zich kan ontwikkelen; de aandacht is daarbij ook, maar niet uitsluitend, op de tandheelkunde gevestigd. In de uitwerking van een speciale filosofie van de tandheelkunde moet de algemene medische filosofie worden toegespitst op de specifieke kenmerken en problemen van de tandheelkunde. Ik geef in deze paragraaf enkele, tamelijk willekeurig gekozen voorbeelden uit de tandheelkunde op de vier hiervoor genoemde onderdelen van een algemene medische filosofie.

4.1. *Filosofie van de zieke of gezonde mens*

In de vorige paragraaf is opgemerkt dat het begin van de ontwikkeling van de moderne, wetenschappelijke geneeskunde omstreeks het midden van de 19e eeuw wordt gedateerd. De tandheelkunde is als zelfstandige medische discipline in deze ontwikkeling opgekomen en dus nog betrekkelijk jong. Een interessante tekening van 100 jaar tandheelkunde in Nederland geeft het gedenkboek 'Van Tandmeesters en Tandartsen' (1977). Ongetwijfeld is en blijft de natuurwetenschappelijk-technische benadering in de tandheelkunde van grote betekenis. Bleek in de geneeskunde deze benadering niet toereikend (psychosomatische geneeskunde e.d.) ook in de tandheelkunde willen sommigen het voornamelijk natuurwetenschappelijk-technisch medisch denken verlaten. Zo bepleitte o.a. Gold (1978) enkele jaren geleden een holistische benadering in de tandheelkunde, waarin tandheelkundige ziekten niet alleen als biologische maar ook als sociale en psychologische verschijnselen worden benaderd.

Eijkman (1977) heeft erop gewezen dat het onjuist zou zijn te menen dat er vroeger in het geheel geen aandacht zou zijn besteed aan menselijke en sociale problemen in hun relatie tot de tandheelkunde. Maar tot ± 1970 hebben gedragswetenschappelijke aspecten in het tandheelkundig onderwijs nauwelijks aandacht gekregen, aldus Eijkman. Zijn eigen bijdrage tot een meer integrale benadering van de tandheelkundige patiënt, ligt op het terrein van de patiëntenvoorlichting (Eijkman, 1979).

Het is opmerkelijk, dat de behoefte aan een verruiming van het tandheelkundig denken zich ook manifesteert in het wellicht meest technische vak van de technisch-georiënteerde tandheelkunde: de prothetische tandheelkunde. In 1979 heeft Kalk in zijn dissertatie op dit gebied erop gewezen dat klachten over een kunstgebit niet zelden te maken hebben met achterliggende psychische problemen van de patiënt. Het blijkt dan nodig de aan-

dacht weer te concentreren op de zieke mens in plaats van op de reductie ervan: het zieke lichaam. Ook tandheelkundige klachten blijken in de praktijk dus niet altijd op te lossen met louter herstel van de verloren gebitsfuncties. Ik citeer: 'Klachten over 'n kunstgebit hebben dan ook niet zelden te maken met psychische problemen. Door in zijn onderzoek vragen te verstoppen die te maken hadden met psychische labiliteit kon Kalk vaststellen dat veel kunstgebitklachten samenvielen met andere problemen van psychische aard. Het probleem is dan nog niet opgelost, maar hoogst onwaarschijnlijk is wel dat het probleem opgelost zou kunnen worden door technisch nog wat aan de prothese te prutsen. Een gewenningstherapie is in zo'n geval een antwoord . . .' (V.U. Magazine, 1979.)

4.2. *Filosofie van het tandheelkundig handelen*

In een structuuranalyse van het tandheelkundig handelen kan de lijn worden gevolgd die in de vorige paragraaf onder 3.2. is getrokken. Ik volsta met een enkele opmerking. Zoals gezegd, is de grondslag van de medische hulpverlening een typische mens-mensrelatie (dit geldt b.v. ook voor onderwijs waarvoor de docent-studentrelatie fundamenteel is, maar b.v. niet voor de techniek; de basis van de techniek is de relatie van de mens via het gereedschap tot het te bewerken 'materiaal').

Grondlegend voor elke mens-mensrelatie als intersubjectieve relatie is het gesprek, waarbij inbegrepen is de woordenloze communicatie door gebaar, blik, e.d.

Hiervoor wees ik op het reductionisme van de opvatting dat geneeskunde (c.q. tandheelkunde) een natuurwetenschap is. Dit reductionisme laat zich volop gelden in het medisch handelen. Als de aandacht voor de concrete zieke mens naar de achtergrond verschuift en de volle aandacht zich concentreert op het ziekteverschijnsel als natuurwetenschappelijk fenomeen, dan zal daardoor het intersubjectieve karakter van de (tand)arts-patiëntrela-

tie zwakker worden. Ook het medische gesprek zal dan gemakkelijk worden verwaarloosd en niet in zijn eigen waarde worden onderkend. Wijsgerig gezien betekent dit in het extreme, theoretische geval dat de (tand)arts-patiëntrelatie onttaardt in een relatie welke dan lijkt op die in de techniek^{*)}. Deze onttaarding treft niet alleen het medemenselijk karakter van de medische hulpverlening, maar ook het voluit medicus zijn: de tandarts is ingenieur van het gebit geworden.

Het is naar mijn oordeel een positief teken voor de ontwikkeling van de tandheelkunde dat er steeds meer oog komt voor de waarde van de tandarts-patiëntrelatie en het medische gesprek.

In zijn al eerder genoemde studie benadert Eijkman het medische gesprek vanuit het aspect van de patiëntenvoorlichting. De auteur merkt in de inleiding van zijn boek m.i. zeer terecht op: 'Patiëntenvoorlichting is in de visie van de auteur, naast de curatieve zorgverlening een essentieel gedeelte van de zorg die de tandarts aan de patiënt levert.' Op wijsgerige gronden kan men verwachten dat naarmate de natuurwetenschappelijk-technische benadering voortschrijdt ook steeds meer haar grenzen zichtbaar zullen worden en de behoefte aan een verruiming van het tandheelkundig denken zal toenemen om de problemen van de praktijk het hoofd te kunnen bieden. Wat de waarde is van de verschillende initiatieven voor de praktijk kan uiteraard slechts die praktijk uitwijzen.

^{*)} Ik wil niet ontkennen dat in de verschillende fasen van het tandheelkundig handelen een zekere objectivering noodzakelijk en legitiem is. Het punt waar het hier om draait is, dat de benadering van de patiënt als object nooit autonoom mag zijn ten opzichte van de oorspronkelijke en fundamentele intersubjectieve tandarts-patiëntrelatie. De opvatting dat geneeskunde en tandheelkunde (natuur)wetenschappen zijn, impliceert echter, vanwege het objectieve karakter van wetenschap, dat het medisch denken en handelen zijn wortels in de intersubjectiviteit van de (tand)arts-patiëntrelatie verliest. Een bevredigende uitleg van deze belangrijke wijsgerige kwestie zou meer ruimte vragen dan in het bestek van dit artikel gewenst is.

4.3. *Filosofie van de gezondheidszorg*

De feitelijke informatie voor de uitwerking van dit probleemgebied dient de sociale tandheelkunde in de communicatie met de filosofie te verschaffen. Een bekend voorbeeld van een vraagstuk waarover fundamentele discussies zijn gevoerd is de drinkwaterfluoridering. Voor het ontwikkelen van een consistente visie op deze en andere kwesties is een filosofie, inclusief een ethiek van de gezondheidszorg van waarde.

4.4. *Ethiek van het tandheelkundig handelen en van de gezondheidszorg*

Een (speciale) ethiek van de tandheelkunde betreft de ethische vragen waar de individuele tandarts voor staat en ook de vragen die inhaken op de problematiek van de tandheelkundige gezondheidszorg. Het is onontbeerlijk dat de vakmensen zelfs de ethische vragen onderkennen en aan de orde stellen. Bij het doornemen van de verschillende jaargangen van 'Index to Dental Literature' onder het trefwoord 'Ethics, dental', kan men vaststellen dat dit in toenemende mate het geval is. De wijsgerig-ethische reflectie kan hulpdiensten verlenen bij de doordinking van de ethische grondbegindelen; met de ontwikkeling van gedragscodes (beroepsethiek) komt men op het terrein van de vakwetenschap.

5. *Perspectieven van het onderzoek*

De uitgebreidheid en de gevarieerdheid van het terrein van de medische filosofie hebben mij sedert mijn eerste kennismaking ermee sterk getroffen. De uitgebreidheid blijkt reeds uit het feit dat vanaf de antieken er een nauwe samenhang heeft bestaan tussen filosofie en medische wetenschap. De gevarieerdheid hangt samen met de aard en het 'object' van het medisch handelen. De medische vakfilosofie staat voor de uitdaging enerzijds voldoende op de hoogte te zijn van de problemen in de medische wereld en anderzijds allerlei onderdelen van de filosofie daarvoor vruchtbaar te maken: an-

thropologie, ethiek, wetenschapsleer, cultuurfilosofie, e.a. Ook zal het onderzoek in de medische filosofie moeten steunen op enige kennis van de geschiedenis van tandheelkunde, geneeskunde en gezondheidszorg.

Zonder overdrijven kan men zeggen dat het terrein van de medische filosofie zeer breed is, nog nauwelijks is ontgonnen en zodoende talrijke perspectieven voor onderzoek biedt. De pioniersfase waarin medische vakfilosofie zich bevindt betekent een uitdaging voor de onderzoeker, maar bergt ook zekere risico's in zich. De vaardigheid is namelijk vereist de Scylla van onbetekenend detailonderzoek te vermijden en niet te pletter te varen tegen de Charybdis van een massieve, ondoorringbare hoeveelheid problemen.

Met betrekking tot de perspectieven van het onderzoek moet ten slotte ook melding worden gemaakt van het feit dat er in de afgelopen jaren een toenemende activiteit is te bespeuren op medisch-filosofisch gebied. Ik noem enkele feiten in willekeurige volgorde:

- Van oudsher is aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en de Katholieke Universiteit te Nijmegen filosofie opgenomen als verplicht onderdeel in het studieprogramma. De laatste jaren laat de gunstige ontwikkeling zien dat naast de algemene filosofie steeds meer de medische vakfilosofie aandacht krijgt. Hoewel het hier in de regel nog om tamelijk zwakke plantjes gaat, kan men verwachten dat het verbeterde contact tussen medici en filosofen een goed klimaat schept voor de uitgroei ervan.
- Ook aan de diverse rijksuniversiteiten is een ontwikkeling op gang gekomen. Aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam bestaat sinds 1975 een Contactcommissie van de Centrale Interfaculteit en Medische Faculteit. Deze commissie organiseert o.a. collegecycli over onderwerpen waaraan zowel filosofen als medici een bijdrage leveren (Tiemersma, 1979).
- Een toenemende activiteit op me-

disch-filosofisch terrein ook buiten Nederland is af te leiden uit het nog recente bestaan van verschillende internationale tijdschriften. Sinds 1976 wordt 'The Journal of Medicine and Philosophy' als kwartaal-tijdschrift uitgegeven. Als viermaandelijks tijdschrift verschijnt sinds 1980 'Metamedicine - An International Journal for Philosophy and Methodology of Medicine'; dit is een voortzetting van het sedert 1977 uitgegeven tijdschrift 'Metamed'. Ook kan er melding worden gemaakt van tijdschriften op het terrein van de medische ethiek: 'Journal of Medical Ethics' dat sinds 1974 verschijnt en 'Ethics in Science and Medicine - An International Journal'.

De toenemende aandacht voor medische filosofie blijkt ook uit de reeks publikaties 'Philosophy and Medicine', die onder redactie staat van H. Tristram Engelhardt Jr. en Stuart F. Spicker; het eerste deel in deze serie verscheen in 1975 en bevatte de 'Proceedings of the First Trans-Disciplinary Symposium on Philosophy and Medicine'. Op het van de hand van D. von Engelhardt en H. Schipperges een uitstekend en H. Schipperges een uitstekend overzicht van de interne relaties tussen geneeskunde en filosofie in de 20e eeuw. Binnenkort verschijnt van de hand van de eerste auteur een volgend boek omtrent de relatie van geneeskunde en filosofie in de Nieuwe Tijd (zie literatuurreferentie 6).

Deze opsomming van feiten rechtvaardigt de verwachting dat na lange tijd van verwijdering tussen geneeskunde en filosofie, in onze tijd de oude band tussen denker en dokter op nieuwe wijze gestalte krijgt. Het is veelbelovend dat de tandheelkunde als typisch moderne medische discipline reeds bij het begin van de ontwikkeling betrokken is. Voor de filosofie is wellicht het meest boeiende van het herstel contact dat het haar nieuwe kansen biedt dienstbaar te zijn aan de bezinning op de eigentijdse problemen van samenleving en cultuur.

Summary

Title: Philosophy of dentistry.

According to many workers in dentistry, medicine and health care the present situation in these fields presents an increasing need for philosophical reflection. At different universities in The Netherlands and abroad there is a growing interest for education and research in medical philosophy. In the present paper it is tried to trace out and to map roughly the field of medical philosophy. It is the aim to supply understanding of the basic structure of medicine (c.q. dentistry) and health care from a philosophical viewpoint. Four coherent problem areas within a general medical philosophy are distinguished and shortly explained. Next it is discussed how within this framework a philosophy of dentistry can be elaborated. Also some perspectives are sketched for research in the field of medical philosophy which is up till now hardly explored.

Literatuur:

1. Bernal, J. D. (1971): De wetenschap als maatschappelijk proces. Het Spectrum, Utrecht.
2. Drogendijk, A. C. (1958): Gezondheidszorg. In: Christelijke Encyclopedie onder redactie van F. W. Grosheide en G. P. van Itterzon. J. H. Kok, Kampen.
3. Engel, G. L. (1977): The need for a new medical model. *Science* 196: 129-136; citaat.
4. Engel, G. L. (1981): The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* 6: 101-123.
5. Engelhardt, D. von, Schipperges, H. (1980): Die inneren Verbindungen zwischen Philosophie und Medizin im 20. Jahrhundert. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt.
6. Engelhardt, D. von: Medizin und Philosophie in der Neuzeit. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt. In voorbereiding.
7. Eijkman, M. A. J. (1977): 100 Jaar gedragswetenschappen in het tandheelkundig onderwijs. In: Van tandmeesters en tandartsen. 't Koggeschip, Amsterdam.
8. Eijkman, M. A. J. (1979): Tandarts en patiëntenvoorlichting. Wolters-Noordhoff, Groningen. Citaat: blz. XIV.
9. Gold, S. L. (1978): Holistic dentistry: disease is a result of social, psychological, and physical factors. *Dent Stud* 56 (6):48-50.
10. Hartingsveldt, P. C. van (1981): De verdeelde mens nader beschouwd - Geneeskunde, ethiek en filosofie. *Intermediair* 17e jaargang 16 - 17 april 1981: 49-54.
11. Hattinga Verschure, J. C. M. (1981²): Het verschijnsel zorg - Inleiding tot de zorgkunde. De Tijdstroom, Lochem.
12. Have, H. A. M. J. ten (1980): Wijsbegeerte der Geneeskunde. *Alg Ned Tijdschr Wijsb* 73: 242-263. Citaat: blz. 242.
13. Kalk, W. (1979): Het kunstgebit een blij bezit. Proefschrift Vrije Universiteit te Amsterdam.
14. Kleef, R. van (1977): Ethiek en de tandheelkundige opleiding. *Ned Tandartsenbl* 32: 674 e.v.; 996 e.v.; 1049 e.v.

15. Kuiper, J. P. (1980): Mensopvatting en gezondheidszorg. Van Gorcum, Assen.
16. Kuiper, J. P. (1981): Gezondheidskunde, gezondheidskunde, gezondheidszorg en gezondheidszorgkunde. *Tijdschr Soc Geneesk* 59: 295.
17. Langevoort, H. L. (1980): Faculteit der Geneeskunde. In: Wetenschap en Rekenenschap 1880-1980 - Een eeuw wetenschapsbeoefening en wetenschapsbeschouwing aan de Vrije Universiteit, onder redactie van M. van Os en W. J. Wierenga. J. H. Kok, Kampen. Citaat: blz. 198.
18. Leenen, H. J. J. (1979): Structuur en functioneren van de gezondheidszorg. Samson, Alphen a/d Rijn.
19. Lindeboom, G. A. (1960): Medische ethiek. J. H. Kok, Kampen. Citaat: blz. 28.
20. Lindeboom, G. A. (1967²): Begrippen in de geneeskunde. De Erven F. Bohn N.V., Haarlem.
21. Meininger, J. V. (1974): Uit de geschiedenis van de anthropologische psycho-somatiek. In: Circa Tiliam, Leiden.
22. Melsen, A. G. M. van (1981): Het moderne ziekenhuis als toetssteen van onze cultuur. *Gasthuiskrant* 14e jaargang, no. 1, februari.
23. Munson, R. (1981): Why medicine cannot be a science. *J Med Philos* 6: 182-208.
24. Popma, K. J. (1977): Gestoorte Wereld. Wytse Benedictus, Hilversum. Citaat: blz. 36.
25. Riessen, H. van (1980²): Mondigheid en de Machten. Buijten & Schipperheijn, Amsterdam.
26. Rothschild, K. E. (1965): Prinzipien der Medizin - Ein Wegweiser durch die Medizin. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin. Citaat: blz. 28 en 48.
27. Schipperges, H. (1970): Moderne Medizin im Spiegel der Geschichte. Georg Thieme Verlag, Stuttgart. Citaat: blz. 277 en 284.
28. Sporken, C. P. (1977): Ethiek en gezondheidszorg. Ambo, Baarn. Citaat: blz. 61.
29. Tiemersma, D. (1979): Relatie geneeskunde en filosofie - Over de relatie tussen geneeskunde en filosofie in het bijzonder de wijsgerige anthropologie. *Medisch Contact* 34: 1519-1522.
30. Verbrugh, H. S. (1972): Geneeskunde op dood spoor - Het gangbare medische mensmodel als voor-wetenschappelijke ideologie. Lemniscaat, Rotterdam.
31. Vries, M. J. de (1980): The redemption of the intangible in medicine - an exploration of a new paradigm in the study of health and disease; The systems approach. Uitg. Erasmus Universiteit, afd. Algemene Pathologie, Rotterdam.
32. Van tandmeesters en tandartsen (1977): 100 Jaar tandheelkundig onderwijs in Nederland. 't Koggeschip, Amsterdam.
33. V.U. Magazine (1979) Nazorg nodig voor drie miljoen kunstgebitdragers. 8e jaargang, no. 8. Citaat blz. 20.

Juni 1981.

Adres: Drs Ir. S. Srijbos,
De Boelelaan 1115,
1081 HV Amsterdam.