



Foto collectie Trefpunt Medische Geschiedenis, Urk.

Pieter Hendrik van Eden (1862-1933)

Context

Bij de pensionering van medisch adviseur Kooperberg (1915) zag de sociale verzekering er heel anders uit dan bij zijn aantreden: de Ongevallenwet was ingevoerd en er was twaalf jaar ervaring mee opgedaan. De uitvoeringsorganisatie Rijksverzekeringsbank (RVB) was sterk gegroeid en zo ook het aantal controlerend geneeskundigen (van 6 in 1903 naar plm. 30 in 1918). Met de aankomende Invaliditeitswet en Ziektewet (vermoedelijk uit te voeren door 39 regionaal werkende Raden van Arbeid) zou die groei nog verder doorzetten. Er was inmiddels ook, onder andere door Korteweg, kritiek gekomen op de wijze waarop de Ongevallenwet door de RVB en zijn artsen werd uitgevoerd. Dat artsen de Ongevallenwet uitvoerden was niet meer omstreden maar wat de plek van die artsen was in de medische beroepsgroep stond nog allerminst vast. Waren het algemeen artsen met kennis van wetgeving of waren het toch een soort specialisten? Het was aan de opvolger van Kooperberg om verdere ontwikkelingen in goede banen te leiden. Die opvolger was Pieter van Eden.

Levensloop

Van Eden werd op 25 februari 1862 in Krommenie geboren als jongste zoon van Jan van Eden en Petronella Walig. Vader Jan werkte eerst in de zeilmakerij van zijn vader en later als gemeenteambtenaar. Pieter volgde de HBS en studeerde vervolgens geneeskunde. Tijdens zijn studie werkte hij een semester bij een Duitse hoogleraar anatomie in Jena. In 1886 deed hij artsexamen. Daarna vestigde hij zich als huisarts, eerst in Wolvega en in 1890 in Harlingen. In Harlingen schreef hij zijn eerste artikel in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)*. Hij verbaasde zich in dat artikel erover dat artsen in Denemarken en Noorwegen in 12 punten vastlegden wat waardig handelen was voor een behandelende arts. Zoiets leek hem in Nederland niet nodig. In 1897 schreef Van Eden een boek over hulp bij ongelukken, variërend van verbranding tot verstikking en verdrinking. Hij bleef later publiceren over behandeling van wonden en fracturen. Sien van Hulst, voorstander van huisverpleging door gediplomeerde zusters werd geïnspireerd door de ideeën van Van Eden over behandeling thuis. Van Hulst startte in 1896 de 'Vereniging voor Wijkverpleging en Ziekenzorg' en was daarmee grondlegster van het latere Groene Kruis. Van Eden en Van Hulst vonden het ziekenhuis tegenover zich, dat door meer verpleging thuis voor minder opnames vreesde. De ontwikkeling van de wijkverpleging was echter niet te stuiten. In 1899 volgde Van Eden Kooperberg op als directeur van het ziekenhuis Leeuwarden. Hij bleef zijn geloof in de voorkeur voor verzorging van zieken thuis trouw, blijktens zijn toespraak bij de vergadering van de 'Vereeniging tot bevordering van het ziekenhuiswezen in Nederland en zijn Koloniën' in 1906, getiteld: *Het ziekenhuis als noodzakelijk kwaad*. In 1900 schreef hij een boek over verbandleer dat elf drukken zou beleven; de laatste druk werd uitgebracht na zijn dood. Tot 1915 was Van Eden ook docent gezondheidsleer aan de Rijksnormaalschool in Leeuwarden. In dat jaar werd hij benoemd tot medisch adviseur van de RVB, ook hier als opvolger van Kooperberg, wat hij bleef tot zijn pensionering in 1927. In 1923 werd hij gelauwerd tot Ridder in de Orde van den Nederlandsche Leeuw. Hij kreeg ook onderscheidingen van het Duitse en het Hongaarse Rode Kruis. Bij zijn 40-jarig arts-jubileum (in 1926) bood het personeel van de RVB hem een portret aan van de hand van de schilder L.J. Goudman (mogelijk is dat bovenstaand portret). Van Eden was soms langdurig bedlegerig wegens rugklachten. Hij huwde Marie Ingerman in 1886 en ze kregen drie kinderen. Hij scheidde van haar in april 1927 en hertrouwde een maand later met de 36 jaar oude apothekersassistente Bertha Catharina van der Ven. Op negentien oktober 1933 overleed Van Eden plotseling in Amsterdam. PA de Wilde beschreef in het In Memoriam in het NTvG de vele medische en maatschappelijke organisaties waarvan Van Eden bestuurslid of voorzitter was. Van Eden komt daarin naar voren als een voor zijn vak en de volksgezondheid zeer actieve en gedreven man.

Werk in de verzekeringsgeneeskunde.

Naast zijn uitvoerende werk als medisch adviseur zag Van Eden ook duidelijk een leidende rol voor zichzelf en het bestuur van de RVB steunde hem daarin. Hij zag de verzekeringsgeneeskunde als een eigen vak dat nog in de kinderschoenen stond. In 1916 richtte hij het Tijdschrift voor Ongevalleneeskunde op en werd zelf hoofdredacteur. Tot aan zijn dood zou hij daarin veel originele stukken schrijven, maar ook artikelen bespreken uit Duitse, Franse en Engelse tijdschriften. Hij publiceerde ook in het NTvG. Over het toezicht op de behandeling (de eerste taak van de controlerend geneeskundige van de RVB) schreef hij weinig, maar des te meer over de beoordeling van arbeidsongeschiktheid. In 1917 maakte hij een reis naar Duitsland waar hij de revalidatie van oorlogsinvaliden van de slagvelden van de Eerste Wereldoorlog bestudeerde.

In april 1918 promoveerde hij in Amsterdam op het onderwerp 'aanpassing'. Het was sinds kort mogelijk om te promoveren met een HBS- diploma, en Van Eden greep die mogelijkheid meteen aan. Over aanpassing betoogde Van Eden dat zonder fysiek herstel toch functioneel herstel mogelijk is door oefening en compensatie. Voor zijn promotieonderzoek ontwierp hij een protocol waarin drie proefpersonen een gestandaardiseerde tekst moesten typen. Eerst met normaal beweeglijke vingers, maar daarna telkens een week lang met een, twee of drie geblokkeerde vingers. De uitkomstmaten waren de hoeveelheid getypte tekst en het aantal gemaakte fouten. Van Eden zag dat de proefpersonen zich snel en goed aanpasten aan de beperkingen. Vervolgens onderzocht van Eden het verloop van arbeidsongeschiktheid bij herbeoordeling bij 909 arbeiders met letsel van de extremiteiten. Hij gaat voorbij aan de discussie van de RVB met Korteweg maar bespreekt op voorbeeldige wijze de beperkingen van het bij de RVB geselecteerde materiaal. Bij 31% was de arbeidsongeschiktheid niet veranderd maar bij 69% dus wel. Van Eden onderzocht en beschreef welke letsels in welke aanpassing resulteerden. Het is fascinerende casuïstiek. Op grond daarvan en na literatuurstudie wees hij, net als Kooperberg voor hem en Brocx na hem, het gebruik van vaste schalen voor de waardering van letsels af. Het letsel bepaalde niet de arbeidsgeschiktheid. Van Eden betoogde dat het zelfvertrouwen en de wil van de patiënt van grote betekenis waren voor functionele verbetering. Een uitkering, maar ook de houding van behandelend artsen, werkgever en familie of vrienden konden het herstel belemmeren. Gebrek aan bezigheid kon stoornissen verergeren of tot psychische problemen leiden. Een van de stellingen bij zijn proefschrift luidde dan ook: *de stiefmoederlijke behandeling van ongevalleneeskunde aan de universiteiten berokkent onnodige schade aan de volkswelvaart.*

Van Eden vond dat verzekeringsgeneeskunde in de medische studie een plaats verdiende. Hij vond het een vak met een specifiek takenpakket, specifieke vakkennis en specifieke methoden. Die opvatting was bepaald geen gemeengoed, ook niet bij de controlerend geneeskundigen zelf, en leidde tot aanvaringen met de Utrechtse hoogleraar chirurgie, Laméris. Deze vond dat ongevalsgevolgen bij een medisch specialist hoorden, meestal een chirurg. Een poging van de RVB in 1920 om een hoogleraar ongevalleneeskunde aan de GU van Amsterdam aan te stellen werd afgewezen: het was geen eigen vak. Van Eden bleef stug berichten uit het buitenland publiceren, waarin verzekeringsgeneeskunde wel als universitair vak werd erkend.

Van Eden schetste in zijn vele artikelen de hoofdlijnen van de claimbeoordeling en verslaglegging daarover. Hij vond dat de controlerend geneesheer in zijn verslag de subjectieve en objectieve bevindingen en ten derde zijn beoordeling zorgvuldig vast moest leggen. Daarnaast gaf hij informatie over wet en uitvoering en voerde debat met artsen over informatieverstrekking en vakinhoudelijke onderwerpen. Hij besprak publicaties uit de Duitse, Franse, Engelse en Amerikaanse vakpers. Hij publiceerde zelf ook in Duitse tijdschriften. Van Eden probeerde over bepaalde vraagstukken jurisprudentie van de Centrale Raad van Beroep uit te lokken om de verzekeringsgeneeskunde meer houvast te geven. Hij vond dat de verzekeringsgeneeskunde bij voorkeur binnen een onafhankelijk organisatie uitgeoefend moest worden. Een fabrieksarts moest geen claimbeoordeling doen vanwege de werkgeverspet die deze op had. Sommige werkgevers en hun fabrieksartsen wilden dat juist wel. Na een ongeval moest volgens Van Eden direct gecontroleerd worden, wat bij de private uitvoering van de Ongevallenwet niet gebruikelijk was.

Het lijkt er niet op dat Van Eden zelf heeft gewerkt als controlerend geneeskundige maar hij ontwikkelde wel snel zijn ideeën over de uitvoering. Over de claimbeoordeling schreef hij dat deze bij uitstek arbitrair en subjectief was. Met het afwijzen van vaste percentages arbeidsongeschiktheid op basis van letsels hadden Kooperberg en Van Eden de beoordeling niet makkelijker gemaakt. Van Eden gaf suggesties om toch tot een goede beoordeling te komen. De hoofdlijnen van onderzoek waren de objectieve feiten maar ook de subjectieve anamnese. Op grond daarvan en van zijn kennis moest de verzekeringsarts een oordeel geven over mogelijkheden en te verwachten verloop. Over de benodigde kennis was en werd al gepubliceerd en Van Eden legde zich toe op protocollering van het onderzoek en bijbehorende verslaglegging. Hij vond dat de controlerend geneesheer in zijn verslag de subjectieve en objectieve bevindingen en zijn beoordeling zorgvuldig vast moest leggen. Maar waar het weten tekort schoot moest de verzekeringsarts toch een beslissing proberen te onderbouwen (zonder zijn eigen terrein te verlaten). Als hij echt niet wist of iets een gevolg was van een ongeval, moest hij dat duidelijk opschrijven.

Voor de beoordeling van de mate van arbeidsongeschiktheid gaf Van Eden de voorkeur aan een praktische beoordeling op basis van gerealiseerde werkhervatting. Als iemand meer dan 50% ongeschikt bleef voor eigen werk, kon beter aan integratie in ander werk gedacht worden. Die integratie in ander werk geschiedde met inzet van 'speciale agenten', voorlopers van de arbeidsdeskundigen. Als dat niet mogelijk was deed de controlerend geneeskundige (verzekeringsarts) een theoretische beoordeling. Voor de theoretisch beoordeling kon de controlerend geneeskundige volgens Van Eden kiezen uit twee benaderingen: het beoordelen van verlies van mogelijkheden of het beoordelen van resterende mogelijkheden. Het eerste was makkelijker maar het tweede was meer in de geest van de wet die immers draaide om de resterende arbeidsgeschiktheid. Gezien de vele factoren en onzekerheden die meespeelden, diende het oordeel mild te zijn. Bij de verslaglegging kon verhullend taalgebruik nodig zijn. Van Eden vond het niet nodig dat de beoordeelde mensen inzage in die documentatie zouden krijgen, daar zouden ze maar ongeruster door worden. Omdat de persoon van de verzekeringsarts in al deze subjectiviteit zo'n belangrijke rol speelde, was het van belang dat de verzekeringsarts kennis en gezag uitstraalde.

Sinds 1905 werd af en toe het Internationaal Congres over Ongevalleneeskunde en Beroepsziekten georganiseerd. De eerste wereldoorlog brak de serie af. Van Eden herstelde het comité van de *Congres Internationaux medicaux des Accidents du Travail et Maladies professionnelles* in 1924, en bleef tot 1928 voorzitter. In 1925 organiseerde hij met controlerend geneeskundige Brocx het vierde congres, dat een week duurde, in Amsterdam. Het NTvG publiceerde er 23 artikelen over, alle zeer lovend. Naast artsen trok het congres ook veel hoogwaardigheidsbekleders, vooral uit Nederland. Na zijn pensionering in 1927 wijdde Van Eden zich weer aan eigen onderzoek: de resultaten van de behandeling van verwondingen aan handen en vingers. Daarover publiceerde hij nog enkele artikelen. Hij hoopte de resultaten te kunnen presenteren bij het internationale congres in 1935 in Boedapest. Dat heeft hij echter niet meer gehaald.

Betekenis voor de verzekeringsgeneeskunde.

Van Eden zag zich gesteld voor een uitvoeringspraktijk die dreigde te gaan divergeren door een toenemend aantal artsen die voor verschillende wetten en in verschillende organisaties werkten aan volstrekt vergelijkbare vragen. Van Eden stelde de claimbeoordeling niet mooier voor dan ze was: arbitrair en subjectief; voor de medisch adviseur van de RVB een nogal markante uitspraak, die nog steeds wel taboe is. Voor hem was het een apart vak waarin artsen moesten worden onderwezen. Net als Kooperberg zocht hij de oplossing niet in schalen of tabellen van schade op basis van diagnose of stoornis. Hij erkende dat arbeidsongeschiktheid niet eenduidig kon worden gemeten en zette in op professionalisering van de claimbeoordeling met eigen onderzoek, een tijdschrift, normen voor de methode van beoordelen en het bevorderen van het vakinhoudelijke debat. We

zouden nu spreken van *evidence based insurance medicine* toegespitst op de methoden van beoordelen. De belangstelling voor het systematiseren van de methode van de beoordeling was origineel en het heeft tot de jaren 70 van de vorige eeuw geduurd voordat die draad weer werd opgenomen. Van Eden was met Kooperberg de grondlegger van het medisch-juridisch stelsel van beoordeling van arbeidsongeschiktheid zoals we dat heden ten dage kennen. We hebben niet gevonden dat de voorstellen van Van Eden inzake de professionalisering werden tegengesproken. Maar in hoeverre zijn aanbevelingen werden opgevolgd is niet bekend. Bij gebrek aan een gerichte opleiding zal dat niet veel het geval zijn geweest.