

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

De derde 50 jaar

NTvG 1957-2006

prof.dr.J.van der Meer

dr.S.van 't Hof

VERENIGING NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE – AMSTERDAM

BOHN STAFLEU VAN LOGHUM – HOUTEN

2007

Inhoud

Inleiding	13
1 EEN HISTORISCH KADER 1957-2006	17
De geneeskunde	20
Opleiding	20
Artsen	21
Patiënten	22
Medische praktijk	23
Ethiek	24
Nederland	25
Veranderende bevolking	26
Veranderende volksgezondheid	27
Veranderende economie, veranderende samenleving	29
Veranderende gezagsverhoudingen	30
De gezondheidszorg	33
2 'ELLE MARCHE AVEC LE PROGRÈS'	
Een halve eeuw geneeskunde in het Tijdschrift	37
Van oude en nieuwe ziekten	41
1960-1980: optimisme	42
Na 1980: nieuwe bezorgdheid	44
Nieuwe ziekten	45
Beeldvorming	52
Mammografie	53
Echografie	54
Computertomografie (CT)	56
Kernspinresonantietomografie	57
Nucleaire geneeskunde	58
Bijwerkingen van beeldvorming	59
Interventieradiologie	59
Beeldspraak	63
Van 'ruim openleggen' naar 'sleutelgatchirurgie'	63
Gynaecologie	64
De galblaas	65



De appendix	67
Liesbreuken	68
Coloncarcinoom	68
Het retroperitoneum	69
De thorax	69
De knie	70
Ulcus pepticum	71
Epidemiologie	71
Diagnostiek	73
Dieet, antacida en secretieremmers	73
Operatie	74
Röntgenbestraling	75
Bevriezing	76
<i>Helicobacter pylori</i>	76
Nierfunctievervangende therapie	77
Hemodialyse	78
Peritoneale dialyse	80
Chronische dialyse in de praktijk	80
Niertransplantatie	81
De pil	83
Eerste Nederlandse ervaringen met de pil	85
Een geaccepteerde vorm van anticonceptie	87
Bijwerkingen	87
Invloed op de maatschappij	90
Psychosomatiek op zoek naar empirische onderbouwing	91
Prick: alle geneeskunde is psychosomatisch	91
Groen: typerende psychosociale conflicten	92
Stokvis: de psychosomatische cirkelgang	95
Een zachte dood	96
Psychiatrie: identiteitsvragen	98
Farmacopsychiatrie	98
Identiteitsvragen	104
Wetenschappelijkheid	105
DNA: de kern van de zaak?	108
Laboratorium	108
Klinische genetica	109
Koppelingsonderzoek	110
Zieke genen in kaart	111
Prenatale diagnostiek	112
Kanker	113
Psychologische en maatschappelijke aspecten	114
Van mensen naar moleculen... en terug?	115

Maat en getal	115
Statistiek	115
De computer	118
Epidemiologie	119

Jaargangen 1957-1966 121

3 MACHT EN ONMACHT

<i>Maatschappelijke vraagstukken in het NTvG</i>	135
Feminisering van het beroep	139
Migratie: importziekten	141
'Een schijnbaar heel gewone patiënt'	141
Oude bekenden	143
Cultuurverschillen: permanent of veranderlijk?	145
Politiek en medische ethiek	148
Juridisering van de geneeskunde	149
Patiëntenrechten en kwaliteit van zorg	151
Ethiek: dokters aan de grenzen	157
Voortplantingstechnieken: KI, ivf en kloneren	158
Abortus: van misdrijf tot hulpverlening	163
Levensbeëindigend handelen: euthanasie	167
Biology is no destiny: transseksualiteit	176
Testen op hiv: in wiens belang?	179
De farmacotherapeutische revolutie	184
'Deze verderfelijke bemoeienis met ons eigen terrein'	184
'The selling of the pharmacon'	186
Rampen	188
Gasexplosie Beek, 1975	189
Vliegcrash Bijlmermeer, 1992	190
Vuurwerkcrash Enschede, 2000	191
Cafébrand Volendam, 2001	192
Asbest	193
Thalidomide	194
Des	195
Van kwakzalverij tot alternatieve geneeswijzen	197
'Op weg naar een placebo-cultuur?'	198
Berusten of bestrijden?	201
Medische opleiding	204
Een nieuwe rubriek	205
Oude leermeesters	206
Nieuwe onderwijsvormen	208



Een wetenschappelijke opleiding?	209
Onderwijskundigen	210
Besluit	211

Jaargangen 1967-1976 213

7 / 7
 F7 7
 7 E 7 L
 7 L L

4 'EEN OUDERE HEER IN DRIEDELIG GRIJS'	
Taal, beeld en vormgeving	223
'Waartoe deze taalmormels gebruikt?'	225
Vaktaal: eenduidigheid en precisie	228
Vaktaal, 'science-speak' en moedertaal	231
Bewerkingsproces en taalbeleid	232
De bewerkingsfase: evidence-based redigeren	232
Vormgeving en beeld	237
Vormgeving	237
Beeld	243
Reclame en advertenties	244
Het onbehagen der medici	245
Personeelsadvertenties: 'Er wordt bij ons veel gelachen'	249
Besluit	250

Jaargangen 1977-1986 251



5 DE VERENIGING	
Een rijke historie	261
De regels	263
Statutenwijziging	266
Verdere modernisering	267
Benoemingen	267
Redacteuren en leden	267
Feminisering	268
Samenstelling van de redactie	269
Hoofdredactie	269
Vergaderingen	272
Reguliere vergaderingen	272
Lustra	274
Financiën	276
Periode-Prakken (1957-1970)	277
Periode-Jongkees (1971-1982)	278
Periode-Dunning (1983-1995)	278
Periode-Van Gijn (1996-2007)	279
Algemeen	279

Zetel der Vereniging	280
Jan Luykenstraat	281
Johannes Vermeerstraat	283
Verzamelingen	287
Bibliotheek	287
Penningen	293
Nevenactiviteiten	294
Tijdschriftconferenties	295
Huisconcerten	295
Stagiairs	296
Auteurscursus	296
Jonge-auteursprijs	296
NTvG-S	296
Bijzondere leerstoel	297
Terugblik	299

Jaargangen 1987-1996 301

6 HET TIJDSCHRIFT

Van 'Optocht der hoogleraren' naar 'Grote visite'	309
---------------------------------------------------	-----

Prakken: 1955-1970	311
Hoofdpersonen	311
Hoofdartikelen: 'alles weglaten wat voor het beoogde doel gemist kan worden'	313
Vorm en inhoud	314
Jongkees 1971-1982	316
Hoofdpersonen	316
Artikelen en opinies: 'alle gezwam ten spijt'	319
Vorm en inhoud	320

Dunning 1983-1995	322
Hoofdpersonen	322
Hoofdartikelen en andere stukken: 'Er is een einde aan alle dokteren'	324
Vorm en inhoud	325
Internationalisering	326
Evaluatie	327
Van Gijn 1996-heden	327
Hoofdpersonen	327
Hoofdartikelen: 'leren beter te luisteren'	329
Vorm en inhoud	330

Het bureau	331
Het redactionele proces: van carbonpapier naar ftp	332



De medewerkers: ‘een buitengewoon beschaafd klimaat’	334
Automatisering	337
De uitgever: ‘een bestendige relatie’	338
Introspectie	340
Onderzoek naar de inhoud	340
Onderzoek naar het redactionele proces	344
Onderzoek naar schrijvers en lezers	344
Retrospectie	346

Jaargangen 1997-2006 353

7 CONTINUÏTEIT EN VERANDERING 363

De Vereniging	365
Een halve eeuw veranderingen	366
Het Tijdschrift	368
Het beleid van de hoofdredacteurs	370
Terugblik	371
Haalt het NTvG 2057?	372

BIJLAGEN 377

BIJLAGE 1	Hoofdredactie (1958-2006)	379
BIJLAGE 2	Voorzitters van het bestuur van de Vereniging (1972-2006)	381
BIJLAGE 3	Leden van de Vereniging (1857-2006)	383
BIJLAGE 4	Ontvangers van de Donderspenning (1957-2006)	389
BIJLAGE 5	Winnaars Jonge-auteursprijs (1979-2005)	391
BIJLAGE 6	Tijdschriftconferenties (1989-2006)	393
BIJLAGE 7	Publicaties uitgegeven door de Vereniging (1957-2006)	395
BIJLAGE 8	Gepubliceerd eigen onderzoek (1990-2006)	397

Literatuur 401

Bronnenverantwoording 403

Dankwoord 405

Personenregister 407

Zakenregister 409

Colofon 412





N E D E R L A N D S C H
TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE,

TEVENS ORGAAN DER

NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST.

ONDER REDACTIE VAN:

Dr. G. A. N. ALLEBÉ.	Dr. A. H. ISRAËLS.
" C. DE BORDES.	Prof. F. W. KRIEGER.
" J. E. C. VAN CAMPEN.	Dr. L. LEHMANN.
" J. L. CHANFLÉURY VAN IJSSELSTEIN.	" C. A. J. A. OUDEMANS.
" L. ALI COHEN.	" J. PENN.
Prof. J. VAN DEEN.	" M. POLANO.
" J. VAN GEUNS.	" J. N. RAMAER.
Dr. J. P. GILDEMEESTER.	" F. J. J. SCHMIDT.
" K. M. GILTAY.	Prof. G. E. VOORHELM SCHNEEVOOGT.
" C. GOBÉE, 1ste Off. v. gez. 2de kl.	Dr. J. M. SCHRANT.
Prof. H. J. HALBERTSMA.	Prof. A. E. SIMON THOMAS.
Dr. A. W. M. VAN HASSELT, Off. v. gez. 1ste kl.	Dr. J. TEIXEIRA DE MATTOS.
" A. HEYNSIUS.	" J. W. R. TILANUS.
" E. F. HOYACK.	" J. ZEEMAN.

Comité van Redactie: C. GOBÉE, J. PENN, G. E. V. SCHNEEVOOGT, J. W. R. TILANUS en J. ZEEMAN.

EERSTE JAARGANG.

A M S T E R D A M,
H. A. F R I J L I N K.

1857

Inleiding

Op 28 september 1856 werd in het concertgebouw Odéon op het Singel in Amsterdam een vergadering belegd om 'het Geneeskundig Tijdschrift te helpen constitueeren'. Aanwezig waren 12 heren, van wie 4 van buiten Amsterdam. Het initiatief was uitgegaan van de in 1849 opgerichte Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (NMG, sinds 1949 koninklijk, KNMG). Van de 9 medische tijdschriften die toen in Nederland verschenen, besloten er 5 om op te gaan in het nieuwe tijdschrift, te weten het *Tijdschrift der Maatschappij*, het *Praktisch Tijdschrift voor Geneeskunde*, het *Repertorium*, het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geregeltelijke Geneeskunde en Psychiatrie* en het *Nederlandsch Weekblad voor Geneeskundigen*. Onder de naam *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* verscheen het eerste nummer op 2 januari 1857.

Het NTvG behoort heden ten dage tot een select internationaal gezelschap van algemeen medische tijdschriften die meer dan 150 jaar bestaan: *The New England Journal of Medicine* uit 1812, *The Lancet* uit 1823, het *Deense Ugeskrift for Laeger* uit 1839 en de *British Medical Journal* uit 1840. Vanwege deze eerbiedwaardige status wordt het NTvG in Nederland ook wel als 'het Tijdschrift' aangeduid, een gewoonte die wij in dit boek overnemen.

De historie van het Tijdschrift is in twee eerdere jubileumboeken beschreven. Dr.C.C.Delprat is de auteur van *De geschiedenis van de eerste 50 jaren van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1857-1907*. Delprat was huisarts te Amsterdam. Van 1889 – hij was toen 35 jaar – tot 1895 was hij redacteur-gerant van het NTvG. Het boek verscheen pas ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan in 1932. Het is een monumentale en rijk geïllustreerde uitgave, waarin de nadruk ligt op de geschiedenis van de organisatie.

Bij het 100-jarig bestaan in 1957 verscheen *Geschiedenis van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde gedurende de tweede halve eeuw van zijn bestaan*. De auteur was dr.C.T.van Valkenburg, sinds 40 jaar lid van de Vereniging. Hij was huisarts en later zenuwarts in Amsterdam. Het uiterlijk van dit boek is een afspiegeling van de sobere naoorlogse jaren. Van Valkenburg geeft meer dan Delprat aandacht aan de wetenschappelijke inhoud van het Tijdschrift. Verder wijdt hij een heel hoofdstuk aan de relatie met de NMG en het verbreken van die band tijdens de Tweede Wereldoorlog.

Nu ligt er dit jubileumboek over de derde 50 jaar. Als hoofdredacteur hiervan was J.van der Heide benoemd, die van 1976 tot 1990 lid was van de hoofdredactie. Hij ging in april 2000 samen met mw.dr.G.van Heteren voortvarend en met veel enthousiasme aan de slag, maar overleed in januari



2001. Wij hebben de taak overgenomen en dankbaar gebruik gemaakt van het door hem verzamelde materiaal, dat onder andere bestaat uit interviews door hem en mw. Van Heteren met een aantal leden van de Vereniging.

‘Ons Tijdschrift is algemeen; het beoogt in de eerste plaats de huisarts voorlichting te geven op het onoverzienbaar grote gebied der geneeskunde, en de specialist het onmisbare overzicht der geneeskunde, buiten zijn enge gebied mogelijk te maken. Daarnaast heeft het als leidend geneeskundig tijdschrift in Nederland gedeeltelijk ook de functie van archief voor de uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek in ons land. In de inhoud van ons Tijdschrift vindt men de gehele ontwikkeling van de geneeskunde weerspiegeld en in het bijzonder de Nederlandse bijdragen op bijna ieder gebied der medische wetenschap.’

Aldus hoofdredacteur J.R. Prakken in het voorwoord van het tweede jubileumboek. Deze opvatting is in grote lijnen nog steeds het uitgangspunt van het beleid van de Vereniging en van de redactie van het Tijdschrift.

In dit boek beschrijven wij niet alleen het reilen en zeilen van het Tijdschrift in de afgelopen 50 jaar, maar gaan wij ook na in hoeverre de door Prakken beschreven doelstellingen zijn gerealiseerd. Een jubileumboek van een organisatie moet vanzelfsprekend aandacht besteden aan belangrijke gebeurtenissen in de voorgaande periode en aan personen die daarbij een rol hebben gespeeld. Van der Heide was van plan om de uitvoering van deze obligate taak te beperken en de nadruk te leggen op de inhoud van het Tijdschrift in de afgelopen 50 jaar. Wij hebben dit uitgangspunt van harte overgenomen, zoals ook blijkt uit de indeling van het boek.

De lezer, gewend aan de huidige stand van de geneeskunde, zal zich wellicht nauwelijks meer realiseren hoe groot de toename in medische kennis en diagnostische en therapeutische mogelijkheden in de afgelopen 50 jaar is geweest. Daarom bevat het eerste hoofdstuk een korte schets van de stand van de geneeskunde in de jaren vijftig, gevolgd door een beknopt overzicht van ontwikkelingen in de maatschappij die de context vormen van de later beschreven geneeskundige ontdekkingen en veranderingen.

De twee volgende hoofdstukken gaan over medisch-inhoudelijke onderwerpen en maatschappelijke invloeden op de geneeskunde zoals die sinds 1957 in het Tijdschrift zijn behandeld. Dit deel van het boek laat zien in hoeverre het Tijdschrift in de afgelopen decennia verslag heeft gedaan van de spectaculaire veranderingen in de geneeskunde. Het is daarmee in zekere zin ook een spiegel van de geschiedenis van de geneeskunde in Nederland in die periode.

Na de hoofdstukken over de inhoud komt in hoofdstuk 4 de vorm van het Tijdschrift aan bod: taalgebruik, uiterlijk, beeld en reclame. Het NTvG besteedt sinds lang veel aandacht aan zorgvuldig taalgebruik, zowel medisch als taalkundig.

Het laatste deel van het boek doet in twee hoofdstukken verslag van het beleid van de Vereniging en van de redactie.

Bij deze beschrijving van de opzet van het boek plaatsen wij enkele kanttekeningen. De hoofdstukken 2 en 3 over de inhoud van het Tijdschrift geven een beeld van de Nederlandse geneeskunde in afgelopen decennia, maar dat beeld kan niet anders dan incompleet zijn. Het NTvG is een algemeen medisch tijdschrift en wij hebben een keus moeten maken uit een veelheid van onderwerpen.

Om de leesbaarheid te bevorderen worden de namen van de auteurs van de aangehaalde artikelen slechts in beperkte mate vermeld. Wanneer dit wel gebeurt, hebben wij ons laten leiden door enkele criteria: een eerste publicatie over een nieuwe ontwikkeling, veel artikelen in het Tijdschrift over een bepaald onderwerp, of belangrijke bijdragen aan een discussie. Wij beseffen dat op deze wijze vooraanstaande Nederlandse onderzoekers uit de laatste 50 jaar ongenoemd blijven.*

Een boek als dit wordt als regel niet van kaptot tot kaptot gelezen, maar moet ook geschikt zijn om door te bladeren en bij stukjes en beetjes te lezen. Uit de jaargangen vanaf 1957 hebben wij artikelen geselecteerd die een nieuwe ontwikkeling, een inmiddels verlaten techniek of een opvallende mening weergeven. Korte extracten van deze stukken zijn chronologisch gegroepeerd in perioden van 10 jaar en tussen de hoofdstukken afgedrukt. Op deze wijze komen behalve curiosa ook veel onderwerpen aan bod die in de hoofdstukken 2 en 3 geen of onvoldoende aandacht krijgen.

Lezen in een jubileumboek is vergelijkbaar met bladeren door een familiealbum. Beide roepen reacties op als: dierbare herinneringen aan vroegere tijden, herbeleving van gebeurtenissen uit het verleden, verbazing over wat toen gewoon was en misschien ook een vleugje weemoed. Met de kennis van nu zullen moderne artsen meewarig het hoofd schudden bij het lezen van sommige artikelen van hun voorgangers. Een besef van relativiteit is dan aangewezen. De doelstellingen van het Tijdschrift zijn in 150 jaar nauwelijks gewijzigd, maar de veranderingen in de geneeskunde en de samenleving zijn de laatste 50 jaar aanzienlijk geweest. Dat proces zal ongetwijfeld onverminderd doorgaan. Het is daarom goed om te beseffen dat het volgende jubileumboek over 50 jaar dezelfde ambivalente gevoelens kan oproepen als dit boek.

September 2006

JAN VAN DER MEER
SONJA VAN 'T HOF

* De auteurs en de in dit boek genoemde artikelen in het NTvG zijn als volgt te achterhalen: de lichtblauwe cijfers tussen [haakjes] verwijzen naar jaargang en bladzijde(n).

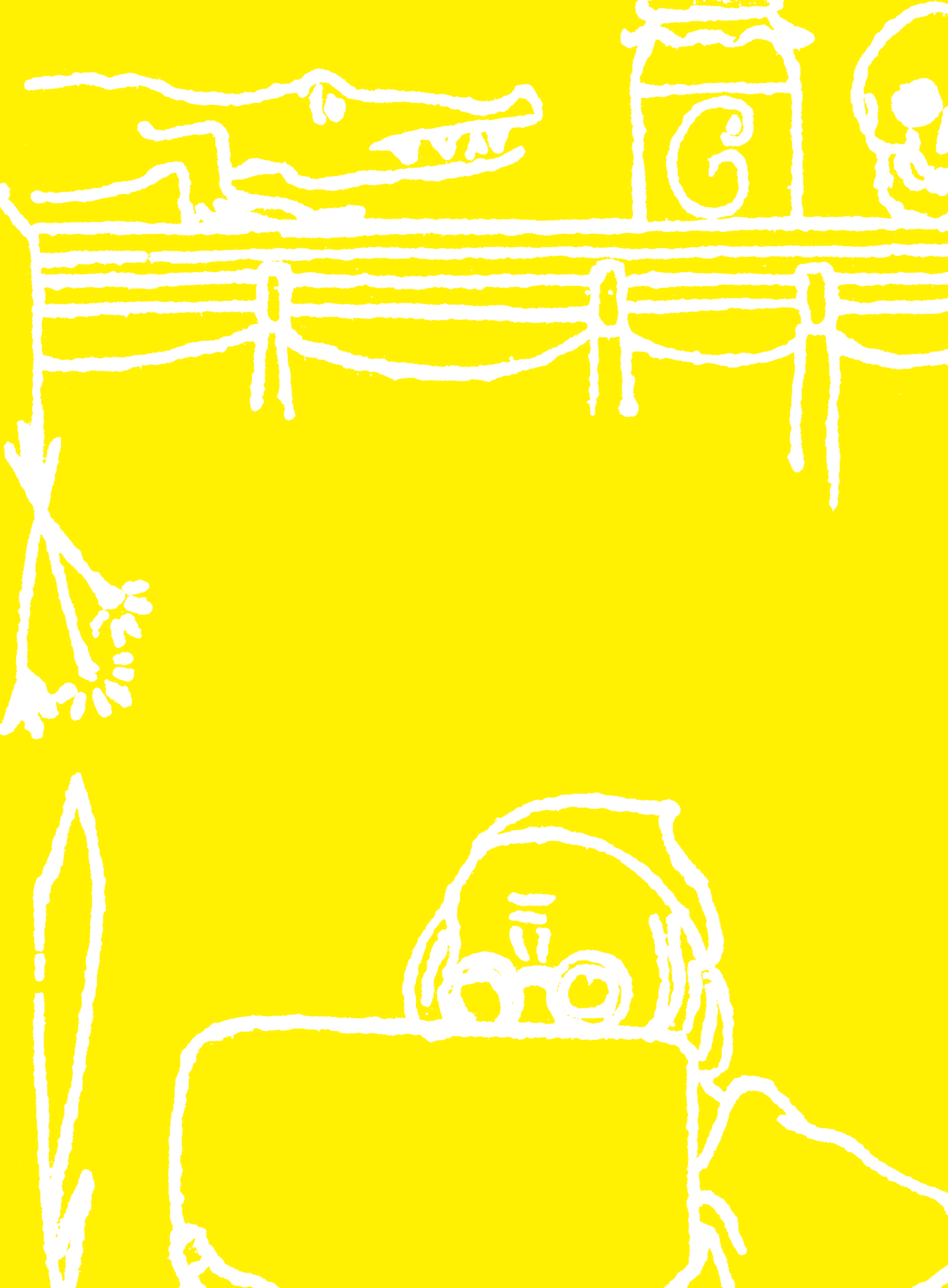
I

Een historisch kader 1957-2006

DE GENEESKUNDE 20

NEDERLAND 25

DE GEZONDHEIDSZORG 33



I

De lezer van dit boek die de ‘Grande Salle des Malades’ van het 15e-eeuwse Hôtel Dieu in Beaune bezoekt, zal waarschijnlijk niet beseffen dat er nog tot in de jaren vijftig van de 20e eeuw zulke ziekenzalen waren [figuur 1.1]. De geneeskunde is de afgelopen halve eeuw ingrijpend veranderd en dat is te zien in de laatste 50 jaargangen van het Tijdschrift. Die veranderingen worden des te meer zichtbaar wanneer wij in dit hoofdstuk een beeld schetsen van de stand van zaken in de jaren vijftig.

Geneeskunde wordt niet uitgeoefend in een maatschappelijk vacuüm en daarom geven wij vervolgens ook een overzicht van belangrijke veranderingen in de Nederlandse samenleving.

Figuur 1.1
‘Grande Salle des Malades’
van het Hôtel Dieu te Beaune.



DE GENEESKUNDE

Opleiding

De eerstejaarsstudent geneeskunde moest nog jaren wachten voordat hij of zij een patiënt zag. Eerst was er een jaar propedeuse met biologie, plantkunde, natuur- en scheikunde. Het onderwijs werd gegeven in de vorm van massale hoorcolleges. De ontleding van een klein haaitje tijdens het biologiepracticum was het eerste wat enigszins op een medische handeling leek. De volgende 2 jaar waren gewijd aan basisvakken zoals anatomie en fysiologie. De snijzaal en de proeven met onthoofde kikkers riepen emoties op waarover niet werd gesproken. Na het kandidaatsexamen kwam eindelijk de geneeskunde in zicht tijdens de klinische colleges. Het eerste directe contact met de patiënt bestond uit een 'klop cursus' waarbij de student zich kon bekwaamen in de auscultatie en de percussie. Huisartsgeneeskunde, medische psychologie, seksuologie en ethiek waren geen vakken voor het doctoraalexamen dat na 5 jaar werd afgenomen. De aandacht die aan de sociale geneeskunde werd besteed, was minimaal. Na 1 jaar coassistentschappen werd het semiartsexamen afgenomen, een jaar later het artsexamen. De meeste tentamens werden aan het eind van elke studieperiode in een paar weken mondeling afgenomen met een enkele herkansing.

Het aantal geneeskundestudenten begon in de jaren vijftig te stijgen. In 1957 waren er op de 6 bestaande medische faculteiten 760 eerstejaars ingeschreven, onder wie ongeveer een kwart vrouwen. Het totale aantal eerstejaarsstudenten bedroeg ruim 5300. Daarna groeide het hoger onderwijs exponentieel, onder meer doordat een beurzenstelsel werd ingevoerd en ook minvermogende, maar intelligente jongeren konden gaan studeren. Twaalf jaar later, in 1969, waren het aantal eerstejaarsstudenten geneeskunde en het totale aantal eerstejaarsstudenten meer dan verdrievoudigd tot 2600 resp. 17.000 [1970:37-8]. Er was inmiddels sinds 1966 een medische opleiding in Rotterdam en in 1974 startte Maastricht met geneeskunde-onderwijs (overigens zonder officiële goedkeuring; die volgde 2 jaar later). Voor medische opleidingen geldt vanaf 1972 een numerus fixus.

In 1968 veranderde het academisch statuut voor geneeskunde en werden de verplichte examenvakken afgeschaft. Ervoor in de plaats kwamen doelstellingen voor de verschillende examens (van propedeuse tot artsexamen).

De medisch-specialistische opleiding was lange tijd een zaak van de KNMG, die sinds 1931 een Specialisten Registratie Commissie (SRC) kende. Eigenlijk was er tot 1960 geen sprake van landelijk gestructureerde opleidingen. Deze situatie bevredigde weinigen. De ziekenhuizen en de medische faculteiten wilden ook een stem in de vorming van specialisten hebben. In 1961 werd de verantwoordelijkheid voor de specialistenopleiding gelegd bij het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medisch Specialisten, kortweg CC. Hierin hadden behalve de KNMG ook vertegenwoor-

digers van de overheid en van de ziekenhuizen zitting, de laatsten echter alleen met een adviserende stem. Het CC ging voor het eerst opleidingsdoelstellingen en -eisen voor alle specialismen formuleren, die in 1978 gereed kwamen. De SRC voerde het beleid van het CC uit en bewaakte de kwaliteit.

Vanaf 1973 werden studenten na het artsexamen basisarts en konden zij een verdere opleiding tot specialist te volgen. Vanaf dat jaar gold dat overigens ook voor degenen die als sociaal-geneeskundige of als huisarts wilden werken; tot die tijd kon iedereen dat na het artsexamen gaan doen. De huisartsopleiding duurde aanvankelijk 1 jaar en sinds 1994 3 jaar. De sociaal-geneeskundige opleiding duurde oorspronkelijk 2,5 jaar en nu 4 jaar. De specialistenopleidingen zijn in de loop der tijd ook verlengd. Anno 2006 duurt een opleiding tenminste 4 jaar (bijvoorbeeld klinische genetica en revalidatiegeneeskunde) en ten hoogste 6 jaar (zoals heelkunde, interne geneeskunde en cardiologie). Het aantal opleidingen tot medisch specialist is toegenomen sinds 1957. Zo werd de opleiding tot zenuwarts gesplitst in aparte opleidingen tot neuroloog en tot psychiater. Nieuw ten opzichte van 1957 zijn de cardiothoracale chirurgie, de klinische genetica, de klinische geriatrie en de nucleaire geneeskunde.*

Artsen

Huisartsen werkten in de jaren vijftig meestal als solist met hun echtgenote of soms een praktijkassistente als ondersteuning. Specialisten zoals internisten hadden vaak nog praktijk aan huis met bescheiden laboratoriumvoorzieningen en in enkele gevallen een röntgenapparaat.

Klinisch specialisten waren – met uitzondering van de academische en de militaire – zelfstandige ondernemers. Voor zover zij in ziekenhuizen werkzaam waren, hadden zij een grote mate van autonomie. In de academische ziekenhuizen maakten de hoogleraren-afdelingshoofden de dienst uit en was de directie – vaak bestaande uit een vroegere huisarts en een directrice uit de verpleegkundige sector – voornamelijk dienstverlenend. Ook in de niet-academische ziekenhuizen gaven de medici de toon aan.

De term ‘verpleegkundige’ bestond nog niet. Er waren verpleegsters of zusters en een enkele broeder. Zij waren uitvoerend en hadden formeel geen invloed op het medisch beleid, hoewel de positie van de ouderwetse, ervaren hoofdzusters niet onderschat moet worden. Pas met de komst van hartbewaking, hemodialyse en intensive care verschoof deze hiërarchische verhouding in de richting van samenwerking op voet van gelijkheid. In urgente situaties moesten handelingen die vroeger alleen door een arts verricht

* Gegevens verstrekt door het Bureau Registratiecommissies van de KNMG.

mochten worden wel aan verpleegkundigen worden overgelaten. Bovendien bleek dat hun bekwaamheid in bepaalde situaties zeker niet onderdeed voor die van artsen.

Patiënten

Voor opgenomen patiënten was er weinig privacy. Particulieren met een 1e- of 2e-klasverzekering hadden recht op een 1- of 2-persoonskamer; de anderen lagen op ziekenzalen met soms 20-25 bedden. Huisartsen hadden aparte spreekuren voor particulieren en ziekenfondsverzekerden. Een drukke fondspraktijk was op straat al herkenbaar door de wachtenden op het trottoir.

De afstand tussen arts en patiënt was groot en de verhouding paternalistisch. Slechte prognoses werden verzwegen, de diagnose ‘kanker’ werd niet meegedeeld en werd hoogstens als een ernstige chronische ontsteking benoemd. Tijdens de zaalvisites bespraken de artsen over het hoofd van de liggende patiënt de toestand in versluisende medische termen. Artsen rookten er lustig op los zonder te beseffen dat zij daarmee een slecht voorbeeld gaven aan hun patiënten.

Medische praktijk

Na anamnese en lichamelijk onderzoek waren de diagnostische mogelijkheden beperkt. Bloed werd afgenomen met metalen vleugelnaalden die na gebruik door de dienstdoende coassistent werden uitgekookt [figuur 1.2]. Klinisch-chemisch laboratoriumonderzoek was handwerk en vereiste zorgvuldige indicaties.

Huisartsen deden eigenhandig eenvoudig urine- en bloedonderzoek. Ook van specialisten werd verwacht dat zij deze kunst verstonden [figuur 1.3]. Schildklierhormonen waren niet te bepalen en de diagnose van schildklierandoeningen werd gesteld op basis van het klinische beeld, aangevuld met een tijdrovende bepaling van het zuurstofverbruik van een patiënt als maat voor het basale metabolisme. De patholoog beschikte nog niet over elektronen- of fluorescentiemicroscopie. Bij de bacteriologische diagnostiek speelden gramkleuring en methyleenblauwpreparaat de hoofdrol. Virusdiagnostiek was nauwelijks van belang voor de individuele patiëntenzorg. Beeldvormende diagnostiek bestond uit röntgenonderzoek. Thorax, maag en darm werden doorgelicht door de röntgenoloog zelf, waarbij deze een zwaar loden schort droeg. Het endoscopisch onderzoek van longen en rectosigmoid – en later ook van de maag – werd gedaan met starre buizen.

Er was slechts een beperkt arsenaal van antimicrobiële middelen. Acut reuma met als laat gevolg hartklepgebreken werd nog regelmatig gezien. Tuberculosepatiënten werden met tuberculostatica en maandenlange bed-

Figuur 1.2
Advertentie uit het NTvG voor
metalen vleugelnaalden.



ANTHEPA
injectieventiel voor grote injectie-
reeksen, een Nederlandse vinding,
die over de gehele wereld de aan-
dacht trekt.

Met het Anthepa-ventiel is het mogelijk geworden, een onbepaald aantal patiënten achtereenvolgens met eenzelfde injectie-vloeistof te injecteren door middel van éénzelfde spuit, zonder gevaar voor infectie (serumhepatitis).
Het Anthepa-ventiel geeft een absolute beveiliging voor de patiënt en betekent een enorme kosten- en tijdsbesparing.

LAMÉRIS
LAMÉRIS INSTRUMENTEN N.V. • UTRECHT • TEL. N° 3400-22641*



Figuur 1.3
De hoogleraar inwendige
geneeskunde J.G.G. Borst en
zijn latere opvolger
A.M. van Leeuwen doen
zelf urineonderzoek.

rust behandeld. Pas toen in de jaren zestig in India tuberculosepatiënten noodgedwongen ambulant werden behandeld en de resultaten niet slechter waren dan die van langdurige klinische kuren, werd het strenge beleid versoepeld.

Patiënten met een acuut hartinfarct werden 3 weken (het aantal dagen op een vel van de temperatuurlijst) met strikte bedrust – dus ook geen toiletbezoek – behandeld, gevolgd door nog eens 3 weken van voorzichtige mobilisatie. Ook het ulcus pepticum vroeg om een kuur die 2 vellen van de temperatuurlijst vulde.

De behandeling van ernstige decompensatio cordis bestond uit strikte bedrust, een streng zoutloos dieet, een digitalispreparaat en pijnlijke intramusculaire toediening van een kwikdiureticum. Hypertensie werd meestal pas behandeld als er complicaties ontstonden zoals hart- en nierfalen en cerebrale verschijnselen. Naast het diureticum was er als oraal middel reserpine met als bijwerking een grote kans op depressie. In desperate gevallen werd soms dubbelzijdige adrenalectomie toegepast om een negatieve natriumbalans te bewerkstelligen.

Bij de algemene anesthesie was ether nog een veelgebruikt middel. De anesthesioloog was een zeldzame verschijning en het was niet ongewoon dat de coassistent de ether toediende. Door de patiënt af te koelen kreeg de chirurg een paar minuten langer de tijd om het hart stil te leggen en daarin

de noodzakelijke ingreep te verrichten; pas met de introductie van de hart-longmachine kwam de hartchirurgie goed op gang.

Het resusantagonisme veroorzaakte diverse ernstige handicaps bij pasgeborenen, tenzij tijdig wisseltransfusie werd toegepast. In de jaren zestig werd profylaxe met toediening van antiresusimmunoglobuline aan de moeder mogelijk en nam de incidentie van deze complicatie sterk af.

Patiënten met een chronische psychose werden langdurig en meestal ver van huis opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen in lommerrijke streken. De medicamenteuze behandelingsmogelijkheden waren nog zeer beperkt en elektroshocks werden regelmatig toegepast. Homofilie werd beschouwd als een moeilijk behandelbare psychische aandoening.

Ethiek

Bij het behalen van het artsdiploma in de jaren vijftig kreeg de jonge dokter namens de KNMG een exemplaar van het zogenaamde Blauwe boekje (*Medische ethiek en gedragsleer*) met duidelijke instructies. ‘Nooit zal hij b.v. voor een lijdende mens een daad mogen stellen, die ten doel heeft het leven te verkorten, om zodoende “naar zijn inzicht” het lijden te beperken. Evenmin zal hij gerechtigd zijn, de nodige zorgen voor het behoud van het leven achterwege te laten, omdat hij meent, dat dit slechts vermeerdering van leed zou medebrengen.’

Hij mag geen reclame maken, ook niet door zich vaak uit kerk of schouwburg te laten wegroepen. Bij een publicatie in de lekenpers mag hij geen foto van zichzelf laten afdrukken. ‘Het gedrag van de medicus in het openbare leven moet niet zo zijn, dat er veel over hem wordt gesproken. (...) Geen opzichtigheden in huis, kleding of vervoermiddel, geen overdreven café- of sociëteitsbezoek, geen misbruik van alcohol vooral.’

Rekening moet worden gehouden met de godsdienst van de patiënt. Joden wijzen abortus provocatus af, maar die is wel toegestaan als het leven van de moeder op het spel staat; anticonceptie is ongeoorloofd. Katholieken wijzen geboortebeperving ten stelligste af, alleen periodieke onthouding is toegestaan als daar ernstige redenen voor zijn. Bij de bevalling mag het kind niet opgeofferd worden, ook niet als het leven van de moeder in het geding is. Ook op medische indicatie is abortus provocatus niet geoorloofd. De katholieke kerk verbiedt verder euthanasie en alle vormen van orgaantransplantatie waarbij de donor een verminking ondergaat.

De schrijvers van het Blauwe boekje vinden dat een patiënt met tact moet worden ingelicht over zijn toestand, dat daarbij geen directe leugens moeten worden verteld, maar dat het in het algemeen beter is de familie in te lichten.

NEDERLAND*

Nederland was eind jaren vijftig in vele opzichten in transitie. De economie verkeerde in een hoogconjunctuur, er was een ongekennd lage werkloosheid en een flink tekort aan arbeidskrachten. Begin 1957 was Willem Drees minister-president van een demissionair kabinet. Onder zijn leiding waren in de jaren ervoor enkele belangrijke beslissingen genomen. De wederopbouw na de Tweede Wereldoorlog was voortvarend ter hand genomen. Na de watersnoodramp van 1953 waren voorbereidingen voor de Deltawerken begonnen. Met ingang van 1955 werden vrouwelijke ambtenaren niet langer ontslagen zodra zij trouwden. In 1957 werden vrouwen in juridische zin handelingsbekwaam. Dat was ook het jaar dat de Algemene Ouderdomswet (AOW) in werking trad, waardoor iedereen boven de 65 jaar recht had op ouderdomspensioen.

Bij de beknopte schets van 50 jaar maatschappelijke veranderingen die wij geven, kan tabel 1.1, met belangrijke jaartallen, als kapstok dienen.

Tabel 1.1. Belangrijke jaartallen

1962	introductie anticonceptiepil	blz. 31
1964	Ziekenfondswet	33
1967	Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO)	29
1968	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)	33
1969	Maagdenhuisbezetting	32
1970	Wet op de Universitaire Bestuursstructuur (WUB)	32
1970	<i>Het bolwerk van de beterswetters</i> , van R.H.van den Hoofdakker	32
1973	eerste oliecrisis	34
1973	sluiting kolenmijnen	29
1974	Structuurnota Gezondheidszorg, eerste poging om het stelsel te herordenen en de kosten beheersbaar te maken (kabinet Den Uyl)	34
1979	tweede oliecrisis	34
1983	budgettering ziekenhuizen	35
1987	eindrapport commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg (Dekker), <i>Bereidheid tot verandering</i> (Marktwerking in de zorg in plaats van overheidsplanning)	35
1989	val Berlijnse Muur, einde Koude Oorlog	32
1991	eindrapport commissie Keuzen in de Zorg (Dunning), <i>Kiezen en delen</i>	35
1991	totstandkoming world wide web	30
2001	invoering van de euro	26
2005	Zorgverzekeringswet aanvaard (volksverzekering vervangt ziekenfonds en particuliere verzekeringen)	36
2006	'diagnose-behandelcombinaties' (DBC's)	36
2006	Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA) vervangt WAO	30

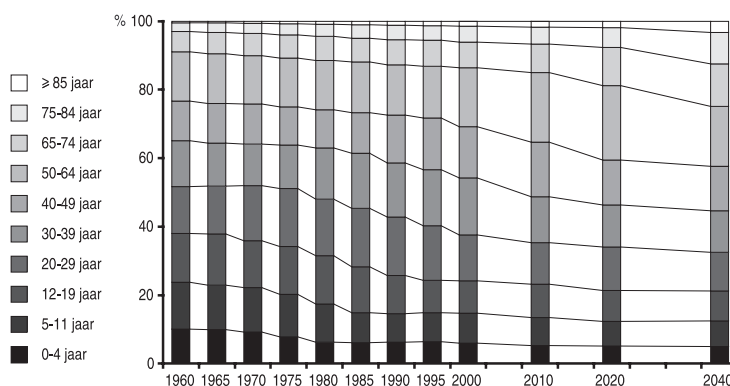
* Er is voor dit overzicht uit verschillende bronnen geput: online CBS-gegevens (Statline); het SCP-rapport '25 jaar Sociale verandering' uit 1998; Mooij A. *De polsslag van de stad. 350 jaar academische geneeskunde in Amsterdam*. Amsterdam/Antwerpen: De Arbeiderspers; 1999; en Kossmann EH. *De Lage Landen 1780-1980*, deel II: 1914-1980. Amsterdam: Olympus; 2002.

Tabel 1.2. Berekende waarde in 2005 van f 100 in voorgaande jaren*

	f	€
1957	603	274
1967	430	195
1977	211	96
1987	150	68
1997	120	55
2000	112	51

* Berekend op basis van de CBS-consumentenprijsindexcijfers, met factor 2,20 voor omrekening van gulden naar euro's.

Figuur 1.4
Leeftijdsofbouw van de bevolking,
1960-2040.



Eén recente verandering kan het beste worden uitgedrukt in een tabel. Sinds 2002 bestaat de Nederlandse gulden (f) niet meer. Het is weinig inzichtelijk om geldbedragen van vóór die tijd te vermelden in euro (€). In 1957 was 100 gulden een aanzienlijk groter bedrag dan het in 2007 zou zijn. In tabel 1.2 geven wij daarom de waarde van de gulden in de afgelopen 50 jaar omgerekend naar de waarde van de euro in 2005.

Veranderende bevolking

In 1950 waren er 10 miljoen inwoners in Nederland, in 1980 14,1 en in 2005 16,3. Na een babyboom nam eind jaren zestig het aantal geboorten scherp af. Omdat mensen langer leven, trad vergrijzing op en veranderde de opbouw van de bevolking [figuur 1.4]. In 2005 was het vruchtbaarheidscijfer 1,73 en gestegen ten opzichte van de jaren negentig, maar nog steeds lager dan het vervangingsniveau van 2,1 kind per vrouw. Het aantal burgers ouder dan 60 jaar bedraagt nu 20% en zal naar verwachting stijgen tot boven de 30% in 2030.

De bevolkingssamenstelling is de afgelopen 50 jaar ook veranderd door niet-westerse immigranten. Eind 1949 werd de kolonie Indië, na heftig politiek en militair verzet van Nederland, onafhankelijk. Dit vormde de aanleiding tot de eerste – naar men verwachtte tijdelijke – immigratie van niet-westerse allochtonen: Molukkers, destijds nog Ambonezen geheten. Halverwege de jaren vijftig ontstond een groot tekort aan ongeschoolde arbeidskrachten en begon de overheid ‘gastarbeiders’ te werven – eerst in Zuid-Europa, later ook in Turkije en Marokko. De gastarbeiders bleven evenals de Molukkers niet tijdelijk. De Gezinsherenigingsnota uit 1970 regelde dat zij hun gezinnen mochten laten overkomen.

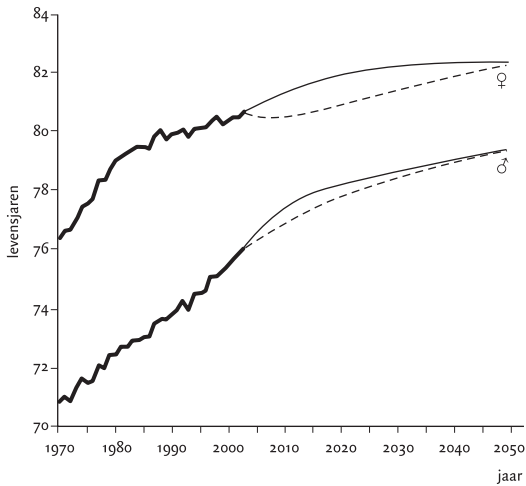
Na de onafhankelijkheid van Suriname in 1975 kwamen veel Surinamers naar Nederland. Sinds midden jaren tachtig volgden veel inwoners van de Antillen, dat nog tot het Koninkrijk behoort. De jaren negentig luiden het tijdperk van de asielzoekers en de vluchtelingen in. Het aantal niet-westerse allochtonen steeg niet alleen door immigratie, maar ook door een relatief hoger geboortecijfer. In 2005 vormen etnische minderheden 19% van de Nederlandse bevolking. In de grote steden is 30% van de bevolking allochtoon en van de jongeren meer dan 50%.

Veranderende volksgezondheid

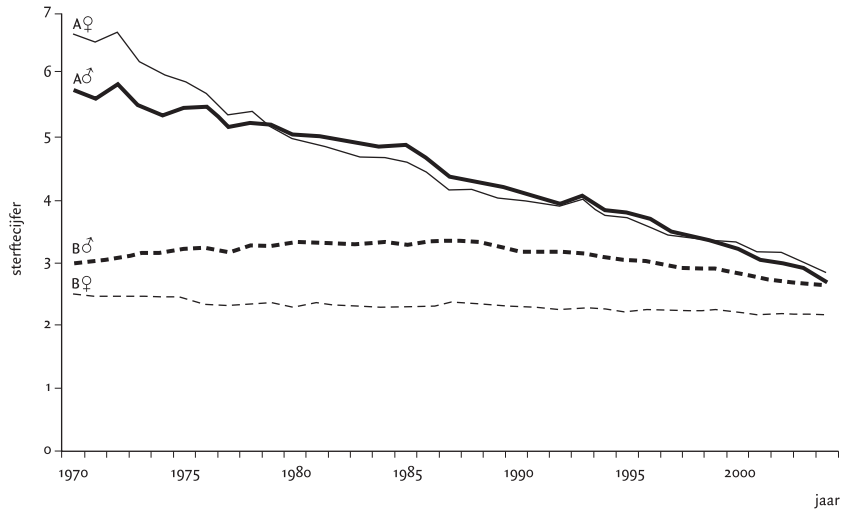
Sinds halverwege de 19e eeuw is de levensverwachting in westerse landen zoals Nederland flink gestegen [1993:132-8]. In 2005 lag de levensverwachting voor vrouwen rond de 81 jaar en voor mannen rond de 77 jaar [figuur 1.5]. Dat is respectievelijk 9 en 7 jaar meer dan in 1950. Een lagere sociaal-economische status hangt samen met een lagere levensverwachting [2005: 226-31; 2006:1854]. De gemiddelde levensverwachting zonder ziekte en beperkingen ligt uiteraard lager: deze is ongeveer 70 jaar. Wel is de kwaliteit van leven in de jaren met beperkingen toegenomen doordat veel medische behandelingen minder ingrijpend en belastend zijn geworden.

Behalve een sterftedaling trad ook een verandering op in het sterftepatroon. Kort gezegd vond een verandering plaats van ‘armoedeziekten’ naar ‘welvaartsziekten’. Besmettelijke infectieziekten zoals tuberculose en difterie vormden in het laatste kwart van de 19e eeuw de belangrijkste doodsoorzaken in Nederland. Ze werden in de loop van de 20e eeuw teruggedrongen door sociaal-hygiënische maatregelen en, na het beschikbaar komen van vaccins, ook door vaccinatieprogramma’s bij kinderen. Rond 1970 bleken de besmettelijke infectieziekten nog maar weinig dodelijke slachtoffers te eisen. De voornaamste sterfteoorzaken waren nu de zogenaamde welvaartsziekten: van zowel de mannen als de vrouwen overleed 25% aan kanker en ruim 40% aan cardiovasculaire aandoeningen [1993:132-8].

Sindsdien is er weer een nieuwe transitie gaande. Door de vergrijzing stijgt het totale aantal sterfgevallen weliswaar, maar de sterfte aan hart- en



Figuur 1.5
De levensverwachting bij de geboorte in Nederland voor mannen en vrouwen zoals waargenomen in 1970-2003 (—) en zoals geprognosticeerd door het Centraal Bureau voor de Statistiek voor 2004-2050 (---) en eerder voor 2002-2050 (- - -).
[2005:2551]



Figuur 1.6
Jaarlijks aantal overledenen aan hart- en vaatziekten (A) en aan nieuwvormingen (B) per 1000 mannen/vrouwen, 1970-2004 (gestandaardiseerd naar 2004).
[2005:2556]

vaatziekten is lineair gedaald tot 10%. De sterfte aan kanker is vrijwel gelijkgebleven, hoewel de situatie anders is voor verschillende vormen van kanker en voor mannen en vrouwen. Sinds 1990 daalt de sterfte bij mannen licht en is die bij vrouwen gelijkgebleven [2005:2554-60]; [figuur 1.6].

De sterftedaling tussen 1950 en 2005 is waarschijnlijk voor een deel spontaan, voor een deel toe te schrijven aan veranderde leefgewoonten en voor een deel aan verbeterde medische zorg. Voor een aantal aandoeningen die sinds 1950 (gedeeltelijk) medisch te voorkomen of behandelbaar waren geworden, daalde de sterfte tot de jaren tachtig scherper dan de totale sterfte. Dit betrof onder meer diabetes mellitus, infectieziekten, nefritis en nefrose, maternale en perinatale sterfte en bepaalde vormen van kanker [1988:1665-9]. Het dalen van de sterfte aan borst- en eierstokkanker vanaf de jaren negentig wordt toegeschreven aan verbeterde opsporing en behandeling [2005:2554-60].

De daling van de sterfte aan hart- en vaatziekten is een gevolg van de verbeterde zorg en een gezondere levensstijl. Zo rookte in 1970 75% van de bevolking ouder dan 15 jaar, in 1992 nog 38% en nu rond de 28%. Gezondheid vindt men steeds belangrijker en menige overheids campagne spoort de burger aan tot minder vet eten, minder roken en drinken en meer bewegen. Toch worden Nederlanders nog steeds dikker en sinds de jaren negentig neemt ook het gemiddelde gewicht van kinderen onrustbarend toe [2001:1303-8; 2005:1102-6].

De welvaart, de groeiende medische kennis, de betere voorzieningen en de grotere toegankelijkheid van de zorg hebben ook onbedoelde neven-effecten gehad. Een voorbeeld is de verbeterde technologie om kinderen in leven te houden die zijn geboren na een zwangerschap van minder dan 32 weken of die een geboortegewicht hadden van minder dan 1500 gram. Deze kinderen blijken in de puberteit veel ontwikkelings-, gedrags- en leerstoornissen te hebben gekregen [2001:989-97].

Veranderende economie, veranderende samenleving

De ontwikkelingen in demografie, volksgezondheid en gezondheidszorg (waarover later meer) hingen sterk samen met de naoorlogse welvaarts-groei. Die begon halverwege de jaren vijftig en hield aan tot eind jaren zeventig. In 1959 was het aardgasveld bij Slochteren ontdekt, dat in 1967 in productie werd genomen. De Nederlandse huishoudens stapten in korte tijd massaal over van het stoken met kolen naar gasverwarming. Al in 1973 sloten de laatste mijnen, wat een einde maakte aan een industrie met ongezonde arbeidsomstandigheden.

Aardgas werd ook de motor van de Nederlandse welvaarts-groei en de schatkist kon ingrijpende veranderingen in de inrichting van de maatschappij bekostigen. De welvaartsstaat die in de loop van de jaren vijftig was opgebouwd, werd in de jaren zestig een verzorgingsstaat met een uitgebreid sociaal zekerheidsstelsel. Er bestonden uitkeringen bij pensionering, ziekte, werkloosheid en arbeidsongeschiktheid en de bijstand was het vangnet voor overige financiële tegenslag. Begin jaren zeventig werden de uitkeringen gekoppeld aan het minimumloon en kon men psychotherapeutische behandeling vergoed krijgen door de sociale dienst. ‘Verzorgd van de wieg tot het graf’ was het motto.

De welvaarts-groei uitte zich materieel en immaterieel. Al in 1959 was de vijfdaagse werkweek ingevoerd in het bedrijfsleven, in 1961 volgde de overheid. De televisie deed zijn intrede en veroverde snel de Nederlandse huiskamers. De lonen van mannelijke werknemers stegen in de jaren zestig met ruim 10%, wat het verschijnsel massaconsumptie deed ontstaan. Toen in 1966 het recht op vakantie wettelijk werd vastgelegd, opende dat de deur naar massatoerisme. Er waren in 1960 522.000 personenauto's op een bevolking van ruim 11 miljoen mensen; in 1973 waren er meer dan 3 miljoen op een bevolking van ruim 13 miljoen mensen.

Vanaf halverwege de jaren tachtig groeide de economie weer, met een korte onderbreking in 1992-'93 ten gevolge van een beurskrach. De collectieve uitgaven trokken echter een zware wissel op de rijksbegroting. De WAO was door werkgevers en werknemers ontdekt als een voor beide partijen gunstiger alternatief voor ontslag en een werkloosheidsuitkering. Verzekeringsartsen werkten hieraan mee. In 1990 waren er bijna 900.000 WAO'ers,

waarop premier Ruud Lubbers de historische woorden sprak: ‘Nederland is ziek’. Enkele jaren later bleek een groot aantal mensen met psychische problemen een WAO-uitkering te hebben, onder wie veel jonge vrouwen. Gedurende de jaren negentig werden voortdurend maatregelen bedacht om de kosten te beteugelen (uitkering verlagen, instroom beperken en uitstroom bevorderen). De uitvoering hiervan werd opgedragen aan verzekeringsartsen, die het maatschappelijke probleem evenwel niet voldoende konden bestrijden door simpelweg striktere medische criteria te hanteren.

Toen in 2000 de economische groei tot stilstand kwam, ging het sociale verzekeringsstelsel definitief op de schop. De WAO werd na jaren van vergeefs overleg uiteindelijk per 2006 vervangen door de Wet Werk en Inkomen naar Arbeidsvermogen (WIA). Mensen die problemen hebben om hun werk uit te voeren, worden niet langer beoordeeld op ongeschiktheid, maar op resterend arbeidsvermogen. Sommige psychische of onbegrepen klachten, zoals het chronischevermoeidheidssyndroom, geven niet langer recht op een WIA-uitkering. De afnemende economische groei hield geen grote aanslag in op het algemene welvaartspeil. De blijvende welvaart weerspiegelt zich bijvoorbeeld in het autobezit: ruim 9,5 miljoen in 2005, op een bevolking van 16,3 miljoen mensen.

De laatste jaren wordt wel gesproken van een overgang naar een kennis-economie. Sinds de introductie in 1981 is de pc onmisbaar geworden op alle werkplekken en in de Nederlandse huishoudens. De computer heeft, zeker na het beschikbaar komen van het world wide web vanaf 1991, de leefwereld van mensen totaal veranderd. Men werkt erop en zoekt wereldwijd informatie, e-mailt, koopt, belt, chat en speelt spelletjes met elkaar. Patiënten en patiëntenverenigingen vinden elkaar op het web en ontvangen daarnaast medische informatie en hulp. Sinds enkele jaren is het mogelijk online psychotherapie te krijgen, bieden huisartsenpraktijken in toenemende mate e-consult aan en bestaan er verschillende websites waar specialisten zijn te raadplegen. Enkele artsen schreven via e-consult ook geneesmiddelen voor zonder de patiënt te hebben gezien, wat begin 2005 tot ophef leidde omdat enkele mensen op deze manier aan medicijnen waren gekomen waarmee zij suïcide pleegden.

Veranderende gezagsverhoudingen

De samenleving was tot begin jaren zeventig verzuild. De katholieken, de protestanten, de liberalen en de sociaaldemocraten hadden elk hun eigen voorzieningen en diensten georganiseerd: een politieke partij, een omroep, kranten, scholen, begraafplaatsen en gezondheidszorgvoorzieningen. De toename van welvaart ging gepaard met snelle ontkerkelijking en ontzui-ling. Het Mandement van de Nederlandse bisschoppen uit 1954, *De Katholiek in het openbare leven van deze tijd*, dreigde nog met weigering van de sacramen-

ten indien een katholiek lid werd van communistische of socialistische organisaties, zoals het vakverbond NVV. Dat werd begin jaren zestig weer ingetrokken.

In de afgelopen 50 jaar is een tendens tot individualisering te bespeuren: een groeiende autonomie van het individu ten opzichte van zijn leefomgeving. De sturende invloed van die omgeving – familie, buurt, klasse, gemeenschap, kerkgenootschap – is afgenomen. Dat is bijvoorbeeld te zien in hoe mensen tegenwoordig leven en wonen. Was vroeger het gezin ‘de hoeksteen van de samenleving’, tegenwoordig zijn allerlei leefsituaties gangbaar. Het aantal alleenstaanden steeg. Maakten zij in 1960 nog maar 12% van de huishoudens uit, sinds 2001 zijn zij talrijker dan de meerpersoonshuishoudens. De bewust ongehuwde moeder ofwel bommoeder deed in de jaren zeventig haar intrede. Gezinnen werden kleiner en echtparen bleven in toenemende mate vrijwillig kinderloos. Homoseksuelen, de volgende groep die emancipeerde, konden openlijk gaan samenleven en kunnen sinds enkele jaren ook kinderen adopteren. Overigens is het samenlevingsverband van al dan niet gehuwde man en vrouw met kinderen niet verdwenen, en zeker niet als ideaal.

Naast een individualiseringstendens was er een democratiseringstendens. Er voltrok zich een kentering in gezagsverhoudingen die wel wordt getypeerd als een verschuiving van bevels- naar onderhandelingshuishouding.* De term beschrijft in een notendop hoe de verhoudingen en de omgangsvormen tussen boven- en ondergeschikten gelijkwaardiger werden. Dit gold voor kerk en kerkgangers, overheid en burgers, werkgevers en werknemers, mannen en vrouwen, ouders en kinderen, leerkrachten en leerlingen – en niet te vergeten artsen en patiënten.

Vrouwen begonnen zich te emanciperen. Tot 1960 was hun aandeel in het voortgezet en wetenschappelijk onderwijs klein, daarna begon het snel te stijgen. Ook traden meer vrouwen toe tot de arbeidsmarkt. In 1962 werd de eerste anticonceptiepil in Nederland geïntroduceerd. Niet alleen droeg de pil bij aan de emancipatie van vrouwen, ook veranderde ze opvattingen over huwelijk, gezin, liefde en trouw. Geboorteregeling werd fel bestreden door met name de katholieke kerk, maar sommige Nederlandse bisschoppen lieten het al snel over aan de individuele gelovigen hoe zij hiermee om wilden gaan. Eind jaren zestig kwam er de abortusstrijd bij. De Nederlandse vrouwenbeweging, getooid met de naam Dolle Mina's, wilde ‘baas in eigen buik’ zijn. Na lang politiek gesteggel werd in 1984 een abortuswet ingevoerd.

* Deze term is geïntroduceerd door de Amsterdamse socioloog A.de Swaan in zijn inaugurele rede uit 1979, getiteld *Uitgaansbeperking en uitgaansangst*.

De onderwijsdeelname en het opleidingsniveau van mannen en vrouwen verschillen heden ten dage niet meer, wel de studies en de beroepen waarvoor zij kiezen. Sinds tien jaar studeren meer vrouwen dan mannen af als arts. De deelname van vrouwen aan de arbeidsmarkt stijgt nog steeds en het vroegere ‘kostwinnergezin’ wordt verdreven door het ‘tweeverdienergezin’.

Behalve met Dolle Mina’s kreeg Nederland halverwege de jaren zestig te maken met opstandige jongeren: hippies, Damslapers, Provo’s (van ‘provocatie’) en strijdbare studenten. Het gemeenschappelijke element was dat zij op alle fronten autoriteit ter discussie stelden. De Provo’s verstoorden in Amsterdam het huwelijk tussen prinses Beatrix en de Duitse diplomaat Claus von Amsberg in 1966 met rookbommen, wat tot hevige confrontaties met de politie leidde. De studenten eisten democratisering van de universitaire structuren, waarin de hoogleraren de dienst uitmaakten. Een hoogtepunt vormde de bezetting van het Maagdenhuis, het bestuurscentrum van de Universiteit van Amsterdam, in 1969. Het jaar erna werd de Wet op de Universitaire Bestuursstructuur (WUB) ingevoerd, waarmee de medezeggenschap van staf, studenten en ondersteunend personeel op het universitaire beleid werd geregeld. (Deze inspraak werd in 1997 weer teruggedraaid in de Wet Modernisering Universitaire Bestuursorganisatie; MUB.)

De volgende generatie politiek bewuste en activistisch ingestelde jongeren verlegde de aandacht naar andere terreinen. Er bestond in de jaren zeventig nog woningnood. Jongeren kraakten leegstaande panden om ze voor bewoning op te eisen. De kraakbeweging bleek begin jaren tachtig een geduchte kracht. Onder het motto ‘geen woning, geen kroning’ verstoorden krakers in 1980 de inhuldiging van koningin Beatrix in Amsterdam. De ontroofing van enkele van hun bolwerken – bijvoorbeeld in de Vondelstraat (1980) en de Lucky Luyk (1982) in Amsterdam – leidde tot zware rellen.

De jaren tachtig kenmerkten zich daarnaast door grote demonstraties, bijvoorbeeld tegen de kernenergiecentrales Borssele en Dodewaard (vooral na de ramp met de kerncentrale in het Russische Tsjernobyl in 1986), en vredesdemonstraties (tegen de wapenwedloop in het kader van de Koude Oorlog). De voorgenomen plaatsing van kruisraketten in Nederland bracht in 1981 en 1983 honderdduizenden mensen op de been. De val van de Berlijnse Muur in 1989 betekende het einde van de Koude Oorlog.

Een laatste voorbeeld van de groeiende mondigheid van burgers is te vinden in de arts-patiëntrelatie. Na de Tweede Wereldoorlog namen de medisch-technologische mogelijkheden om ziekten te behandelen en het leven te verlengen toe. Dat riep ethische vragen op over de levenskwaliteit van bepaalde patiënten en over wie zeggenschap over leven en dood had. De attitude van artsen – almachtig, autoritair – werd ook door artsen zélf bekritiseerd, bijvoorbeeld in *Medische macht en medische ethiek* uit 1969 van de psychiater J.H.van den Berg. Artsen vormden *Het bolwerk van de beteroeters*, aldus de titel van een boek van zijn vakgenoot R.H.van den Hoofdakker uit 1970.

Vanaf de jaren zeventig kwamen er activistische patiëntengroepen op, vooral in de psychiatrie. Deze fase vormde de aanleiding tot wetgeving op het gebied van patiëntenrechten, die vanaf de jaren tachtig tot stand kwam. In die periode veranderden de patiëntenorganisaties tot ‘ziektegebonden’ organisaties die betere behandeling van patiënten en onderzoek naar hun aandoening nastreefden, en zelfhulp en lotgenotencontact organiseerden. Sinds enkele jaren overlegt de patiëntenbeweging structureel met de verzekeraars en de zorgverlenende instellingen. Patiënten nemen ook deel aan de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen, vooral in de geestelijke gezondheidszorg.

De patiënt is niet alleen mondiger geworden, sommige patiënten zijn zelfs ‘medebehandelaar’ geworden. Patiënten die lijden aan diabetes of hypertensie meten tegenwoordig zelf hun bloedglucosespiegels of bloeddruk. Daardoor is hun medicatie ook beter ingesteld.

DE GEZONDHEIDSZORG

De structuur en de kosten van de gezondheidszorg, evenals de politieke verwickelingen op dit gebied, kwamen de afgelopen halve eeuw slechts zijdelings in het Tijdschrift aan de orde. Toch is het van belang er iets van weer te geven, al is het alleen maar vanwege het sterk veranderde jargon. De lezer van 1960 zou vreemd hebben opgekeken van stukken waarin over ‘vraaggestuurde zorg’ wordt gesproken.

De Duitse bezetter had in 1941 het Ziekenfondsbesluit ingevoerd, waarmee een ziektekostenverzekering was gegarandeerd aan elke Nederlander, tot een bepaald jaarinkomen. Daarboven diende men zich particulier te verzekeren. Na de oorlog werd dit besluit gehandhaafd en in 1964 werd het vervangen door de Ziekenfondswet. De toegang tot geneeskundige hulp werd hierdoor enorm vergroot. In de jaren vijftig was zeker 70% van de Nederlandse bevolking via het ziekenfonds verzekerd voor huisartsbezoek, ziekenhuisopname, specialistische hulp en enkele vormen van paramedische zorg. In 1968 werd bovendien de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ingevoerd, een aanvullende volksverzekering. Deze diende aanvankelijk alleen voor de bekostiging van langdurige en intensieve intramurale zorg voor bijvoorbeeld ernstig gehandicapten, maar werd al snel uitgebreid met extramurale vormen van zorg, zoals thuisverpleging en psychotherapie, en preventieve zorg, zoals vaccinaties.

De welvaartsstijging stimuleerde de groei van de gezondheidszorg, die nog grotendeels verzuild en particulier initiatief was. De overheid had nauwelijks instrumenten om invloed op de gezondheidszorg uit te oefenen. De kosten baarden de overheid begin jaren zeventig al zorgen, maar de kostengroei zou in de volgende decennia nog oplopen [tabel 1.3]. Hieraan droeg

Tabel 1.3. Kosten van de gezondheidszorg 1958-2003, absoluut en als percentage van het bruto binnenlands product (% BBP)

	1958	1970	1980	1990	2000	2003
kosten, in miljarden	f 1,3	f 7,3	f 27	f 43	f 72,8	€ 57,5
% BBP	3,9	6	8	8,3	8,3	9,8

Bronnen: CBS Statline en OESO (2005).

Tabel 1.4. Trends in aantal huisartsen, specialisten in ziekenhuizen, ziekenhuisbedden, opnamen en verpleegduur 1960-2005

	1960	1975	1995	2000	2005
huisartsen	4.400	5.000	7.000	7.300	10.370
specialisten	3.900	7.200	14.000	13.000	17.030
ziekenhuisbedden	58.000	74.500	59.000	55.400	52.400*
ziekenhuisopnamen	916.000	1.443.000	1.593.000	1.485.000	1.681.000*
gemiddeld aantal verpleegdagen	20	16	10	8,5	7,5*

* cijfers uit 2004

Bronnen: CBS Statline en KNMG.

de openeindefinanciering bij: er gold geen limiet aan wat ziekenhuizen en specialisten konden declareren.

De groei van de gezondheidszorg was er vooral een van specialistische zorg in ziekenhuizen. Dat blijkt uit tabel 1.4, waarin de medische beroepsgroepen, het aantal ziekenhuisbedden en ziekenhuisopnamen, en de gemiddelde verpleegduur zijn weergegeven. In de jaren zeventig werd een eerste poging gedaan het zorgstelsel te herordenen en de kosten beheersbaar te maken. De minister moest voortaan toestemming geven voor nieuwbouw en voor de aanschaf van dure apparatuur; de tarieven werden centraal vastgesteld; het aantal ziekenhuizen en ziekenhuisbedden werd gereduceerd.

De groei van de medische zorg verliep sneller dan die van de bevolking. De verzorgingsstaat kwam echter onder druk te staan. Ze overleefde weliswaar de oliecrisis van 1973, ondanks de hogere olieprijs, prijsinflatie en korte periode van autoloze zondagen, maar de tweede oliecrisis in 1979 luidde een economische recessie in. Vijf jaar later werd het hoogste aantal werklozen in de naoorlogse periode bereikt. Werknemers accepteerden loonmatiging en in ruil daarvoor werd de arbeidstijd verkort tot 38 uur en werden meer banen gecreëerd.

De recessie in de jaren tachtig noopte tot verdere bezuinigingen op de gezondheidszorg en verschillende kabinetten deden opnieuw – deels vergeefse – pogingen de groei van de kosten te beteugelen. In 1983 werden de ziekenhuizen gebudgetteerd, maar de specialisten vielen als vrije beroepsbeoefenaren buiten deze budgettering, terwijl zij wel de voorzieningen die ten laste van de ziekenhuizen kwamen, konden blijven gebruiken. Dat zette de verhoudingen in de ziekenhuizen onder druk. De maatschappen van specialisten werden sindsdien in beperkte mate vervangen door een vast dienstverband met een ziekenhuis.

Het denken over de rol van de overheid veranderde onder druk van de recessie ook: minder sturen en meer aan het bedrijfsleven en de marktwerking overlaten, het bestuur decentraliseren, overheidsdiensten en nutsbedrijven privatiseren, en het aantal wetten, regels en voorschriften verminderen ('dereguleren'), en belonen naar (individueel) presteren. De overheidsdiensten werden 'producten', zo ook de hulpverlening. Er werd schoorvoetend een begin gemaakt met de invoering van marktwerking en er moeten sindsdien door ziekenhuizen productieafspraken worden gemaakt en gehaald. Er kwam een budget voor ziekenfondsen. De bezuinigingsmaatregelen leidden tot fusies tussen instellingen en dus tot schaalvergroting, wat de concurrentiewerking doorkruiste (bijvoorbeeld met de privéklinieken die ook ontstonden).

Instellingen en hulpverleners werden op de zogenaamde zorgmarkt 'zorgaanbieders' en patiënten/cliënten werden 'zorgvragers' of 'zorggebruikers'. Uit vrees voor tweedeling van de samenleving, ofwel goede medische zorg voor wie het kan betalen en slechte of geen voor wie armlastig is, bleef steeds overheidssturing behouden. Tegenstanders van het marktdenken stellen dat zorg geen product is, maar een collectief goed. Nederlanders hechten aan de grootst mogelijke kwaliteit voor iedereen.

Het oogmerk van de overheidsmaatregelen was vooral kostenbesparing, maar de overheid koppelde er de eisen aan van kwaliteitsverbetering en een betere afstemming op de behoeften van de (zieke) bevolking. Nieuwe termen begonnen de politieke en ambtelijke stukken te domineren: 'patiëntenperspectief', 'vraaggestuurde zorg', 'zorg op maat', 'zorgvernieuwing', 'transparantie' ...

Eén factor is nog niet genoemd: de onbevoegde geneeskunde. Deze 'oude en onneembare vesting' op medisch grondgebied, zoals Mooij dat in 1999 noemde, veranderde van gezicht en aanzien. Begin jaren zeventig ging men spreken van 'alternatieve geneeswijzen'. Deze maakten in de twee decennia erna een grote bloei door en werden soms net als de reguliere geneeskunde door ziektekostenverzekeringen vergoed. Vanaf de jaren negentig deden verschillende affaires afbreuk aan hun imago, zoals in 2001 de dood van een bekende tv-persoonlijkheid die zich door alternatieve genezers en alternatief werkende artsen had laten behandelen.

Vanaf de jaren tachtig werden verschillende voorstellen gedaan om het stelsel van ziekenfondsen en particuliere verzekeringen te vervangen door een volksverzekering. Uiteindelijk gebeurde dit met ingang van 2006 (de Zorgverzekeringswet). Er vinden nog meer veranderingen plaats, te veel om hier te beschrijven. Bovendien valt niet te voorspellen welke hiervan in de toekomst van waarde zullen zijn. Zo wordt er vanaf 2006 gefaseerd – en onder groot protest van artsen – een nieuw vergoedingstelsel ingevoerd dat beter inzicht in de kosten moet verschaffen: de ‘diagnose-behandelcombinaties’ of DBC’s.

De Nederlandse gezondheidszorg is aan het begin van de 21e eeuw goed van kwaliteit en relatief niet erg duur, aldus een internationale vergelijking van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO, 2005). De Verenigde Staten zijn het duurst uit, zij besteden 15% van hun bruto binnenlands product (BBP) aan hun gezondheidszorgstelsel. Ook in Duitsland is de zorg duur (11%). De lijst wordt afgesloten door Slowakije (6%). Nederland neemt met 9,8% van het BBP een middenpositie in.

‘Elle marche avec le progrès’

Een halve eeuw geneeskunde in het Tijdschrift

VAN OUDE EN NIEUWE ZIEKTEN	41
BEELDVORMING	52
VAN ‘RUIM OPENLEGGEN’ NAAR ‘SLEUTELGATCHIRURGIE’	63
ULCUS PEPTICUM	71
NIERFUNCTIEVERVANGENDE THERAPIE	77
DE PIL	83
PSYCHOSOMATIEK OP ZOEK NAAR EMPIRISCHE ONDERBOUWING	91
PSYCHIATRIE: IDENTITEITSVRAGEN	98
DNA: DE KERN VAN DE ZAAK?	108
MAAT EN GETAL	115

'La clinique prend son bien partout où elle le trouve; tous les modes d'investigation accroissant son patrimoine; son domain s'étend tous les jours. Il serait faux de dire, par conséquent, qu'il y a une ancienne médecine et une médecine nouvelle; il en est de la médecine comme de toutes choses: elle poursuit son évolution, elle marche avec le progrès.'

Dit schreef de Franse clinicus G. Dieulafoy in de inleiding van zijn *Manuel de Pathologie Interne* in 1887. Op de geneeskunde van de 2e helft van de 20e eeuw is deze uitspraak zeker ook van toepassing. De vooruitgang is af te lezen in tabel 2.1, waarin een aantal belangrijke ontwikkelingen is aangegeven. In één oogopslag is duidelijk dat de geneeskunde leentjebuur speelt bij allerlei andere disciplines. Zonder vooruitgang in de natuurkunde, scheikunde en biologie geen echografie, MRI, PET, laser, nieuwe medicijnen, kennis van DNA en transplantatie van organen en stamcellen. De kennis van de microbiologie is sinds de 19e eeuw enorm toegenomen; decennialang had die kennis weinig belang voor de therapie aangezien er toch geen antibiotica waren, maar nu is ze onontbeerlijk. Fundamenteel inzicht in de replicatiecyclus van het aidsvirus heeft medicijnen opgeleverd die zeer selectief ingrijpen. Op dezelfde wijze maakt de celbiologie doelgerichte medicamenteuze therapie van kanker mogelijk.

Minstens zo belangrijk als de toegenomen kennis van de basisvakken is de invloed van nieuwe technologie op de geneeskunde. Optische glasvezels maken endoscopie van organen en lichaamsholten mogelijk, waardoor de praktijk van gastro-enterologen, urologen, orthopeden, longartsen, knoartsen en anderen ingrijpend is veranderd. Met operatiemicroscopen kunnen neurochirurgen, oogartsen en plastisch chirurgen operaties uitvoeren die voordien voor onmogelijk werden gehouden. Geavanceerde elektronica is essentieel voor infuuspompen, pacemakers en gehoortoestellen. Zonder beeldscherm zou de radioloog zijn dagen nog in het donker slijten en was de stormachtige opkomst van de endoscopische chirurgie niet mogelijk geweest. De nieuwe beeldvormende technieken, de radiotherapie en de intensivecaregeneeskunde zijn ondenkbaar zonder de computer, maar ook de beoefenaren van medische statistiek, klinische epidemiologie en 'evidence-based' geneeskunde zijn volledig afhankelijk van hun pc. De hedendaagse arts beseft nauwelijks wat nieuwe kunstmaterialen allemaal mogelijk hebben gemaakt: katheters, kunstlenzen, infuuszakken (in plaats van flessen), wegwerpspuiten, dialyseapparatuur, kunstkleppen en vaatprothesen, om maar enkele voorbeelden te geven. In het verre verleden was er een strikte scheiding tussen *medicinae doctores* en chirurgijns, later tussen de be-

Tabel 2.1. Belangrijke jaartallen 1950-2006*

1950	roken oorzaak longkanker	[1957:1695]
1950	streptomycine + para-aminosalicylzuur (PAS) bij tbc	[1963:59]
1952	polio-epidemie Kopenhagen/begin IC-geneeskunde	[1964:1355]
1952	chloorpromazine	98
1952	kunststoflens na cataractoperatie	[1959:1289]
1953	DNA-structuur (Watson en Crick)	108
1953	poliovaccin	[1958:1144]
1954	niertransplantatie	81
1957	'de pil'	83
1957	factor VIII voor hemofiliebehandeling	[1968:1372]
1958	cardiale pacemaker	[1963:667]
1958	fiberscoop	73
1958	echografie gynaecologie	54
1960	chronische hemodialyse	80
1961	heupprothese (Charnley)	[1998:1434]
1963	mazelenvaccin	43
1963	levertransplantatie	[1981:878]
1964	transluminale vaatplastiek (Dotter)	60
1967	coronaire bypasschirurgie	[1969:1253]
1967	levodopa voor de ziekte van Parkinson	[1971:701]
1967	harttransplantatie	[1986:1110]
1973	CT-scan	56
1975	lyme-ziekte	41
1977	veteranenziekte (<i>Legionella</i>)	45
1977	NMR/MRI	57
1977	percutane transluminale coronaire angiografie (PTCA) (Grüntzig)	61
1978	in-vitrofertilisatie	[1986:638]
1980	tamponziekte	[1981:93]
1980	pokken uitgeroeid (WHO)	43
1981	aids	48
1983	<i>Helicobacter pylori</i>	76
1985	ziekte van Creutzfeldt-Jakob na behandeling met humaan groeihormoon	[2005:2949]
1989	laparoscopische cholecystectomie	65
1990	pre-implantatiegenetische diagnostiek	113
1990	ontdekking borstkankergen BRCA1	[1995:439]
1998	introductie Viagra	[1998:2337]
2001	Human Genome Mapping Consortium	111
2002	SARS	45
2003	imatinib bij chronische myeloïde leukemie	[2003:2041]
2005	trastuzumab bij mammacarcinoom	[2006:770]

* De opgegeven jaartallen kunnen verschillen van die in andere publicaties. Soms gaat het om de datum van de eerste geslaagde klinische toepassing, in andere gevallen wordt het jaartal van de eerste publicatie genoemd. De zwarte cijfers in de rechter kolom verwijzen naar bladzijden in dit boek en de lichtblauwe cijfers naar jaargang en te bladzijde van artikelen die in de rubriek 'Jaargangen' van dit boek genoemd worden. Een vermelding betekent niet altijd dat het om de eerste publicatie in het Tijdschrift gaat.

schouwende disciplines en de ‘snijders’. De technologie heeft die grens doen vervagen nu gastro-enterologen, radiologen en cardiologen ingrepen doen die vroeger aan de chirurg waren voorbehouden.

Van al deze nieuwe ontwikkelingen heeft het Tijdschrift in de afgelopen 50 jaar verslag gedaan in oorspronkelijke stukken, capita selecta, commentaren en verenigingsverslagen. In dit hoofdstuk bespreken wij enkele onderwerpen uit verschillende medische disciplines. Daarbij ligt de nadruk op artikelen die een nieuwe ontwikkeling behandelen. Wij hebben niet de pretentie een getrouw beeld te schetsen van de Nederlandse geneeskunde in de afgelopen 50 jaar. Het terrein is veel te uitgestrekt en onze selectie subjectief. Verder geeft de rubriek ‘Jaargangen’ – ingedeeld in 5 perioden van 10 jaar – ook een indruk van de inhoud van het Tijdschrift.

Terugziend op 50 jaar geneeskunde in het Tijdschrift kan een hedendaagse Dieulafoy de stelling uit 1887 onveranderd handhaven.

VAN OUDE EN NIEUWE ZIEKTEN

Ziekten komen en gaan luidde de kop van een artikel uit 1992 van J.P.Vandenbroucke, hoogleraar Klinische Epidemiologie [1992:2500-2]. Vandenbroucke onderscheidde verschillende vormen van ‘nieuwe’ aandoeningen. Het kan zijn dat een nieuwe variant van een bestaande ziekte wordt ontdekt, zoals in het geval van overerfde diabetes mellitus. Mitralisklepprolaps werd als eigenstandig ziektebeeld aangetoond door het gebruik van een nieuwe beeldvormende techniek. Omgekeerd kan een syndroom verdwijnen, zoals chlorosis. Sommige ziekten lijken nieuw, maar zijn dat achteraf gezien niet, zoals de ziekte van Lyme. Deze werd eind jaren tachtig voor het eerst waargenomen in het plaatsje Old Lyme in de Verenigde Staten, maar bleek al zo’n vijftig jaar in Europa onder een andere naam bekend te zijn (erythema chronicum migrans).

Tenslotte zijn er nieuw waargenomen ziekten die zijn ontstaan door een nieuw agens: een mutatie van een virus, bacterie of toxine, een verandering in de menselijke omgeving of een nieuwe geneeskundige handeling. Hiertoe rekende Vandenbroucke bijvoorbeeld het toxische-shocksyndroom (aanvankelijk tamponziekte genoemd), veteranenziekte, retrolentale fibroplasie, het ‘respiratory distress’-syndroom en hiv-aids. Omgekeerd werd het variola-majorvirus, dat pokken veroorzaakt, in de jaren zeventig wereldwijd uitgeroeid [1980:89].

Vanwege de hoge verschijningsfrequentie was het Tijdschrift in de afgelopen 50 jaar een belangrijk medium voor epidemiologische overzichten van besmettelijke ziekten [figuur 2.1], epidemieën en van incidenteel in Nederland opduikende zeldzame ziekten. Het publiceerde officiële berichten van de Geneeskundige Inspectie over griepiepidemieën [1970:220-1],

EPIDEMIOLOGISCHE MEDEDELINGEN

TABELLEN BESMETTELIJKE ZIEKTEN

25^E WEEK. AANTAL AANGEGEVEN GEVALLEN VAN BESMETTELIJKE ZIEKTEN OVER DE WEEK VAN 20 T.M. 26 JUNI 1971

Provincies en grootste gemeenten	Ornithosis	Febris typhoïdes	Paratyfus B	Andere salmonellosen	Bruzelose Bang	Andere bruzelosen	Dysenteria bacillaris	Dysenteria amœbica	Roodvonk	Rubella	Difterie	Meningitis cerebrospinalis epidemica	Poliomyelitis anterior acuta	Encephalitis lethargica	Rabies	Ziekte van Weil	Andere leptospirosen	Tetanus	Malaria	Hepatitis infectiosa	Serumhepatitis	
Groningen	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Friesland	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Drenthe	—	—	—	4	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1
Overijssel	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Gelderland	—	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Utrecht	—	—	—	18	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Noord-Holland	—	—	—	26	—	—	—	—	13	8	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	1
Amsterdam	—	—	—	14	—	—	—	—	12	7	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	5	1
Zuid-Holland	—	—	—	31	—	—	—	—	10	67	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	2
's-Gravenhage	—	—	—	6	—	—	—	—	4	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Rotterdam	—	—	—	4	—	—	—	—	4	52	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	2
Zeeland	—	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Noord-Brabant	—	—	—	11	—	—	—	—	3	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—
Limburg	—	—	—	17	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	21	—
Totaal van het Rijk	—	—	—	141	—	—	—	—	29	94	—	2	—	—	—	—	—	—	1	—	40	4
Totaal vorige week	—	1	—	157	—	—	—	—	20	75	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	30	2
Totaal 25e week 1970	—	—	1	95	—	—	—	—	24	50	2	6	—	—	—	—	—	—	—	—	91	2
Totaal t.m. 25e week 1970	11	5	15	1242	2	—	41	3	1174	1241	2	104	1	—	—	—	2	—	4	5	1752	16
Totaal t.m. 25e week 1971	5	9	5	1765	2	—	23	5	1147	2573	—	123	26	11	—	—	2	—	4	6	1593	68

Figuur 2.1
[1971:1362]

explosies van poliomyelitis [1971:621-3; 1978:885-8] en daarnaast over zeldzame gevallen, zoals van Q-koortspneumonie of rabiës [1980:74-8; 1997:437-9]. Ook werd er in het Tijdschrift al vroeg op gewezen dat besmettelijke ziekten zoals difterie, tuberculose of malaria door een groeiend aantal gastarbeiders, immigranten, asielzoekers en reizigers weer de kop opstaken in Nederland. Sinds enkele jaren is die meldingsfunctie overgenomen door een nog sneller medium: internet. Het Tijdschrift was vaak een betrouwbaar forum voor de melding van en de discussie over nieuwe, nog niet goed begrepen syndromen. Dat was bijvoorbeeld in de jaren tachtig het geval bij aids. Bij SARS echter, in 2003, reageerde het nogal traag.

1960-1980: optimisme

Tot 50 jaar geleden kwamen bepaalde infectieuze aandoeningen veel of zelfs endemisch voor: pokken, tyfus, dysenterie, schurft, tuberculose, malaria, difterie, kinkhoest, tetanus, poliomyelitis, bof, mazelen en rodehond. Tegenwoordig kent een meerderheid van de bevolking de namen en de verschijnselen van deze ziekten niet meer. Eind jaren veertig was besloten tot een bevolkingsonderzoek op tuberculose met röntgenfoto's en in dezelfde periode werden de eerste effectieve medicijnen ertegen ontwikkeld. Dit leidde snel tot een enorme daling van het aantal patiënten. In 1969 was tuberculose 'een snel verdwijnende ziekte' en daarmee verdween eveneens lupus vulgaris, een huidaandoening die samenhang met tuberculose van de

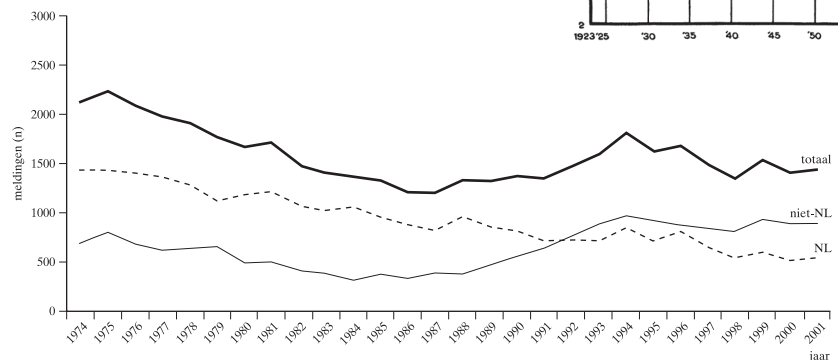
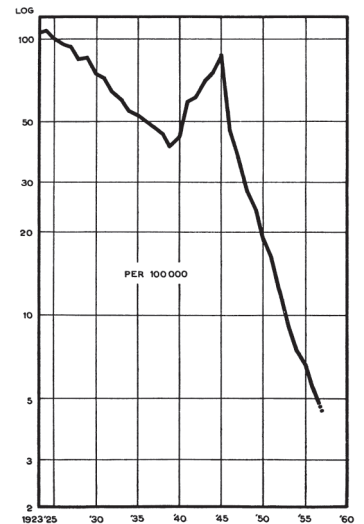
longen of de lymfeklieren [1967:105-10]. De jaarlijkse kans op besmetting met tuberculose was in 1969 0,038%; in 1910 was dat nog 11,31%. Toch waarschuwde een auteur: 'De tuberculose verdwijnt. Denk aan tuberculose!' [1970:2170-7]. Na 1980 zakte de incidentie naar een historisch laag punt met minder dan 1500 gevallen per jaar [2003:1869-74]; [figuur 2.2 en 2.3].

Difterie was de eerste ziekte waartegen zuigelingenbureaus begin jaren vijftig op vrijwillige basis kinderen begonnen te vaccineren. De Amsterdamse GG&GD stelde vast dat de schoolkinderen tussen 4 en 12 jaar die als baby waren ingeënt en een herhalingsinjectie hadden ontvangen een negatieve schick-reactie vertoonden, als teken van verkregen immuniteit [1957:141-4]. De auteurs suggereerden een inentingsschema met herhalingsinjecties op de leeftijd van 4 à 5 jaar en 7 à 8 jaar. Ongeveer dit schema is later in het Rijksvaccinatieprogramma opgenomen, waarbij een gecombineerd vaccin tegen difterie, kinkhoest, tetanus en polio (DKTP) werd gebruikt. Later werd ook de BMR-vaccinatie (tegen bof, mazelen en rodehond) ingevoerd. Het effect was enorm; de meeste kinderziekten werden vanaf de jaren vijftig zo goed als uitgebannen [2001:268-72 en 273-7]. Zo zakte in 1955 het aantal aangegeven gevallen van difterie in Nederland voor het eerst die eeuw onder de 1000, waren er in 1965 nog maar 2 meldingen en werden tussen 1970 en 1980 landelijk slechts 7 gevallen aangegeven [1965:1769-70; 1980:1882-3].

Ook de geslachtsziektebesmettingen namen aanvankelijk af. Pas vanaf 1976 werd een landelijke registratie ingevoerd, zodat cijfers over de periode ervoor ontbreken. Als Amsterdamse gegevens een indicatie kunnen vormen, dan was het laagste cijfer bereikt in de jaren zestig. Vanaf 1970 begonnen de besmettingen echter weer toe te nemen [1980:284-6]. Geslachtsziekten kregen na de Tweede Wereldoorlog overigens lange tijd nauwelijks aandacht in het Tijdschrift. Dat was in de 19e eeuw wel anders [1973:1042-9].

Een belangrijk wapenfeit in de strijd tegen dodelijke infectieziekten was de uitroeiing van de pokken. In 1977 werd de laatste lijder aan de endemische vorm van deze ziekte geregistreerd en in december 1979 werd de wereld door de WHO pokkenvrij verklaard. Dit historische feit werd in het Tijdschrift alleen in de rubriek 'Buitenland' opgemerkt [1980:990; 1987:2278].

Figuur 2.2 Sterfte aan tuberculose in Nederland (vergelijk het verschil in snelheid van daling vóór en na de oorlog). [1958:437]

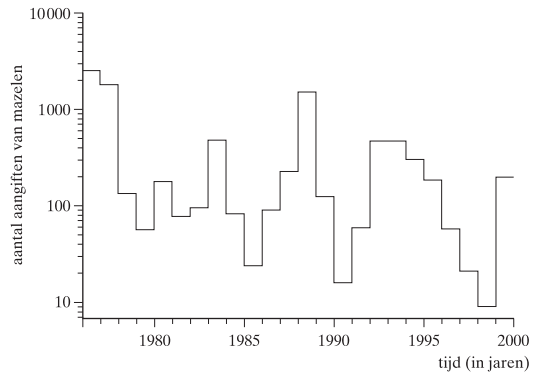
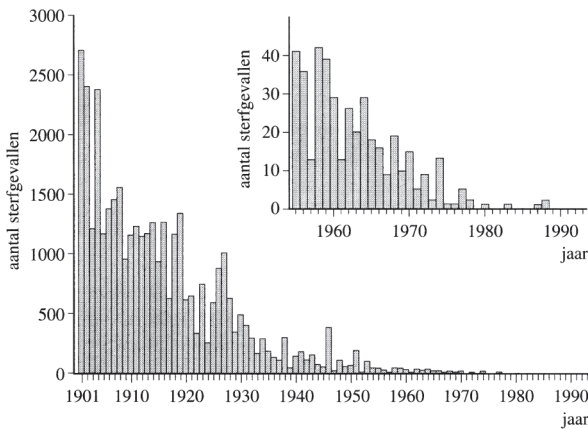


Figuur 2.3 Het aantal aangegeven tuberculosepatiënten met Nederlandse en niet-Nederlandse nationaliteit, 1974-2001. [2003:1872]

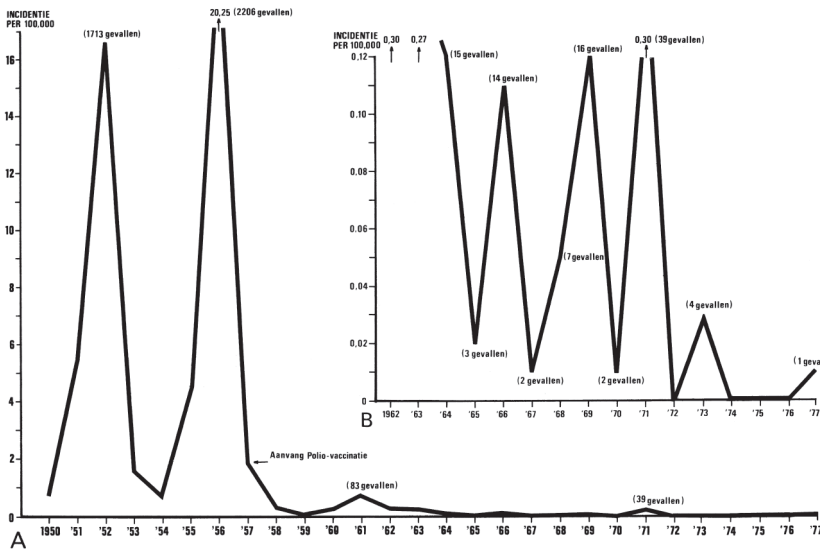
Na 1980: nieuwe bezorgdheid

Lang duurde de periode van optimisme echter niet. Men had bijvoorbeeld verwacht dat mazelen rond 1990 in Nederland zou zijn uitgeroeid. Weliswaar daalde het aantal sterfgevallen sterk, maar de ziekte bleef regionaal opduiken. Eind 1988 was er zelfs weer een epidemie, met op het hoogtepunt bijna 1200 ziektegevallen [1994:2390-5; 2000:171-4; 2001:2529-33]; [figuur 2.4 en 2.5]. Voor mazelen is er een iets te lage vaccinatiegraad van autochtone Nederlanders, net als voor poliomyelitis. In de Nederlandse ‘bible-belt’ van bevindelijk gereformeerden die inenting van hun kinderen weigeren, deden zich tot 15 jaar geleden nog enkele polio-explosies voor, bijvoorbeeld

Figuur 2.4
Absolute aantallen sterfgevallen door mazelen sinds 1901, opgegeven door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). In het aparte kader zijn de sterfgevallen sinds 1955 ‘uitvergroot’.
[1994:2392]

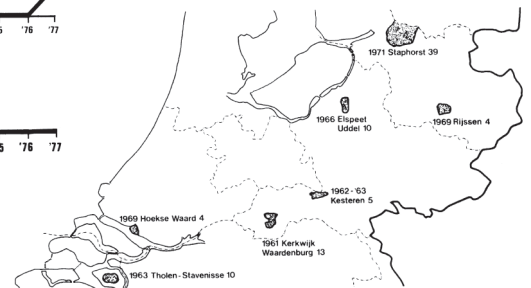


Figuur 2.5
Aantal aangegeven gevallen van mazelen per jaar in Nederland over de periode van januari 1976 tot en met september 1999 (bron: Inspectie voor de Gezondheidszorg, Den Haag).
[2000:172]



Figuur 2.6
Aangegeven gevallen van poliomyelitis (met en zonder verlammingen) per 100.000 inwoners, 1950-1977.
[1979:1701]

Figuur 2.7
Poliomyelitis-explosies in Nederland 1961-1971.
[1979:1701]



in 1971, 1978 en 1992-1993 [figuur 2.6 en 2.7]. Na 1996 steeg ook de incidentie van kinkhoest weer. Dat bleek het gevolg van de opkomst van antigenen varianten van de bacterie die afweken van de vaccinstammen [2005:937-43].

Andere ziekten, zoals tuberculose en difterie, verdwenen vrijwel bij autochtone Nederlanders, maar keerden terug via immigratie en reizigersverkeer; het werden importziekten [zie ook bl. 141 e.v.]. Aan de terugkeer van tuberculose bleek ook de verspreiding van het hiv-virus bij te dragen. Toch werd recentelijk de situatie in Nederland relatief gunstig genoemd, vooral omdat het percentage multiresistente stammen ongeveer 1 bedraagt en merendeels importgevallen betreft [2003:1869-74].

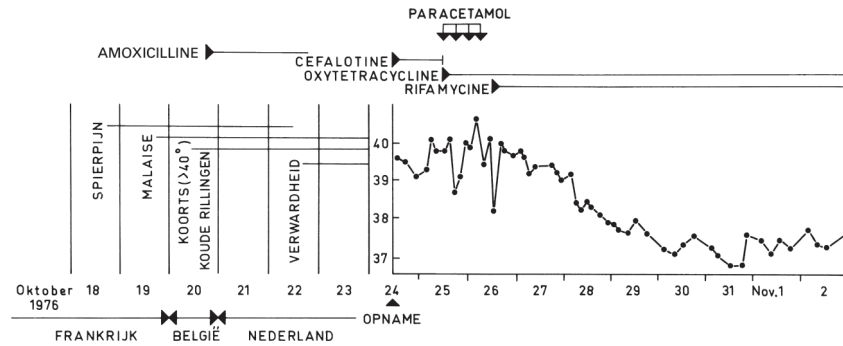
Toen in 1994 een difterie-epidemie uitbrak in de Russische Federatie, bepleitte de auteur van een commentaar een vaccinatieprogramma voor volwassenen met algemene, periodieke hervaccinatie om de 10 jaar, gedurende het hele leven. Hij wees er ook op dat voor sommige uitgeroeide ziekten bijna geen vaccin meer voorhanden is en dat deze ziektebeelden onbekend waren geworden onder artsen [1994:892-4]. Na de aanslagen van 11 september 2001 op de Verenigde Staten werd dit actueel, aangezien er angst ontstond voor terroristische aanslagen met bijvoorbeeld pokken.

Nieuwe ziekten

In de afgelopen 50 jaar zijn een paar nieuwe aandoeningen ontdekt of beschreven. Legionairs- of veteranenziekte bijvoorbeeld, zo genoemd omdat ze voor het eerst werd geconstateerd na een reünie van Vietnam-veteranen in de VS in 1976. Dat jaar werd ook de eerste Nederlandse patiënt opgenomen [1978:507-10]. Wanneer water met de legionellabacterie wordt verneveld, kunnen mensen die de waterdruppels inademen, besmet raken en zij kunnen dan een levensbedreigende vorm van longontsteking krijgen. De eerste grote uitbraak in Nederland vond plaats in 1999, toen 233 mensen ziek werden na een bezoek aan de West-Friese Flora-tentoonstelling. Bij 106 patiënten werd de diagnose ‘legionairsziekte’ bevestigd; 23 mensen overleden, van wie 16 met de diagnose. Het was de grootste legionairsepidemie ooit ter wereld [1999:1192-6]; [figuur 2.8].

Rond 2002 ontstond een nieuwe infectieziekte in Azië: het ‘severe acute respiratory syndrome’ (SARS), eveneens een longontsteking. De ziekte verspreidde zich door het reizigersverkeer snel naar verschillende landen. Een waarschuwing van de WHO begin 2003 leidde tot wereldwijde quarantaine maatregelen en lokaal tot grote paniek onder de bevolking, maar voorkwam wel een pandemie. Het Tijdschrift besteedde pas in begin mei van dat jaar aandacht aan de nieuwe ziekte; rijkelijk laat voor een aandoening die al veel eerder Nederland had kunnen bereiken. Gelukkig werd geen enkel geval van SARS in Nederland aangetroffen. Door intensieve samenwerking tussen

Figuur 2.8
Symptomatologie en
temperatuurverloop bij
de patiënt met legionairsziekte.
[1978:508]



11 laboratoria in 9 landen werd spoedig de verwekker gevonden, een coronavirus, SARS-CoV gedoopt [2003:1440-54].

Dieren blijken een natuurlijke bron voor ziektevirussen bij mensen. Het hiv-virus, één van belangrijkste nieuwe ziekteverwekkers die werden ontdekt, was een retrovirus van chimpansees. Gevreesd wordt dat het onder vogels voorkomende H5N1-virus, dat ook al enkele menselijke slachtoffers heeft geëist, door contact met een menselijk griepvirus zal muteren tot een nieuw griepvirus dat wereldwijd miljoenen doden kan veroorzaken [2005:434-5].

Het verschijnen van hiv-aids zette de wereld en de geneeskunde een tijdlang op zijn kop, zoals hieronder wordt beschreven. Dat geldt minder voor enkele nieuwe ziektebeelden die omstreken zijn omdat er geen organische basis voor de klachten is gevonden en die daarom wel als modeziekten worden afgedaan. Voorbeelden zijn het chronische whiplash-syndroom, voor het eerst omschreven in 1953 [1976:1634-40], 'repetitive strain injury' (RSI), dat zou ontstaan door teveel en verkeerd computergebruik [2002:1969-70], en vooral het chronischevermoeidheidssyndroom.

Chronischevermoeidheidssyndroom (CVS)

De eerste waarnemingen van CVS betroffen meteen een epidemie. In 1955 brak in het Londense Royal Free Hospital een onbekende ziekte uit onder meer dan 300 mensen, zowel artsen, verplegers als patiënten. Zij rapporteerden uiteenlopende klachten, waaronder vermoeidheid, hoofdpijn, spierpijn en -zwakte. Sommigen stelden dat er bij deze 'Royal Free disease' sprake was van massahysterie. Anderen meenden dat een virus verantwoordelijk moest zijn en doopten het verschijnsel 'postviraal vermoeidheidssyndroom'. Later werd de term 'myalgische encefalomyelitis' (ME) geïntroduceerd [1988:999-1001]. In onderzoek probeerde men vergeefs een relatie te leggen met verschillende organische oorzaken, zoals een lage hemoglobine waarde, afwijkingen in het spiermetabolisme, het epstein-barr-virus of een gestoorde bloeddrukregeling. Er bleef een groep over van vooral vrouwen tussen de 20 en 50 jaar met min of meer dezelfde klachten, die niet te verklaren waren.

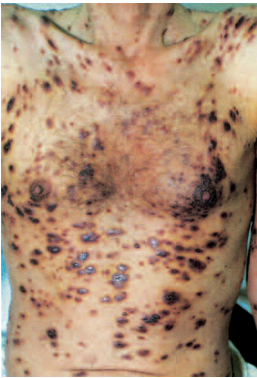
CVS werd na verloop van tijd gedefinieerd als een sterke vermoeidheid die langer dan een jaar duurt, niet vermindert door bedrust en leidt tot een ernstige beperking in het dagelijks leven. Soms komen ook spier- en gewrichtsklachten voor, vergrote en pijnlijke lymfeklieren, hoofdpijn, geheugen- en concentratiestoornissen en depressie. In Nijmegen richtte een groep onder leiding van de hoogleraar Interne Geneeskunde J.W.M. van der Meer veel onderzoek, waarbij ook werd gekeken naar psychosociale factoren zoals persoonlijkheidsprofielen, stemmings-, angst- en somatisatiestoornissen of stress [1991:2005-9; 2010-4]. Anderen wezen ook op maatschappelijke factoren. De slachtoffers waren jonge, hoogopgeleide vrouwen die carrière en gezin combineerden, zeer actief waren, hoge eisen stelden en perfectionistisch waren ingesteld. Deze ‘supervrouwen’ zouden moeite hebben grenzen te stellen en naar de signalen van hun lichaam te luisteren [1992:1433-5]. Dit artikel lokte veel ingezonden brieven uit. Sommige briefschrijvers gaven blijk van herkenning; anderen keurden de praktijk af dat bedrijfsgeneeskundigen en verzekeringsartsen meewerkten aan de ziekmelding en zelfs afkeuring van vrouwen die overspannen waren omdat zij de taken thuis en op hun werk niet goed konden afstemmen [1992:1826-9]. Er werden ook wel parallellen getrokken met een onbegrepen syndroom dat in de 19e eeuw modieus was, de neurasthenie [1991:2014-7; 2347-9]. Deze karakterisering veroorzaakte woede bij de patiënten, die meenden voor simulanten of aanstellers te worden uitgemaakt.

De meeste onderzoekers benadrukten echter dat psychische factoren aan lichamelijke ziekte kunnen bijdragen en dat het waarschijnlijk ging om een ingewikkelde combinatie van somatische en psychische factoren. Ook maakten zij onderscheid tussen oorzakelijke en instandhoudende factoren. Bij het instandhouden van de klachten spelen psychische factoren een grote rol, omdat patiënten lichamelijke activiteit vermijden. Soms uit angst voor ergere klachten, soms ook omdat zij denken daarmee te erkennen geen echte lichamelijke kwaal te hebben [1991:2010-4; 1997:1507-9].

Degenen die overtuigd waren van een organische oorzaak leken op zeker moment gelijk te krijgen. Er zou bij CVS-patiënten een nieuwe stofwisselingsziekte zijn aangetroffen, hemopyrrolactamurie (HPU). De populaire pers ging met de nieuwe ziekte aan de haal, maar volgens serieuze onderzoekers was er alleen onbetrouwbare literatuur over te vinden [2003:1720-1; 1752-5]. Deze was afkomstig van de ontdekker van HPU, tevens directeur van een Nederlands onderzoeksinstituut dat commerciële belangen had bij het vaststellen van de stofwisselingsziekte. De auteurs van het Tijdschrift-artikel noemden HPU een ‘pseudo-ziekte’.*

* Een wrang-komisch detail is dat de eerste vermelding van HPU in het Tijdschrift een veroordeling van de Raad van de Journalistiek opleverde. Dit bericht vermeldde dat er bij alle vrouwelijke patiënten een te lage histamineconcentratie zou zijn aangetroffen, terwijl dit slechts bij een deel het geval was. Een klacht van de ‘ontdekker’ van HPU werd gegrond geacht omdat ‘bijzondere accuratesse mag worden verwacht waar het de vermelding betreft van wetenschappelijke feiten.’ (Zie voor deze kwestie: [2000:1648; 2001:1903; 2003:1752-5]).

Een rapport van de Gezondheidsraad uit 2005 deelde CVS uiteindelijk in bij de ‘onverklaarde lichamelijke klachten’. Er wordt nu uitgegaan van een disbalans tussen draagkracht en draaglast, waarbij stress een belangrijke rol speelt. Uitlokkende factoren zijn vaak levensgebeurtenissen, zoals het overlijden van een dierbare, een ernstige ziekte of problemen op het werk. De enig werkzame behandeling bestaat uit cognitieve gedragstherapie en een lichamelijk oefenprogramma [2005:739-41]. Dit had grote gevolgen voor de mensen die de diagnose ‘CVS’ hadden of kregen, want zij komen sindsdien niet meer in aanmerking voor een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Per 2006 werden zij onder de nieuwe wetgeving zelfs volledig arbeidsgeschikt verklaard [zie bl. 30]. Verzekeringsartsen stonden overigens al sinds begin jaren negentig onder druk om strenger medisch te keuren en mensen met psychosociale problematiek uit de WAO te weren of te re-integreren. De keuring op arbeids(on)geschiktheid is ook sinds begin jaren negentig in het Tijdschrift als thema opgekomen. Verzekeringsartsen kregen toen een deel van de schuld op zich geschoven voor het hoge aantal arbeidsongeschikten in Nederland – rond 900.000. Zij kregen de opdracht om strenger te keuren, maar deze politieke opdracht stond soms op gespannen voet met hun beroepsuitoefening als medicus [1992:1397-400; 1993:2291-5].



Figuur 2.9
Gegeneraliseerde uitbreiding van Kaposi-sarcoom. Naarmate de laesies ouder worden, worden ze vaak donkerder van kleur. [1987:1480]



Figuur 2.10
Kaposi-sarcoom in de mond. Het harde verhemelte vormt een voorkeursplaats. [1987:1480]

Hiv-aids

‘Waarschijnlijk is er geen tweede voorbeeld te geven van een levensgevaarlijke ziekte met epidemische trekken die de moderne geneeskunde zozeer overvallen heeft als het verworven immunodeficiëntiesyndroom (AIDS),’ begon S.A. Danner in 1985 een klinische les [1985:481]. Hij beschreef 4 casussen die sterk op elkaar leken, maar waarvan er volgens hem slechts één aids betrof. Die diagnose kon op dat moment nog niet door een laboratoriumtest worden bevestigd. Deze onzekerheid tekent de ronduit rampzalige situatie halverwege de jaren tachtig. De patiënten, in grote meerderheid homoseksuele mannen, kregen uiteenlopende, zeldzame infecties en het sarcoom van Kaposi, wijzend op een verworven immuniteitsstoornis [figuur 2.9 en 2.10]. Het was een raadsel wat er aan de hand was. De artsen zagen de patiënten binnen korte tijd na opname sterven.

Over de eerste aidspatiënten in Nederland zijn in het NTvG tijdig artikelen gepubliceerd. In 1982 verscheen een overzicht van wat er sinds de eerste ziektemeldingen in 1981 over de patiënten was geschreven in de Amerikaanse vakpers [1982:631-3]. Later dat jaar werden de eerste vermeende patiënten aangetroffen in Amsterdamse ziekenhuizen. Hun ziektegeschiedenissen verschenen in 1983 [1983:817-20; 820-4 en 824-5]. Deze artikelen vermeldden ook de naam aids en de Nederlandse term ‘verworven immunodeficiëntie’. Er werd toen al gerept van ruim 700 Amerikaanse gevallen en zo’n 40 Europese, en het was bovendien duidelijk geworden dat het niet om een ziekte van uitsluitend homoseksuelen ging.

Er was aanvankelijk natuurlijk veel aandacht voor de klinische beschrijving, de diagnostische criteria en de mogelijke oorzaken van de ziekte. Nederland leverde internationaal belangrijke wetenschappelijke bijdragen met onder meer de Amsterdamse cohortstudies. Daarin werd vanaf najaar 1984 het natuurlijke verloop van een hiv-besmetting gevolgd bij homoseksuelen en druggebruikers. In het kielzog hiervan werden andere risicogroepen bestudeerd, zoals prostituees en prostituanten, en zwangere vrouwen. Daarover werd in het Tijdschrift geregeld gerapporteerd. Hoewel er in de medische wereld meerdere theorieën circuleerden, dachten de auteurs in het Tijdschrift van meet af aan een (overdraagbare) infectie. Internationaal begon een zoektocht naar een virus, een test, een vaccin en een geneesmiddel.

In 1983 ontdekten Franse onderzoekers een kandidaat, een humaan retrovirus dat zij ‘lymfadenopathievirus’ (LAV) noemden. Een jaar later claimden Amerikaanse onderzoekers de ontdekking, zij doopten het ‘humaan T-cel lymfotroop virus type III’ (HTLV-III). Men gebruikte vervolgens de gecombineerde naam LAV/HTLV III-virus [1985:1058-9]. De Amerikaanse claim op de ontdekking bleek onterecht en een internationale commissie herdoopte in 1986 het virus tot ‘human immuno-deficiency virus’, kortweg hiv. Rond dezelfde tijd werden twee typen onderscheiden: hiv-1 kwam vooral in Noord-Amerika en Europa voor, hiv-2 in Afrika [1987:1776-7].

Een eerste doorbraak, in 1984, was de ontwikkeling van een bloedtest waarmee antistoffen tegen hiv konden worden aangetoond, de ELISA-methode. Er ontstond vervolgens een langdurige en bittere controverse over de vraag of individuen of groepen die risico liepen, getest moesten worden. Hieraan wordt aandacht besteed in hoofdstuk 3. Een volgende stap, die uiteindelijk minder een doorbraak vormde dan men aanvankelijk dacht, was het eerste werkzame medicijn, azidothymidine (AZT) ofwel ziduvodine. Dit oorspronkelijk als cytostaticum ontwikkelde medicijn bleek de vermenigvuldiging van het hiv-virus te remmen en de klachtenvrije periode te verlengen [1987:934-6]. De goed georganiseerde Amerikaanse patiëntenbeweging wist de Food and Drug Administration (FDA) zodanig onder druk te zetten dat het medicijn werd goedgekeurd na slechts één multicenteronderzoek. AZT kwam in 1987 ook beschikbaar voor een selecte groep aids-patiënten in Nederland, tot schrik van onderzoekers, wier waarschuwingen over de gevaren van niet onderkende bijwerkingen en de noodzaak van goed onderzoek in de wind werden geslagen [1990:1835-6]. Zij kregen gelijk: de bijwerkingen waren niet gering en het effect bleek tijdelijk, omdat het virus al na enkele maanden resistent werd tegen het middel [1991:1547-50]. Wel bleek vroegtijdige toediening aan hiv-besmette zwangere vrouwen effectief om de overdracht op de foetus te voorkomen. Het besmettingsrisico daalde van 25 naar rond de 8% [1996:2296-8].

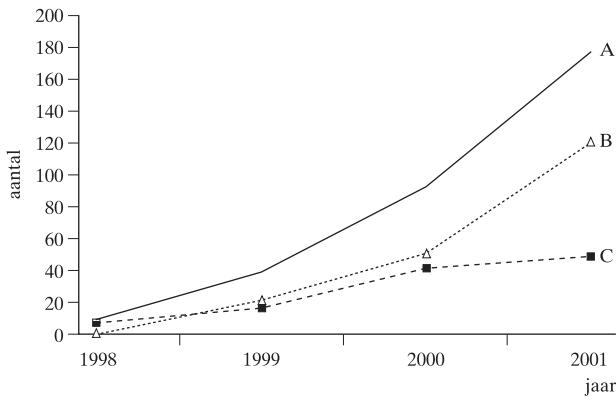
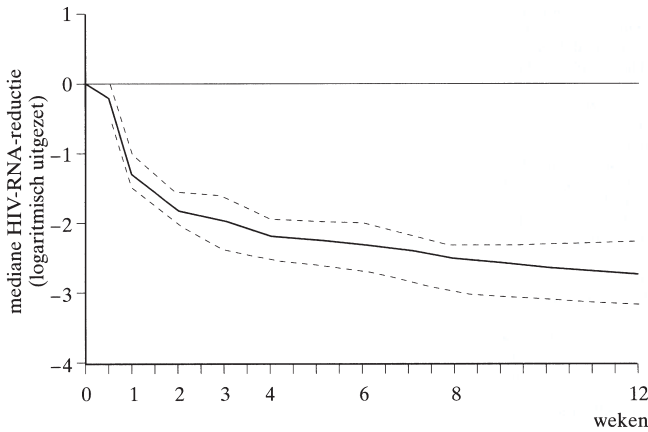
Men was er aanvankelijk van uitgegaan dat na een besmetting het virus enige tijd latent aanwezig was, wat de symptoomvrije periode verklaarde, en op een later moment actief werd. Dat bleek niet het geval. Het virus was vanaf het begin actief en zo vroeg mogelijk na de infectie beginnen met behandelen was effectiever dan wachten tot de eerste ziektesymptomen ontstonden. Dat werd vastgesteld door tests waarmee men de hoeveelheid hiv-RNA ofwel de ‘viral load’ in het bloed kon meten. Een zo’n test werd ontworpen door Nederlandse virologen. Een hoge hiv-RNA-spiegel vroeg na de infectie bleek een belangrijke voorspellende variabele voor de ontwikkeling van aids en voor overlijden; het dalen van de spiegel tijdens behandeling duidde op een gunstige prognose [1997:1043-50]; [figuur 2.11].

Rond 1995 werd uiteindelijk de doorbraak in de behandeling bereikt waar men op hoopte, door het beschikbaar komen van nieuwe antiretrovirale middelen. De commotie die dit destijds veroorzaakte, is niet meteen in het Tijdschrift terug te vinden. Pas 2 jaar later verschijnt een serie artikelen over de werking van de nieuwe middelen en de gevolgen van deze doorbraak. Ziduvodine behoort tot de groep ‘reverse’-transcriptaseremmers. Deze werken vroeg in de cyclus van virusreproductie en remmen het enzym transcriptase, dat virus-RNA omzet in virus-DNA. Reeds begin jaren negentig waren middelen op de markt gekomen die later in de cyclus verhinderen dat virus-DNA zich met behulp van het enzym protease tot volwaardig virus ontwikkelt. Deze proteaseremmers bleken vooral in combinatie met twee reverse-transcriptaseremmers tot een niet eerder waargenomen virusreductie te leiden [1997:1036-43]. Het was zaak zo snel mogelijk na de infectie te beginnen met de tripel- of cocktailtherapie, later aangeduid als ‘highly active antiretroviral therapy’ (HAART) [figuur 2.12].

De resultaten van de eerste Nederlandse klinische trial met verschillende mono- en combinatietherapieën waren gunstig. Vooral bij nog niet eerder behandelde patiënten was het effect groot [1998:573-8]. Combinatietherapie bij zwangere vrouwen en daarna bij hun pasgeboren kind leidde over een periode van 5 jaar eveneens tot een daling van besmettingen tot 4% [2002:1277-81]. De combinatie van HAART, bevalling via keizersnede en afzien van borstvoeding verlaagde het besmettingsrisico verder tot onder 1% [2003:1232-6].

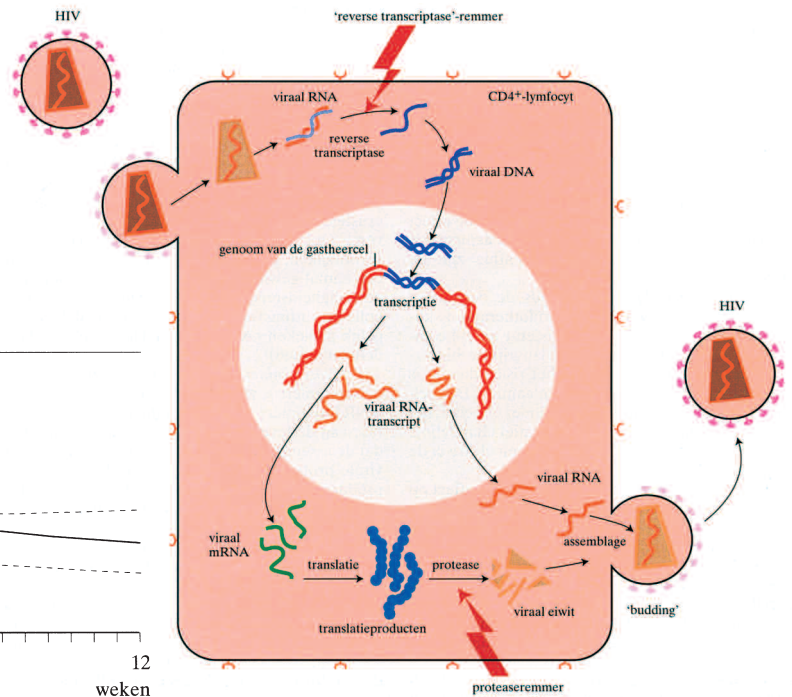
Zo ontstond ten langen leste een nieuwe situatie. Een hiv-diagnose betekende geen automatisch doodvonnis meer. Hiv-aids werd voor velen een chronische aandoening die poliklinisch behandeld kon worden; helaas wel levenslang. Onderzoekers zagen direct in dat dit noopte tot een landelijk systeem van hiv- in plaats van aidssurveillance, maar zo’n systeem werd pas in 2002 gestart [1997:1043-50 en 1928-9; 2003:1071-6]. Een negatief neveneffect van de nieuwe behandeling werd enkele jaren later duidelijk: de seksuele gedragspatronen werden weer onveilig [figuur 2.13]. Onder

Figuur 2.11
HIV-RNA-spiegels bij geïnfecteerde patiënten in het beloop van behandeling met een triple-combinatie van 2 HIV-'reverse transcriptase'-remmers en 1 HIV-proteaseremmer: de nullijn geeft de uitgangswaarde weer en de stippecurven bakenen het gebied tussen de 25e en de 75e percentielijn af. Er is een bifasische daling van de hoeveelheid HIV-RNA zichtbaar.
[1997:1047]



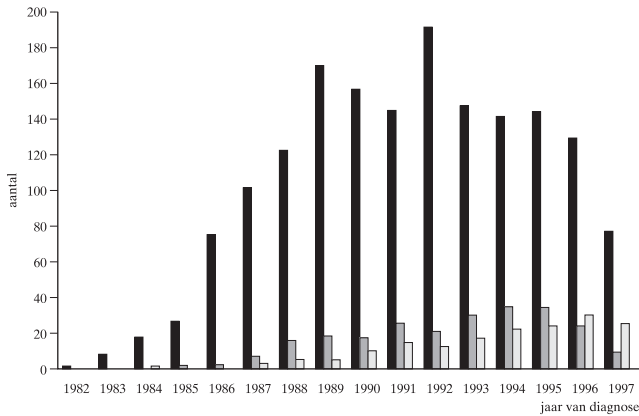
Figuur 2.13
Aantal nieuwe diagnoses 'infectieuze syfilis' bij homoseksuele mannen die de Polikliniek voor Seksueel Overdraagbare Aandoeningen van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst (GG&GD) in Amsterdam bezochten, 1998-2001, naar leeftijd bij diagnose: A = totaal; B = 35 jaar en ouder; C = jonger dan 35 jaar.
[2002:634]

Figuur 2.12
De levenscyclus van het humaan immunodeficiëntievirus en de aangrijpingspunten van de thans beschikbare antiretrovirale middelen.
[1997:1037]



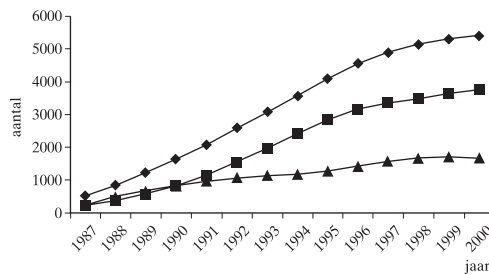
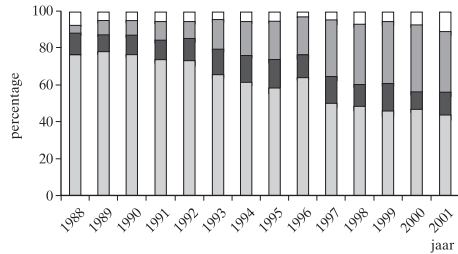
hiv-besmette homoseksuelen in Amsterdam nam het aantal besmettingen met andere geslachtsziekten toe; later was hetzelfde waarneembaar onder heteroseksuelen [2002:633-5; 2003:1071-6].

Hoewel aids nooit tot meldingsplichtige ziekte is gemaakt, werd artsen vanaf het begin dringend verzocht ziektegevallen te melden. De prognoses over de epidemie die Nederland te wachten stond, waren aanvankelijk angst-aanjagend. Halverwege 1987 waren er 308 aidspatiënten geteld, van wie er 173 waren overleden. Men hield rekening met een cumulatief aantal van 5000 aidsgevallen in 1991, van wie 50% zou zijn overleden [1987:1474-9].



Figuur 2.14
Aantal aidspatiënten van de belangrijkste risicogroepen in Amsterdam in 1982-1997; (■): homo- en biseksuele mannen; (■): injecterende drugsgebruikers; (□): heteroseksuelen. [1998:2862]

Figuur 2.15
Nieuwe patiënten met aids in Nederland, naar jaar van diagnose en risicogroep: (□): homoseksuelen, (■): injecterende drugsgebruikers, (■): heteroseksuelen, (□): anders of onbekend. [2003:1072]



Figuur 2.16
Aantallen patiënten met aids in Nederland: (—◆—): nieuwe patiënten (cumulatief); (—■—): aidsdoden (cumulatief); (—▲—): in leven. [2003:1072]

Maar al was de epidemie ernstig, ze verliep niet zo ernstig als men verwacht had. Tot en met 1990 werden er in totaal 1675 aidspatiënten gediagnosticeerd. De top lag tussen 1992 en 1995, met jaarlijks rond de 500 nieuwe ziektegevallen. Het aantal gediagnosticeerde homo- en biseksuele patiënten piekte in 1992, het aantal druggebruikende patiënten in 1994 en het aantal heteroseksuele patiënten in 1996 [1992:1115; 1998:2861-5]; [figuur 2.14]. Over de jaren veranderde de samenstelling van de patiëntengroep. Het aandeel van homoseksuele mannen daalde tussen 1987 en 2001 van 77 tot 44%, terwijl dat van heteroseksuele mannen en vrouwen toenam van 6 tot 33% en dat van druggebruikers ongeveer gelijk bleef [2003:1071-6]; [figuur 2.15]. Het aantal sterfgevallen daalde tussen 1996 en 1998 sterk, maar bleef daarna stabiel. Het cumulatieve aantal doden overtreft nog wel het aantal overlevenden [figuur 2.16].

BEELDVORMING

‘Bij de tweede methode, subtractie genoemd, wordt door overschaduwning van een positief en een negatief beeld van twee opeenvolgend gemaakte Röntgenogrammen, terwijl bijvoorbeeld door insputting van een contrastvloeistof iets aan het object veranderd is, uitsluitend deze verandering in beeld gebracht. De waarde van deze methode, die slechts korten tijd werd

toegepast, is nog niet te beoordelen.’ Dit zijn de laatste 2 zinnen uit de bespreking van het proefschrift *Planigrafie en subtractie* uit 1934 van B.G.Ziedses des Plantes, zenuwarts [figuur 2.17].* In 1959 legt Ziedses des Plantes, inmiddels hoogleraar Röntgenologie, het principe nog eens uit [1959:2554-61]. Wanneer tussen twee röntgenfoto’s een verschil bestaat, is dit zichtbaar te maken door de ene foto te bedekken met een diapositief van de andere [figuur 2.18]. Zeker sinds de computer de subtractie uitvoert, heeft de originele vondst van Ziedses des Plantes haar waarde dubbel en dwars bewezen. De digitale subtractieangiografie (DSA) is bijvoorbeeld tegenwoordig een onontbeerlijk hulpmiddel voor hart- en vaatchirurgen.

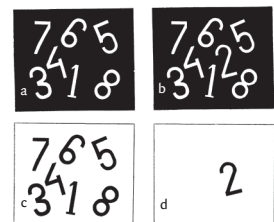
In de jaren vijftig was röntgenologie een dienstverlenend specialisme waarvan de beoefenaren met loden schorten voor hun lichaam patiënten in het halfduister doorlichtten. Tegenwoordig noemen de röntgenologen zich radioloog en zij beschikken over een keur van diagnostische technieken. Zij zijn niet alleen diagnostische dienstverleners, maar punteren diepliggende abcessen en tumoren en openen of sluiten naar behoefte bloedvaten wanneer die de gezondheid bedreigen. Deze nieuwe mogelijkheden zijn niet onopgemerkt gebleven bij andere specialismen. De verloskundigen hanteleren zelf het echoapparaat en de cardioloog maakt kransvaten zichtbaar en verwijdt die zo nodig zonder dat er een radioloog aan te pas komt. Nieuwe technieken binnen de nucleaire geneeskunde zoals de positronemissietomografie (PET)-scan vullen het arsenaal van de radioloog aan. Lymfografie [1964:739-48] en radio-encefalografie [1966:2248-55] zijn obsoleet geworden omdat de nieuwe diagnostische methoden veel minder belastend voor de patiënt zijn.

Mammografie

‘Voor de mammografie lijkt een grote toekomst te zijn weggelegd als “screening” van vrouwen boven een bepaalde leeftijdsgrens.’ Zover was het in 1968 nog niet toen de eerste ervaringen met deze methode in het VU Ziekenhuis werden beschreven [1968:453-8]; [figuur 2.19 en 2.20]. Bij 100 patiënten was mammografie verricht en bij 30 was de diagnose ‘kanker’ gesteld, die bij 26 vrouwen werd bevestigd. Al eerder was in het Tijdschrift over röntgenonderzoek van de mamma gepubliceerd, maar toen werd geen compressie toegepast, waren de beelden onscherp en was de ervaring nog gering



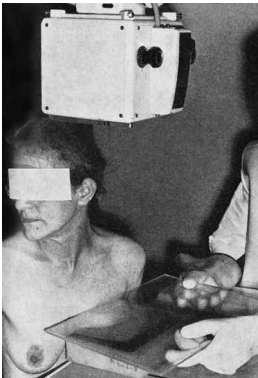
Figuur 2.17
B.G.Ziedses des Plantes.



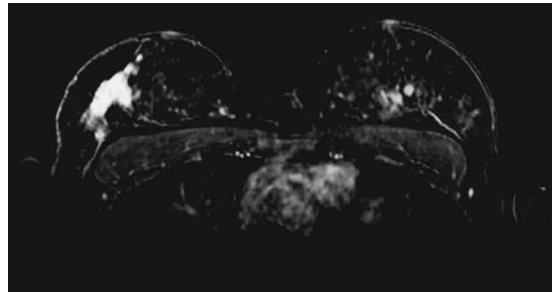
Figuur 2.18
Principe der subtractie.
a. Röntgenfoto van metalen cijfers.
b. Röntgenfoto na toevoeging van het cijfer 2.
c. Diapositief van röntgenfoto a.
d. Fotocopie na bedekking van de röntgenfoto b met het diapositief c. [1959:2554]

* B.G.Ziedses des Plantes was een van de meest vooraanstaande neuroradiologen ter wereld. Als student had hij al in 1920-1921 de planigrafie (later tomografie genoemd) bedacht. Deze methode was onafhankelijk van hem ook ontwikkeld door D.L.Bartelink. Beiden deden verslag in hetzelfde Tijdschriftnummer [1932:420-6]. In 1950 presenteerde Ziedses op een internationaal congres als eerste de resultaten van een methode voor beeldvormende diagnostiek met radionucliden, door hem ‘indirecte autoradiografie’ genoemd en nu bekend als scintiscanning. Hij verzuumde evenwel over deze techniek te publiceren, zodat hij niet als de uitvinder ervan te boek staat [1981:2165-7].

Figuur 2.19
Mammografie, craniocaudale
opname.
[1968:453]



Figuur 2.20
Het canaliculaire mammacarcinoom
met de 'calcifications en
grains de sel', in het centrum van
de tumorschaduw.
[1968:455]

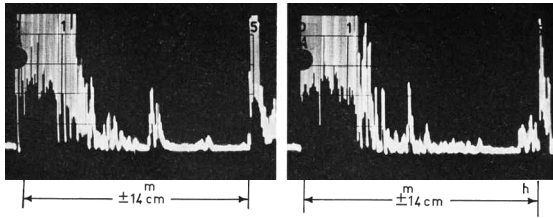


Figuur 2.21
MRI-afbeelding van een patiënte
bij wie in de rechter mamma
duidelijk een kwaadaardige tumor
is vast te stellen.
[2006:1450]

[1957:1389-94]. In 1973 werd vanuit Nijmegen een serie van ruim 2500 patiënten beschreven [1973:1889-94]. Van de 148 maligne tumoren waren 26 niet palpabel, ook niet nadat de lokalisatie op de foto bekend was. Tegenwoordig wordt screening aangeboden aan vrouwen van 50 jaar en ouder. Bij jongere vrouwen is de sensitiviteit van de conventionele mammografie niet optimaal en zijn vroege stadia van carcinoom moeilijk te ontdekken. In die gevallen kan MRI [zie bl. 57 e.v.] belangrijk zijn [2006:1449-53]; [figuur 2.21].

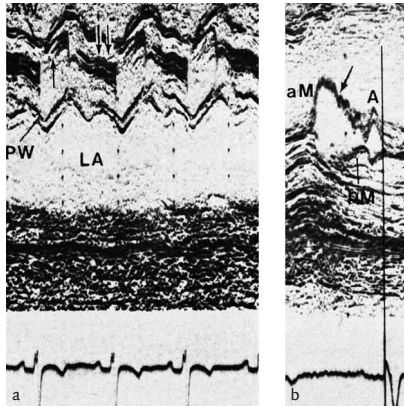
Echografie

De Rotterdamse neuroloog M.de Vlieger is de auteur van het eerste artikel in het Tijdschrift over deze nieuwe methode [1964:5-10], nadat hij eerder een voordracht voor het Klinisch Genootschap Rotterdam over de principes en de diagnostische mogelijkheden had gehouden [1964:1513-4]. Omdat lucht de ultrageluidsgolven niet voortgeleidt, moest in de beginperiode het te onderzoeken lichaamsdeel onder water worden gehouden. Op deze manier lukte het niet-palpabele mammacarcinomen te ontdekken. Ook de hersenen werden op deze wijze onderzocht, maar ideaal was deze onderdompeling natuurlijk niet. Dat veranderde toen direct contact tussen taster (transducer) en huid werd gemaakt met polyethyleenglycol. De eerste echo-encefalogrammen werden vooral gemaakt om te zien of de middenecho verschoven was [figuur 2.22]. De kwaliteit van de apparatuur neemt in de volgende jaren snel toe en de echografie vindt dan ook toepassing in de oogheelkunde [1967:1023-4], cardiologie en verloskunde. Met echografie kan bijvoorbeeld bacteriële endocarditis van de aortaklep worden gediagnosticeerd [1978:477-83]; [figuur 2.23]. Tijdens de vroege zwangerschap is de amnionholte als een ring te zien die langzamerhand het cavum uteri opvult [1971:2082-3]; [figuur 2.24]. De techniek verbetert zodanig dat bij de foetus afwijkingen kunnen worden vastgesteld [1984:2073-6]; [figuur 2.25].

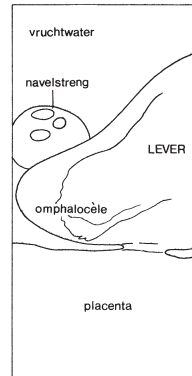
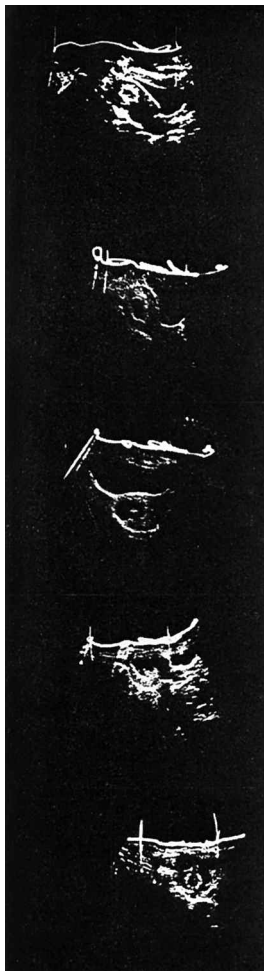


Figuur 2.22
Echo-encefalogrammen bij een patiënt met een subduraal hematoom; m is de verschoven midden-echo, h is de hematoom-echo voor de eind-echo.
[1964:8]

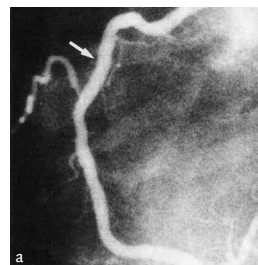
Figuur 2.24
a. Zwangerschapsring in de fundus uteri geïmplanteerd. Beeld bij 6 weken graviditeit. b. Ring bij 7 weken zwangerschap. c. Ring bij 9 weken zwangerschap. Meer dan de helft van het cavum uteri wordt opgevuld. In de ring zijn foetale echo's zichtbaar. d. Graviditeit van 10-11 weken. De ring die het gehele cavum uteri vult is nog juist te zien. Op de uterus-achterwand is de placenta-aanleg zichtbaar. Foetale echo's zijn aanwezig. e. Graviditeit van 14 weken. Een caput is zichtbaar.
[1971:2083]



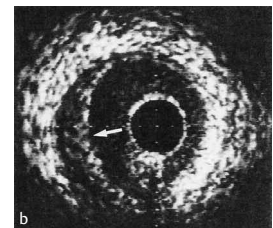
Figuur 2.23
a. Echocardiogram van aorta en aortakleppen. De voorste klep-slip produceert verscheidene echo's in systole (linker pijl), multi-pele echo's in diastole (dubbele pijl).
b. Echocardiogram van de mitralis-klep. 'Fladderen' van de voorste mitralisklep (pijltje) ten gevolge van aorta-insufficiëntie. Het sluitpunt van de mitralisklep ligt bij het begin van het QRS-complex (verticale lijn).
AW = voorwand van de aorta; PW = achterwand van de aorta; LA = linker atrium; aM = voorste mitralisklepslip; pM = achterste mitralisklepslip; A = uiteenwijken van de mitralisklepslippen door de atriumcontractie.
[1978:481]



Figuur 2.25
Antenatale echoscopie: omfalocèle. Transversale doorsnede door de buik van de foetus. Getroffen is de lever, die doorloopt tot in de omfalocèle. De te dikke navelstreng bevat drie vaten.
[1984:2074]



Figuur 2.26
Een coronairangiogram opgenomen in 30 graden schuin links-voor (a), bij de pijl werd een intracoronaire echo-opname vervaardigd (b). Hoewel het lumen op die plaats kennelijk niet vernauwd is, is een sikkelvormige atherosclerotische afwijking aantoonbaar (pijl).
[1992:1156]



In 1971 wijdt het Tijdschrift een serie artikelen aan de echodiagnostiek [1971:839] en in 1980 verschijnt het eerste verslag van een vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Ultrageluid in de Geneeskunde en de Biologie [1980:2062-7].

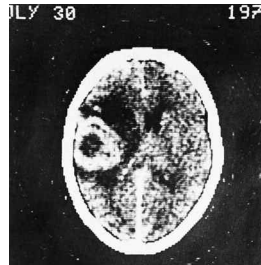
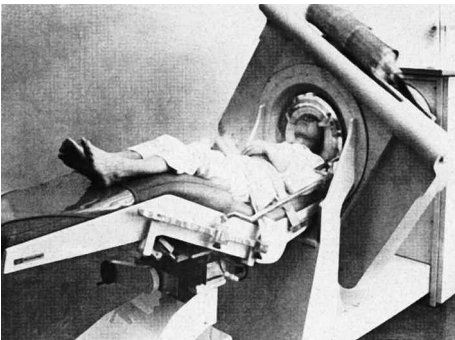
Voor de klinische praktijk is het van groot belang geweest dat de echografie invasief diagnostisch onderzoek heeft vervangen. Een duidelijk voorbeeld is de diagnostiek van proximale diepveneuze trombose, waarbij in verreweg de meeste gevallen flebografie niet meer nodig is [1988:2154-7].

Hoewel echografie aanvankelijk ingezet werd als niet-invasieve diagnostische methode, is ze vervolgens ook het lichaam binnengedrongen: met intravasculaire echografie kunnen afwijkingen worden gezien die bij angiografie onzichtbaar blijven [1992:1153-7]; [figuur 2.26].

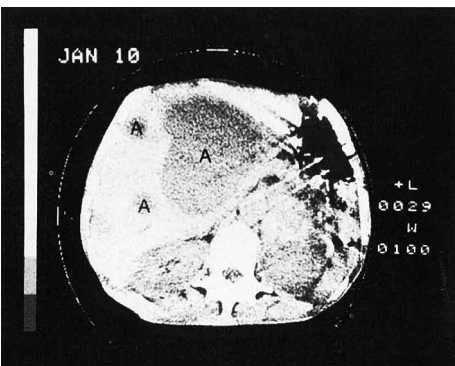
Computertomografie (CT)

Ook bij deze nieuwe röntgenologische techniek was het eerst nodig het te onderzoeken lichaamsdeel in water te dompelen. Bij het eerste apparaat dat in Nederland werd gebruikt, droeg de patiënt om het hoofd een rubberkap die met water werd gevuld. De onderzoekers uit het Wilhelmina Gasthuis

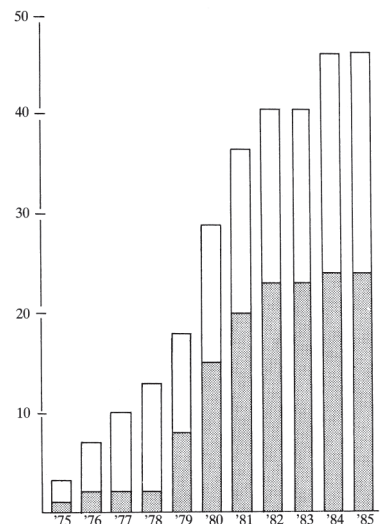
Figuur 2.27
EMI-scanner tijdens de lineaire beweging van de röntgenbuis (bovenzijde).
[1976:1071]



Figuur 2.28
Computertomogram (instelvlak 2B) na intraveneuze injectie van 40 ml Amidotrizoïnezuur 58%. Links temporaal ringvormige verdichting (tumor), centrale ophelderiging (kyste of necrose). Mediaal van de tumor veel oedeem (donkere zone).
[1976:1072]



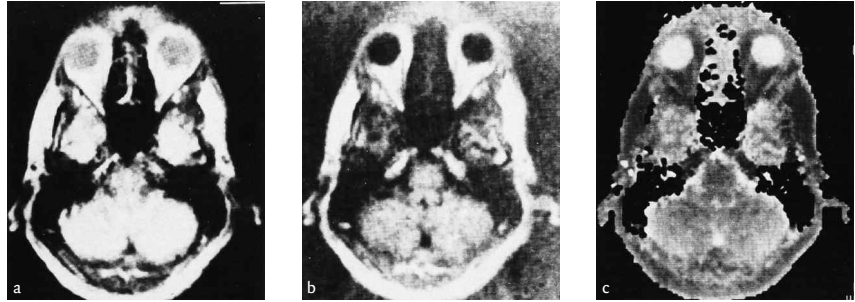
Figuur 2.29
Leverkysten zijn aangegeven met een A.
[1978:151]



Figuur 2.30
Het totale aantal computertomografen in Nederland per 1 januari 1986 (□+▣) en het aantal lichaamsscanners daarvan in algemene ziekenhuizen (▣).
[1987:1723]

Figuur 2.31
Transversale schedelopname van een gezonde proefpersoon, gemaakt met de experimentele whole-body NMR-tomograaf van Philips. De opnamen a, b en c hebben betrekking op dezelfde snede en werden verkregen door variatie van instelling van het apparaat. Opname d heeft betrekking op een meer craniaal gelegen vlak.

[1983:1198]



in Amsterdam stellen dat dit nieuwe onderzoek meer informatie oplevert dan de conventionele neuroradiologische onderzoeken [1976:1070-5]; [figuur 2.27 en 2.28].

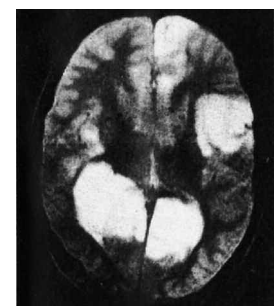
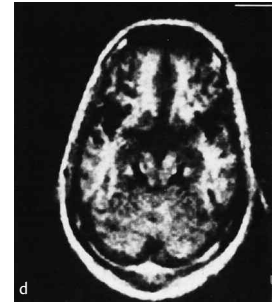
De volgende Nederlandse primeur komt uit het Sint Lucas Ziekenhuis te Amsterdam. In 1976 is daar een apparaat in gebruik genomen dat behalve van de hersenen ook beelden van de inhoud van thorax en abdomen kan maken [1978:150-5]; [figuur 2.29].

Vanaf 1987 valt de aanschaf van de dure computertomograaf zowel in Nederland als in de meeste andere West-Europese landen onder een wettelijk vergunningenstelsel. Utrechtse röntgenologen laten zien dat Nederland achterblijft bij de omringende landen [1987:1721-6]. Het lijkt waarschijnlijk dat computertomografie andere vormen van radiodiagnostiek vervangt en de gemiddelde verpleegduur verkort. Het aantal apparaten moet dus worden uitgebreid, vinden de auteurs [figuur 2.30].

Kernspinresonantietomografie (MRI)

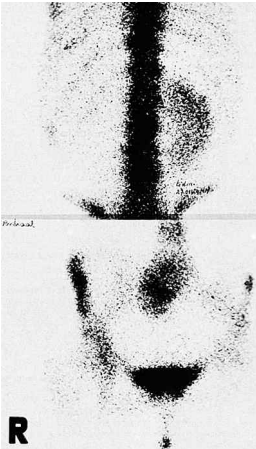
Deze methode wordt als ‘nucleaire magnetische resonantie’ (NMR) in 1983 in het Tijdschrift geïntroduceerd [1983:1195-9]. Aan MRI/NMR komen geen schadelijke röntgenstralen te pas. Alleen patiënten met metalen operatieclips en cardiale pacemakers moeten uit de buurt van het apparaat blijven. Geselecteerde patiënten uit academische ziekenhuizen worden voor NMR-onderzoek naar Eindhoven vervoerd, waar Philips apparatuur heeft ontwikkeld [figuur 2.31]. Korte tijd later worden in het VU ziekenhuis en het Academisch Ziekenhuis Leiden de eerste apparaten geïnstalleerd. Vanwege de hoge kosten heeft de minister van Onderwijs en Wetenschappen slechts 4 academische ziekenhuizen toestemming gegeven voor de aanschaf. De hoogleraar J. Valk van de VU doet verslag van een jaar ervaring bij circa 1200 patiënten uit het hele land en met afwijkingen in alle delen van het lichaam [1986:1603-8]; [figuur 2.32]. Zijn conclusie: ‘In korte tijd is reeds gebleken dat kernspinresonantie in de komende jaren een steeds grotere rol zal gaan spelen in de diagnostiek van vele afwijkingen.’ Hij heeft gelijk gekregen.

Figuur 2.32
Zeer zeldzaam geval van multifocale gliomatosis cerebri; een tumorachtige gliawoekering die door de gehele hersenen voorkomt. Vóór de NMRi-periode kon die vrijwel nooit in vivo worden gediagnostiseerd. Men ziet op de spin-echo-beelden grote gebieden, schors en witte stof, met verhoogde signaalintensiteit en massa-effect.
[1986:1604]



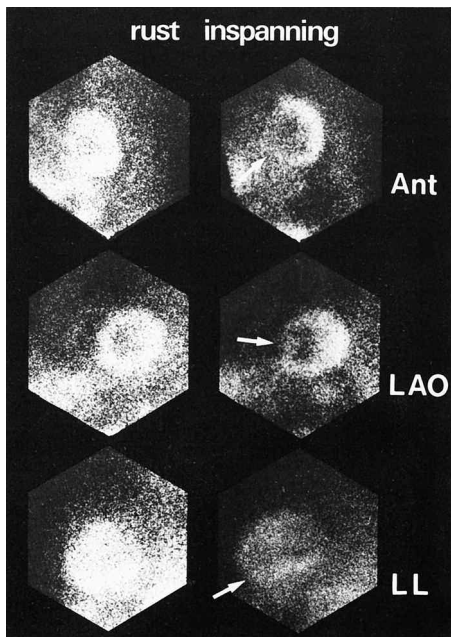
Nucleaire geneeskunde

Dit specialisme werd in Nederland aanvankelijk uitgeoefend door internisten en later ook door cardiologen. Nucleair-geneeskundigen zijn niet alleen diagnostisch werkzaam, maar dienen ook therapeutische doses radioactiviteit toe, bijvoorbeeld bij schildklierandoeningen. In het Tijdschrift staan wel plaatjes van schildklier- en longscans als illustratie bij klinische waarnemingen, maar speciale artikelen over deze onderzoeksmethoden ontbreken. Wel is er in 1976 een evaluatie van de botscentigrafie [1976:261-2]; [figuur 2.33]. In datzelfde jaar verschijnt het artikel *Myocardscintigrafie bij patiënten met acute en chronische coronaire insufficiëntie* van F.J.T.Wackers et al. uit het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam [1976:2151-6]. Deze onderzoeksvorm maakt het mogelijk de doorbloeding van het hart non-invasief te meten [figuur 2.34]. In 2006 wordt teruggekeken op 30 jaar cardiovasculaire geneeskunde [2006:1373-9]. De conclusie is dat myocardperfusie-scintigrafie is uitgegroeid tot een betrouwbaar prognostisch onderzoek bij patiënten met coronarialijden.



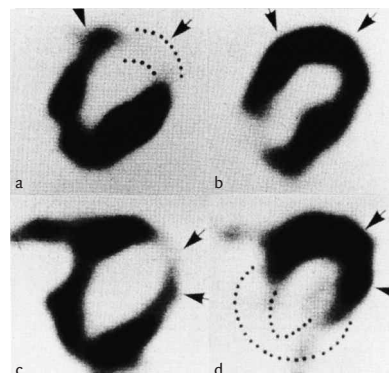
Figuur 2.33
Patiënte met mammacarcinoom-metastasen en pijn in bekkenstreek. Men kan zich gemakkelijk vergissen en de bekkennier als metastase beschouwen. [1976:262]

Een meer geavanceerde – en kostbare – nucleairgeneeskundige onderzoeksmethode is de positronemissietomografie (PET). Voor de productie van de radioactieve tracers is een minicyclotron nodig. Begin 1991 werd in Groningen het eerste PET-centrum in Nederland in gebruik genomen. PET maakt het onder andere mogelijk de glucoseopname van weefsels te meten als maat voor metabole activiteit. Daarmee ontstaan nieuwe diagnostische mogelijkheden die onder andere in de cardiologie [1991:9-13]; en de onco-



Figuur 2.34
Scintigrammen van een patiënt met een ernstige coronaria-aandoening. In rust zijn de scintigrammen nagenoeg normaal. Na inspanning zijn er duidelijke gebieden met verminderde radioactiviteit (pijlen) te herkennen. [1976:2155]

Figuur 2.35
Positron-emissietomografie (PET)-afbeelding van het hart in 2 doorsneden (a, b en c, d) met behulp van $^{13}\text{NH}_3$ (a en c: doorstroming) en ^{18}F FDG (b en d: glucose-opname) bij een patiënt met een coronaria-aandoening. Op de plaats waar een verminderde doorstroming te zien is (pijlen bij a en c), is er duidelijke glucose-opname (pijlen bij b en d), zelfs in versterkte mate. Deze discrepantie duidt op herhaalde ernstige ischemie, en gaat gepaard met verminderde of afwezige contractiele functie. [1991:11]



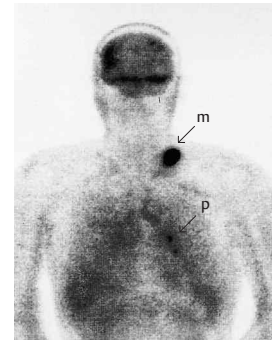
logie [1996:244-8]; [figuur 2.35 en 2.36] worden toegepast. De korte halfwaardetijd van de radioactieve tracers maakt dat de afstand tussen cyclotron en patiënt klein moet zijn. Verder zijn de kosten van het onderzoek hoog: 900-1600 euro per uur. In 2002 beschikten slechts 4 academische ziekenhuizen over een PET-scanner en hadden 24 ziekenhuizen plannen in die richting. In een commentaar wordt gepleit voor verdere uitbreiding [2002:1817-9].

Bijwerkingen van beeldvorming

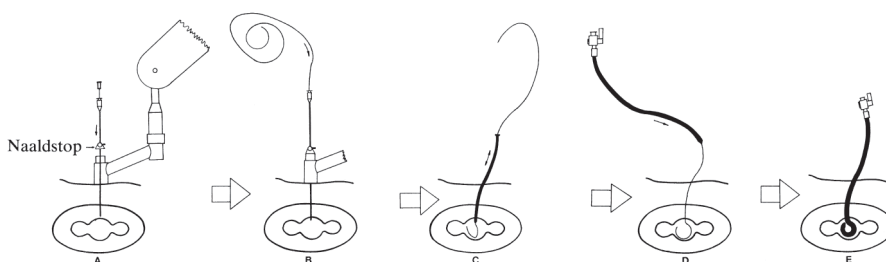
De nieuwe beeldvormende technieken zoals echografie, CT en MRI hebben ook hun schaduwkanten. Na de invoering van de echocardiografie werd vooral bij gezonde jonge vrouwen vaak de diagnose 'mitralisklepprolaps' gesteld. In de beginperiode van het onderzoek werd in de normale bevolking soms een prevalentie van wel 21% gevonden. Later werd dit percentage voor de normale bevolking in de Verenigde Staten geschat op 2,5-5 [1989:9-11]. In het Tijdschrift is dit probleem geen onderwerp van discussie geweest. Wel is aandacht besteed aan bij toeval gevonden tumoren, de zogenaamde incidentalomen [1994:1701-5]. Een klinische les geeft een typisch voorbeeld [2005:1821-6]. Wegens pijn rechts in de buik wordt echografie gedaan, waarna de klacht spontaan verdwijnt. Links in de buik is evenwel een bijniertumor gezien, waarop diverse hormoonbepalingen in bloed en urine worden verricht zonder dat afwijkingen worden gevonden. Voor alle zekerheid wordt de tumor toch operatief verwijderd; het histologische beeld is benigne. Of de patiënte daarna buikpijn links heeft gekregen, vermeldt de historie niet.

Interventieradiologie

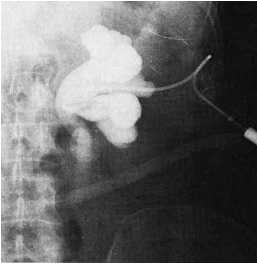
De echografie maakt het mogelijk om op snelle en eenvoudige wijze een beeld te krijgen van de inwendige mens. De volgende stap is dat radiologen in één moeite door de gevonden afwijking of het gezochte orgaan punteren om materiaal voor diagnostisch onderzoek te verkrijgen. Hun ervaring met angiografie passen zij toe om katheters in te brengen waardoor pus en opgehoopte gal of urine kunnen afvloeien [1978:577-81]; [figuur 2.37 en



Figuur 2.36 De afgebeelde man van 61 jaar meldde zich met een adenocarcinoommetastase in een supraclaviculaire lymfeklier (m) aan de linker zijde. Conventionele diagnostiek bracht geen primaire tumor aan het licht. Het PET-onderzoek toont verhoogde glucoseopname in de metastase (m) en een haard met verhoogde opname in de linker long (p), die aan een bronchuscarcinoom doet denken. Pas twee maanden later werd deze maligniteit klinisch manifest. De hoge glucoseopname in de hersenen is onderdeel van het normale metabolisme. [1996:245]

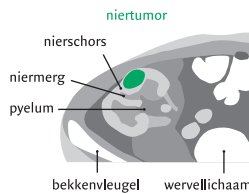


Figuur 2.37 De techniek van de percutane punctie op geleide van de echografie voor een percutane nefrostomie. A. Punctie door een biopsietransducer in een hydro-nefrotische nier. De naaldstop is afgesteld op de juiste diepte. B. Een soepele voerdraad wordt door de naald in het pyelum gebracht. C. Naald en biopsietransducer worden verwijderd. Over de voerdraad wordt een stevige tefloncatheter geschoven om de punctie-opening te rekken. D. De angiografiecatheter wordt over de voerdraad tot in het pyelum gevoerd, waarna de voerdraad verwijderd wordt. E. [1978:579]

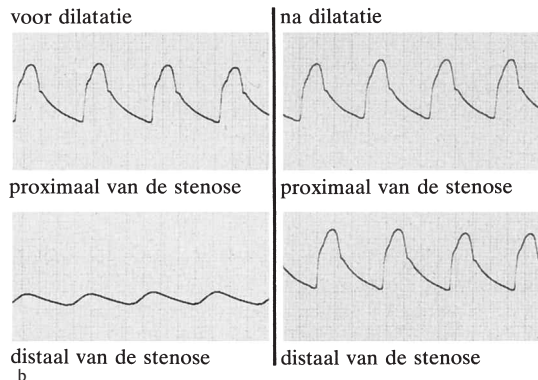
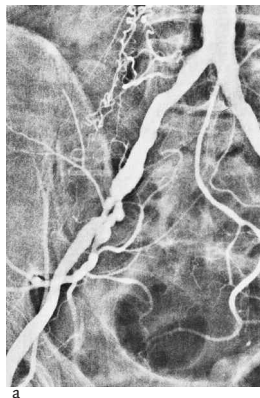


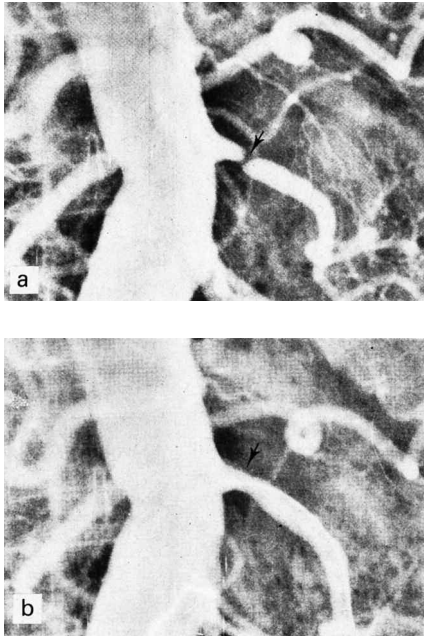
Figuur 2.38
Röntgenfoto na vulling van het linker pyelum met contrastmiddel door de krulcatheter die na echografische punctie in het linker pyelum is gelegd. [1978:580]

Figuur 2.39
Percutane thermocoagulatie-behandeling van een Grawitz-tumor in een niertransplantaat; CT-opnamen na toediening van jodiumhoudend contrastmiddel (a en c zijn transversale opnamen): (a) exofytische massa van 1,5 cm diameter tussen de beide nierpolen, met inhomogene aankleuring; (c) situatie 5 weken na de behandeling; het gespaarde niertransplantaat kleurt goed aan met het contrastmiddel en er is een hypodense, necrotische holte waar de tumor zich heeft bevonden. [2005:1451]

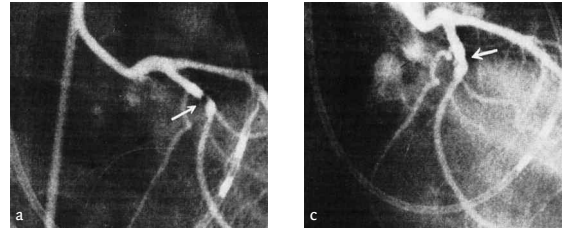


Figuur 2.40
(a) Angiogram. In de rechter A. iliaca externa een stenose van 1 cm lang; (b) intra-arteriële drukcurven in de rechter A. iliaca vóór en na dilatatie. De bovenste curven geven de druk weer proximaal van de stenose, de onderste de druk distaal van de stenose. Na dilatatie is de afvlakking van de poststenotische drukcurve verdwenen; de pre- en poststenotische drukken en curven zijn gelijk geworden. [1979:876]





Figuur 2.41
(a) Vóór de dilatatie subtotale stenose, (b) resultaat van de dilatatie.
[1980:1332]

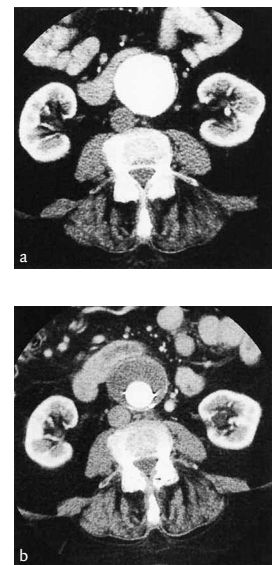


Figuur 2.42
(a) Subtotale vernauwing in de ramus circumflexus vóór percutane transluminale coronaria-angioplastiek; (c) de ramus circumflexus direct na de behandeling.
[1981:1528]

In 1977 had de Zwitser Grüntzig de eerste percutane transluminale coronaire angioplastiek verricht (PTCA). Cardiologen maken zelf coronaire angiogrammen en het lag dan ook voor de hand dat zij – en niet de radiologen – deze nieuwe techniek toepasten. De eerste Nederlandse ervaringen worden gemeld door J.M.P.G.Ernst et al. uit het St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht [1981:1524-31]; [figuur 2.42]. De auteurs geven een voorzichtige toekomstvisie en schrijven dat de plaats van PTCA bij de behandeling van coronaire hartziekten nog bescheiden is, maar enkele jaren later verschijnt uit hun afdeling al een artikel over de resultaten bij 500 patiënten [1984:1887-92]. Bij 83% van de patiënten lukte het de stenose te dilateren. Angiografisch naonderzoek van 256 patiënten na gemiddeld 4,2 maanden liet zien dat bij 75% van hen het goede resultaat behouden was gebleven. In latere jaren werd de dotterprocedure uitgebreid door na de dilatatie een stent in te brengen om het vat verder open te houden.

Nadat de cardiologen hun eigen weg waren gegaan, vonden de radiologen andere bondgenoten. In samenwerking met chirurgen, neurologen en gastro-enterologen werden nieuwe technieken toegepast. R.Balm et al. uit het Academisch Ziekenhuis Utrecht hebben in Nederland de primeur met het inbrengen van een endoprothese bij patiënten met een infrarenaal aorta-aneurysma [1995:717-22]. De prothese wordt via een A. femoralis ingebracht en gepositioneerd. Door het opblazen van een ballon wordt de prothese proximaal (onder de inmonding van de nierarteriën) en distaal (boven de bifurcatie) verankerd [figuur 2.43]. De voordelen voor de patiënt bestaan uit het achterwege blijven van laparotomie en een kortere opnameduur.

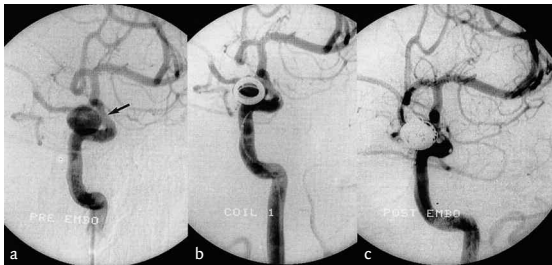
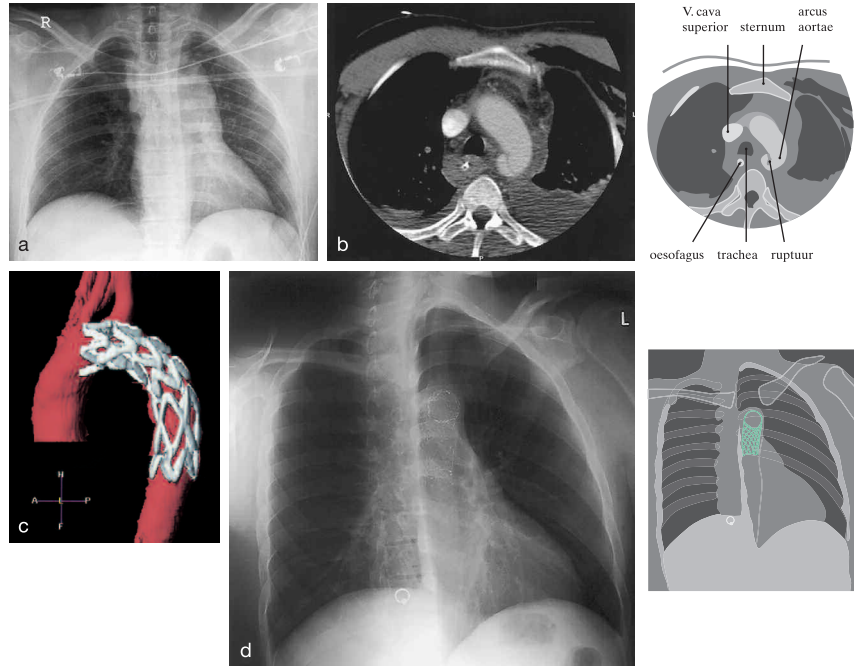
Figuur 2.43
Computertomografie-angiogrammen van een patiënt met een abdominaal aneurysma van de aorta: (a) het aneurysma heeft een diameter van 6 cm en is vrijwel geheel gevuld met röntgencontrastmateriaal; (b) na transfemorale inbrengen van een endoprothese is het aneurysma grotendeels getromboseerd; het lumen van de prothese is gevuld met röntgencontrastmateriaal.
[1995:721]



Figuur 2.44

De röntgenfoto van de thorax van een 42-jarige man, na een motorongeval, toont een verbreed mediastinum (a); bij CT-angiografie is er een ruptuur van de thoracale aorta zichtbaar (b); na endovasculaire behandeling blijkt bij computerreconstructie van de CT-angiografie afsluiting van de linker A. subclavia door de endoprothese (c); de thoraxröntgenfoto 3 maanden na de ingreep laat een goede positie van de endoprothese zien (d). Het ringetje in figuur (d) is een tepelpiercing.

[2003:2293]



Figuur 2.45

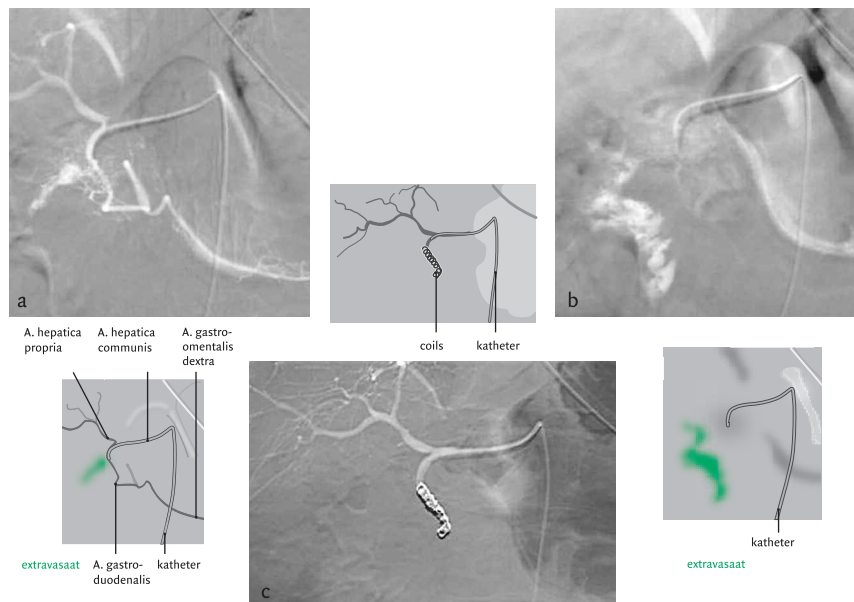
Digitale subtractieangiogrammen (schuine voor-achtenwaartse opnamen): (a) de linker A. carotis interna met een aneurysma gedeeltelijk gelegen in de sinus cavernosus. De pijl wijst naar de verbinding van het aneurysma met het moedervat; (b) de eerste platina 'coil' is juist iets kleiner dan het aneurysma en vult de periferie ervan op; (c) het aneurysma is volledig opgevuld met spiraaltjes, de A. carotis interna is normaal opengebleven.

[1996:492]

Figuur 2.46

Selectieve angiografie bij een 76-jarige man met een bloeding uit een ulcus duodeni, die endoscopisch niet te stelpen was: (a) de tip van de katheter bevindt zich in de A. gastroduodenalis en er is extravasatie van contrastmiddel zichtbaar uit een klein zijtakje van de A. gastroduodenalis; (b) enkele seconden na contrastinspuiting in de A. gastroduodenalis is het contrastmiddel zichtbaar in het lumen van het duodenum; (c) na embolisatie van de A. gastroduodenalis met 6 spiralen ('coils') is er bij controleangiografie geen extravasatie van contrastmiddel meer te zien.

[2006:958]



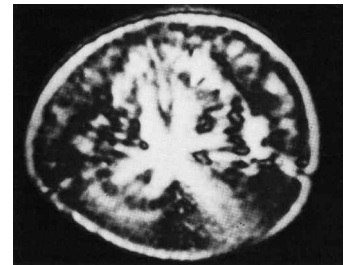
Vanuit hetzelfde ziekenhuis komt het artikel *Endovasculaire behandeling bij 4 patiënten met een traumatische ruptuur van de thoracale aorta* [2003:2291-4]. In 3 gevallen werd de linker A. subclavia door de prothese afgesloten, maar dit had geen nadelige gevolgen. De methode lijkt veilig en effectief [figuur 2.44].

Behandeling van (dreigende) bloedingen in vitale organen is een ander vervolg op de angiografische diagnostiek. Door het inbrengen van platina-spiraaltjes die ter plaatse trombose veroorzaken, kunnen aneurysma's worden afgesloten. De Tilburgse auteurs van het artikel *Endovasculaire behandeling van inoperabele cerebrale aneurysma's met Guglielmi-spiraaltjes: eerste ervaringen in Nederland vinden dit de enige methode met een redelijke kans op succes en een aanvaardbaar complicatierisico* [1996:491-5]; [figuur 2.45]. Wanneer gastro-intestinale bloedingen niet bij endoscopie te stelpen zijn, is een operatieve ingreep vaak de volgende stap. Een goed alternatief is angiografische embolisatie met platinaspiraaltjes [2006:956-61]; [figuur 2.46].

Al met al hebben de ontwikkelingen in de radiologie belangrijk bijgedragen aan de opkomst van de minimaal invasieve chirurgie.

Beeldspraak

Op bladzijde 832 van jaargang 1985 staat een van de eerste MRI-beelden die in het Tijdschrift verschenen zijn [figuur 2.47]. Het afgebeelde biologische voorwerp heeft een complexe structuur. Het plaatje is een illustratie bij het artikel 'Kun jij een aardappel maken?'; herinneringen van een onderduiker [1985: 830-2]. F.L.Meijler was in de oorlog ondergedoken op een boerderij in Overijssel. Hij beschrijft hoe boer Weerts hem respect voor de levende natuur bijbrengt door die vraag te stellen. De technologie heeft het de afgelopen 50 jaar mogelijk gemaakt niet alleen het binnenste van een aardappel, maar ook de inwendige structuren van de levende mens zichtbaar te maken. Bij het zien van die fascinerende beelden moet de vraag van boer Weerts de beoefenaren van de geneeskunde respect en bescheidenheid bijbrengen ondanks reageerbuisbaby's, harttransplantaties en genetische manipulaties.



Figuur 2.47
[1985:832]

VAN 'RUIM OPENLEGGEN' NAAR 'SLEUTELGATCHIRURGIE'

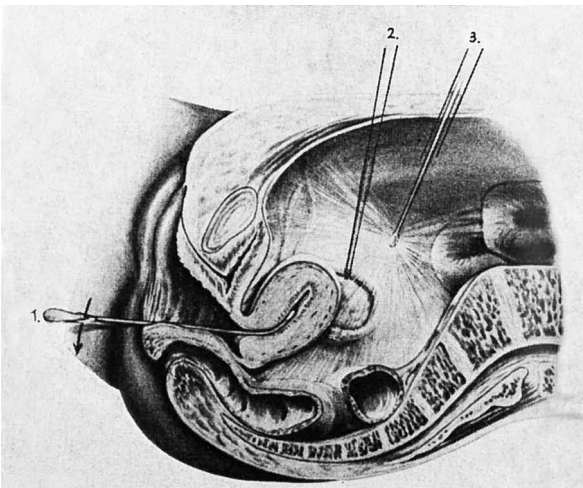
In de jaren vijftig en zestig was een stelregel van de chirurgische leermeesters: 'ruim openleggen'. Beginners met een neiging de grootte van het operatielitteken zo veel mogelijk te beperken werd gesommeerd het mes er flink in te zetten; 'grote chirurgen, grote incisies'. De bedoeling was om zo goed mogelijk zicht te krijgen op het operatieterrein. De term 'kijkoperatie' als synoniem voor een moderne endoscopisch uitgevoerde chirurgische ingreep is dan ook evengoed van toepassing op het klassieke handwerk.

De grote vlucht van de endoscopische chirurgie is vooral te danken aan de ontwikkeling van ‘koud-licht’-endoscopen. Door gebruik te maken van een bundel dunne glasvezels waarin licht maximaal wordt voortgeleid, kan de lichtbron buiten het lichaam worden gehouden. Er zijn dus geen inwendige lampjes meer nodig en de lichtsterkte kan flink opgevoerd worden. Gastro-enterologen, longartsen, urologen en kno-artsen pasten de nieuwe techniek al snel toe om via natuurlijke openingen de inwendige mens te inspecteren. Daar bleef het niet bij, want ook therapeutische ingrepen waren mogelijk. Gastro-enterologen gingen al spoedig bloedende oesofagusvarices scleroseren en de papil van Vater verwijden om choledochusstenen te lozen. Poliepen en corpora aliena kunnen vaak zonder chirurgisch ingrijpen via een endoscoop worden verwijderd. Het duurde evenwel langer voordat de chirurg de grote incisie in de huid durfde te vervangen door een paar insteekopeningen. In het Tijdschrift zijn het de gynaecologen die het eerst verslag doen van deze nieuwe vorm van chirurgie.

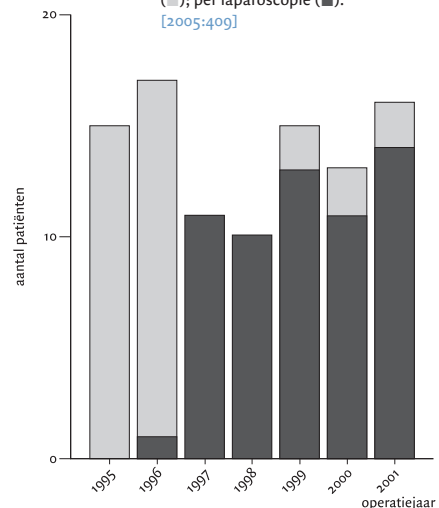
Gynaecologie

In 1969 werden de diagnostische mogelijkheden van de laparoscopie in de gynaecologie beschreven [1969:561-5]. H.P.C.M.Hoyneck van Papendrecht en H.P.Cremers uit het St. Franciscus Gasthuis te Rotterdam gingen een stap verder. Zij voerden sterilisatie uit door middel van partiële elektrocoagulatie van de tubae via de laparoscopia [1973:484-9]; [figuur 2.48]. In een periode van 19 maanden werden 101 sterilisaties uitgevoerd, overwegend op sociale indicatie. Voor de patiënten was de belasting gering. De gemiddelde opnameduur werd kort genoemd: 4 tot 4,5 dagen. Dezelfde auteurs publiceren de resultaten van antefixatie van de uterus via de laparoscopia [1975:

Figuur 2.48
Schematische tekening van de bekkenholte na het aanleggen van het pneumoperitoneum en na het inbrengen van de uterusmanipulator (1), de laparoscopia (3) en de coagulatie tang (2). [1973:486]



Figuur 2.49
Type operatie wegens extra-uteriene graviditeit, naar operatiejaar, 1995-2001; Isala klinieken, locatie Sophia, Zwolle; per laparotomie (■); per laparoscopia (■). [2005:409]

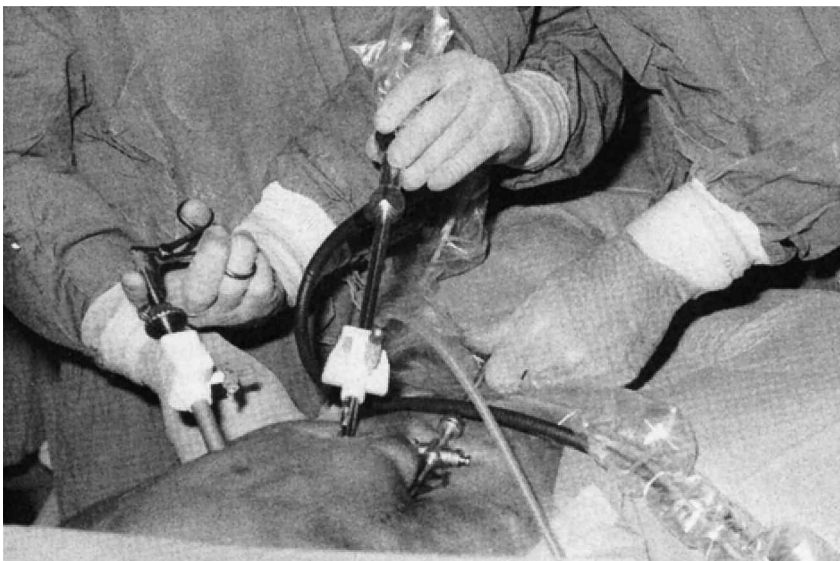


301-4]. In dat jaar worden ook complicaties van laparoscopische ingrepen beschreven, zoals darmperforatie door elektrocoagulatie [1975:304-6]. Hoyneck van Papendrecht en Cremers zijn van mening dat gynaecologen pas laparoscopische ingrepen mogen doen als zij voldoende ervaring hebben met de diagnostische procedure [1975:807-8].

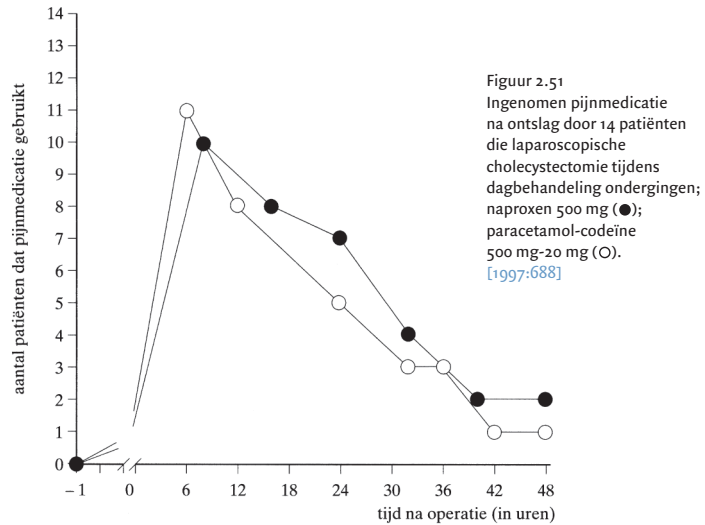
Extra-uteriene graviditeit (EUG) is een van de moeilijkst te diagnosticeren aandoeningen in de gynaecologie als klassieke symptomen ontbreken. Volgens Cremers en Hoyneck van Papendrecht is laparoscopie dan een onmisbaar diagnostisch hulpmiddel om overbodige laparotomieën te voorkomen [1974:1653-8]. Later is voor deze aandoening ook de laparoscopische behandeling ingevoerd. In Zwolle werd deze methode in 1996 geïntroduceerd. Vergeleken met de behandeling per laparotomie bleek de laparoscopische methode de latere fertiliteit niet nadelig te beïnvloeden [2005: 407-12]; [figuur 2.49].

De galblaas

De introductie van de laparoscopie in de gynaecologie werd gevolgd door de ontwikkeling van betere apparatuur, waardoor de methode ook aantrekkelijk werd voor de chirurg. De galblaas was het eerste doelwit. In Nederland is de laparoscopische cholecystectomie geïntroduceerd in Maastricht en Eindhoven. Een reeks van publicaties in het Tijdschrift is het gevolg. Terugkerende namen van auteurs zijn D.J.Gouma (Maastricht, later AMC te Amsterdam), P.M.N.Y.H.Go (Maastricht, later St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein) en W.F.M.van Erp (Diaconessenhuis te Eindhoven). De eerste ervaringen worden gemeld uit Eindhoven [1991:272-6]; [figuur 2.50]. Bij 41 patiënten verliep de laparoscopische operatie succesvol, maar bij 4 anderen



Figuur 2.50
De positie van de 3 troicarts
waardoor de laparoscopus en de
instrumenten in de buikholte zijn
gebracht bij cholecystectomie.
[1991:273]



moest die worden afgebroken, waarna alsnog een laparotomie werd uitgevoerd. De auteurs verwachten op grond van hun gunstige resultaten dat de laparoscopische cholecystectomie voor de patiënten aantrekkelijker is dan de laparotomie en tot aanzienlijke kostenbesparing zal leiden.

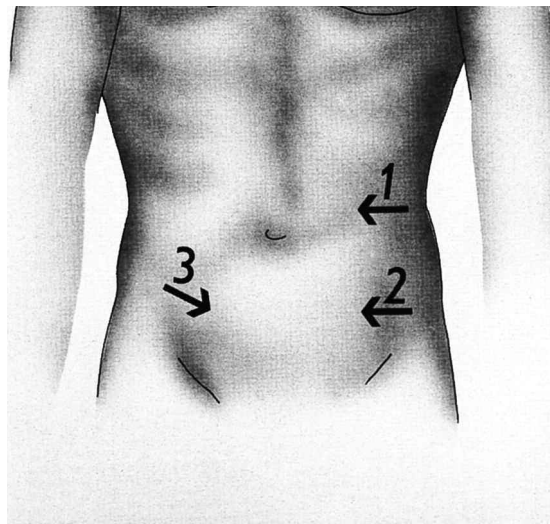
In 1992 worden de eerste landelijke resultaten gepubliceerd [1992:974-7]. Het betreft gegevens van 546 patiënten uit 58 ziekenhuizen; alvorens patiënten te opereren, hadden de chirurgen de ingreep op varkens geoefend. Bij 8,2% van de patiënten was het nodig over te gaan tot een laparotomie. Na de laparoscopische operatie overleed 1 patiënt aan een bloeding uit de A. cystica en moesten 11 patiënten alsnog een laparotomie ondergaan. De auteurs vinden de eerste ervaringen bemoedigend, maar zijn van mening dat verdere registratie nodig is omdat de ingreep net als de laparotomische benadering met complicaties gepaard gaat. Van die complicaties zijn vooral de galweglaesies gevreesd, ook omdat de letsels nogal eens laat herkend worden [1992:971-3]. In dit verband is een artikel uit Nieuwegein interessant met als titel de conclusie *Aantal complicaties bij laparoscopische cholecystectomie niet verschillend voor assistent-geneeskundigen in opleiding en chirurgen* [1997:681-5].

De snelle introductie van de operatie en de toenemende ervaring van de chirurgen leidden er al spoedig toe dat de ingreep ook poliklinisch werd uitgevoerd. De groep van Gouma opereerde 15 patiënten, van wie 14 na gemiddeld 6,2 uur observatie naar huis konden worden ontslagen [1997:686-9]. De pijnscores waren laag en het medicijngebruik was gering [figuur 2.51]. In 1999 verscheen als dubbelpublicatie met de *Annals of Surgery* uit het AMC het artikel *Laparoscopische cholecystectomie in dagbehandeling even effectief als tijdens opname en goedkoper; een gerandomiseerd onderzoek* [1999:621-6]. Go en medewerkers uit Nieuwegein lieten zich niet onbetuigd en publiceerden het artikel *Laparoscopische cholecystectomie in dagbehandeling even effectief als tijdens klinische opname en vanuit maatschappelijk perspectief goedkoper; een gerandomiseerd onderzoek* [2001:2434-9].

Ondanks deze resultaten worden in Nederland nog veel te veel patiënten ten onrechte niet in dagbehandeling geopereerd. Volgens Gouma et al. komt 65% van de patiënten in aanmerking voor dagbehandeling en in het AMC lukt het goed om deze richtlijn te volgen. Voor heel Nederland was dit percentage in 2000 evenwel slechts 1,7 en de gemiddelde opnameduur meer dan 4 dagen. Wanneer men zich aan de richtlijn houdt, kan 20 miljoen euro per jaar worden bespaard [2003:760-3].

De appendix

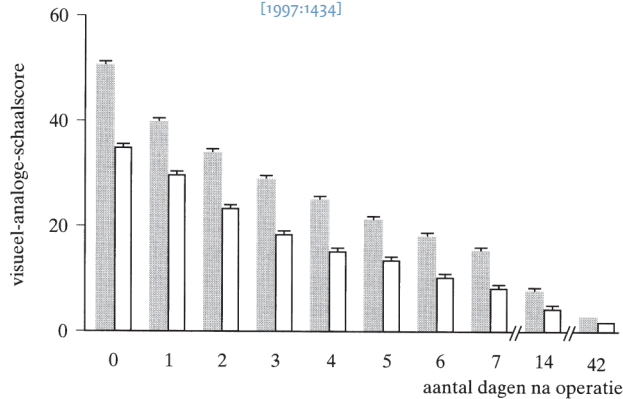
In tegenstelling tot de snelle invoering en acceptatie van de laparoscopische cholecystectomie is de appendectomie volgens deze techniek aanvankelijk minder enthousiast ontvangen. Deze ingreep heeft in het Tijdschrift beperkte aandacht gekregen. Het was weer Van Erp die het spits afbeet met *Laparoscopie goed bruikbaar bij diagnostiek en chirurgie wegens appendicitis acuta* [1993:1500-4]; [figuur 2.52]. Bij 74 opeenvolgende patiënten met klinische verschijnselen van acute appendicitis werd laparoscopie verricht, bij 68 gevolgd door een appendectomie. Tweemaal moest geconverteerd worden naar een laparotomie. De gemiddelde duur van de laparoscopische operatie was 29 minuten. Bij 57 patiënten kwam de laparoscopische diagnose overeen met de pathologisch-anatomische. In de titel van een bijgaand commentaar van Gouma *Is laparoscopie van waarde bij appendicitis acuta?* [1993:1486-7] staat het vraagteken er niet voor niets. De ingreep kan door een ervaren ‘laparoscopisch’ chirurg stellig snel en veilig worden uitgevoerd met weinig complicaties, maar in de praktijk moeten appendectomieën vaak tijdens de diensten worden gedaan en de algemeen chirurgen en assistent-geneeskundigen hebben te weinig laparoscopische ervaring om de operatie als routine uit te voeren.



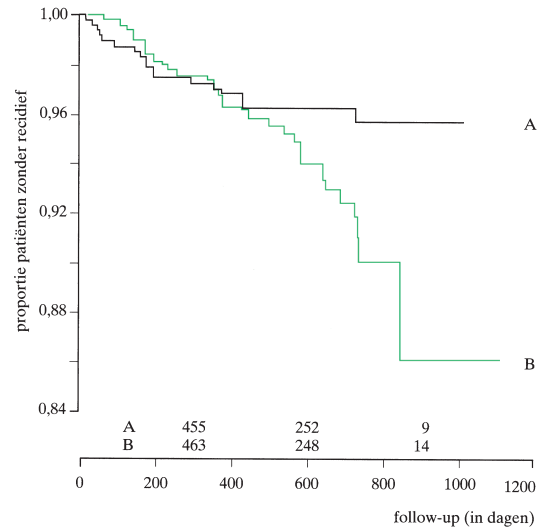
Figuur 2.52
De plaatsen van het inbrengen van de troicarts voor een laparoscopische appendectomie: op de plaatsen 1 en 3 bevindt zich een troicart van 10 mm diameter en op plaats 2 een van 5 mm. Bij 1 wordt na insufflatie de laparoscopus ingebracht, bij 2 hulpinstrumentarium en bij 3 een pakklem.

[1993:1501]

Figuur 2.53
Pijn na liesbreukoperatie, gemiddelde scores ('standard error') op een visueel-analoge pijnschaal, dagelijks gedurende de 1e week, na 2 weken en 6 weken na conventionele chirurgie (grijze balken) en na laparoscopische chirurgie (open balken). Post-operatieve pijn was minder in de laparoscopische groep ($p < 0,001$). (Op de balken een aanduiding van de standaarddeviatie.)
[1997:1434]



Figuur 2.54
Recidiefliesbreuk bij patiënten na laparoscopische (A) of conventionele chirurgie (B). Het aantal patiënten 'at risk' wordt boven de x-as getoond.
[1997:1434]



Liesbreuken

Sneller herstel en minder recidieven na laparoscopische liesbreukoperatie dan na conventionele; een prospectief gerandomiseerd onderzoek is de titel van een studie die onder leiding van Th.J.M.V.van Vroonhoven in het Academisch Ziekenhuis Utrecht en 5 andere heelkundige afdelingen in de omgeving is uitgevoerd [1997:1430-6]. Het onderzoek was eerder in *The New England Journal of Medicine* gepubliceerd. Het betrof bijna 1000 patiënten met een unilaterale liesbreuk of een eerste recidief. De resultaten waren duidelijk in het voordeel van de laparoscopische aanpak [figuur 2.53 en 2.54].

Coloncarcinoom

'Brede toepassing van laparoscopische resectie is inderdaad verantwoord bij patiënten met een coloncarcinoom bij wie een laparoscopische benadering mogelijk is, wanneer deze uitgevoerd wordt door chirurgen met voldoende expertise.' Dit is de conclusie van W.A.Bemelman en D.J.Gouma na beoordeling van de uitgevoerde internationale trials [2005:2148-52]. Problemen zijn de leercurve en de kosten. Voor het doorlopen van de leercurve van de individuele chirurg lijken ten minste 50 ingrepen nodig te zijn. De extra kosten (dure wegwerpinstrumenten en langer gebruik van de operatiekamer) worden buiten onderzoeksverband nog niet door de zorgverzekeraars vergoed.

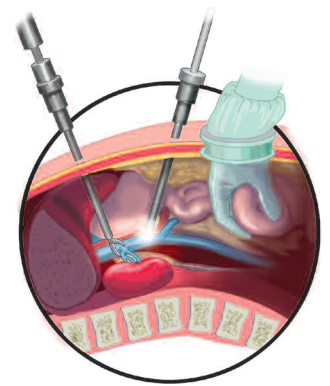
Het retroperitoneum

Eerder dan de chirurgen hadden urologen de endoscoop als werktuig ter hand genomen. In 1982 was in het Tijdschrift de percutane nefrostomie beschreven [1982:843-6]. Onder echogeleide wordt een katheter in het pyelum gebracht, waarna het insteekkanaal wordt verwijderd. Langs deze weg kan dan een nefroscoop worden ingebracht en met een tang kunnen nierstenen worden verwijderd. Urologen uit het St Radboud Ziekenhuis in Nijmegen oogstten op deze manier 94 stenen bij 57 opeenvolgende patiënten [1986:538-42]. De complicaties waren gering. Bij 3 patiënten mislukte de ingreep. De auteurs verwachten dat ‘de endo-urologie van de hogere urinewegen de wijze van praktizieren voor alle urologen zeker [zal] wijzigen.’

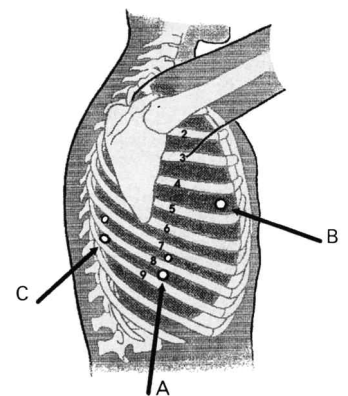
Een volgende stap was het verwijderen van een nier bij een levende donor. Chirurgen en internisten uit het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt publiceren het artikel *Laparoscopische donornefrectomie bij familie-niertransplantaties; gunstige eerste ervaringen* [1999:942-5]. De nier wordt transperitoneaal benaderd. Wanneer het orgaan is losgemaakt van zijn omgeving, wordt het intraperitoneaal opgevangen in een plastic zak, die via een kleine subumbilicale incisie naar buiten wordt gebracht. Bij 14 van 15 donoren verliep de ingreep zonder problemen; bij 1 patiënt was conversie naar een lumbotomie nodig vanwege een bloeding. De laparoscopische operatie duurde gemiddeld langer dan de conventionele (bijna 6 versus ruim 2 uur), maar het herstel van de donoren verliep voorspoedig. Alle nieren hadden een goede functie na transplantatie. Ondanks deze gunstige resultaten zijn anderen van mening dat het klassieke chirurgische handwerk niet kan worden gemist bij het verwijderen van een nier. Een bezwaar van laparoscopische operaties is dat de chirurg geen tactiele feedback krijgt. Een intraperitoneale helpende hand heft dit bezwaar op. Verder kan de nier dan met de hand worden uitgenomen. De titel *De eerste 100 met de hand begeleide laparoscopische donornefrectomieën in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam* [2006:851-7] suggereert dat de auteurs van plan zijn daarmee door te gaan. Inderdaad zijn zij tevreden over de resultaten. De gemiddelde operatieduur was 168 minuten en conversie naar een open procedure was niet nodig [figuur 2.55].

De thorax

Uit het Merwede Ziekenhuis in Dordrecht worden de eerste ervaringen met chirurgische thoracoscopie gemeld [1993:960-3]. Bij 13 patiënten waren 14 operaties verricht zoals bullectomie en verwijdering van een perifere benigne longtumor. De auteurs spreken over een grote vooruitgang in de longchirurgie [figuur 2.56]. Een bijgaand commentaar is wat behoedzamer en heeft als titel *Thoracoscopische chirurgie: voorzichtig verder* [1993:948-9].



Figuur 2.55
De retroperitoneaal gelegen nier wordt transperitoneaal benaderd. Via de handpoort kan de hand van de chirurg het darmpakket opzij houden, wat de benadering van de nier vergemakkelijkt. [2006:852]



Figuur 2.56
Drie gebruikelijke toegangswegen bij thoracoscopische chirurgie: de videoscoop wordt ingebracht via een opening bij A en het instrumentarium via openingen bij B en C. [1993:961]

De knie

Orthopedisch chirurgen uit het Streekeziekenhuis Midden Twente voerden per artroscoop bij 50 patiënten partiële meniscectomieën uit [1986:921-4]. Geen van de patiënten had na de operatie pijnstilling nodig en allen verlieën de kliniek de volgende dag lopend en zonder krukken.

In 2004 is de stand van zaken als volgt: ‘Sinds de laparoscopie ingang vond in de chirurgie, twee decennia geleden, is de toepassing van minimaal invasieve technieken thans algemeen geaccepteerd bij de behandeling van benigne afwijkingen van galblaas en appendix; ze worden inmiddels ook op ruime schaal toegepast bij de liesbreukcorrectie, de bijnierextirpatie, de splenectomie, de nefrectomie, de antirefluxchirurgie en de stadiëring van maligniteiten.’ [2004:2315-8]. Volgens Go is dit nog niet het eind van deze ontwikkeling [1998:1187-91]. Digitalisering van de endoscopisch verkregen beelden maakt het mogelijk om met speciale brillen diepte te zien op een plat beeldscherm. De beelden kunnen worden verzonden via videoconferentiesystemen. Met behulp van echografie kan een zekere gevoelssensatie worden overgebracht naar een speciale handschoen, zodat de palperende chirurgische hand wordt nagebootst. De taak van de cameraman die de endoscoop bedient, kan worden overgenomen door een robotarm die reageert op commando’s van de chirurg. De volgende stap is dat via een op afstand bestuurd robotarm operatiehandelingen worden uitgevoerd. Door schaalverkleining kunnen bijvoorbeeld grove bewegingen van de chirurgenhand worden gereduceerd tot verfijnde acties om een microchirurgische vaatnaad te leggen. Is dit het beeld van de chirurg in de toekomst [figuur 2.57]?

Figuur 2.57
Een chirurg bestuurt 3 robotarmen, waarvan er 1 de endoscoop vasthoudt en 2 andere de endoscopische instrumenten. Hij doet dit vanuit een speciale stoel en achter een beeldscherm zonder in de directe nabijheid van de patiënt te zijn. [1998:1189]



ULCUS PEPTICUM

Het gezaghebbende leerboek van Cecil en Loeb, *A textbook of medicine* uit 1955, is duidelijk: ‘Peptic ulcer is due to the digestive action of acid gastric juice’. Nog tientallen jaren daarna werd niet getwijfeld aan het dogma ‘zonder zuur geen ulcus’. Bevorderende factoren waren persoonlijkheidskenmerken, constitutionele kenmerken, roken, bijwerking van geneesmiddelen, dieetfouten en stress. Voor de diagnostiek werden na een proefmaaltijd met een maagslang porties maagsap opgezogen om de zuurproductie te meten, het zogenaamde gefractioneerde maagonderzoek. De behandeling was allereerst gericht op het neutraliseren van het zuur. Het ‘maagsparende’ dieet bevatte veel melk en pap, en een verstandige maaglijder had altijd antacida op zak om bij pijn het zuur te binden. Fysieke en mentale rust was belangrijk. Psychotherapie is essentieel volgens Cecil en Loeb en soms is langdurige psychoanalyse nodig. In het uiterste geval werd de chirurg te hulp geroepen om de verhoogde zuurproductie te beteugelen. In de jaren zestig staat de partiële maagsectie in veel chirurgische klinieken dagelijks op het operatieprogramma.

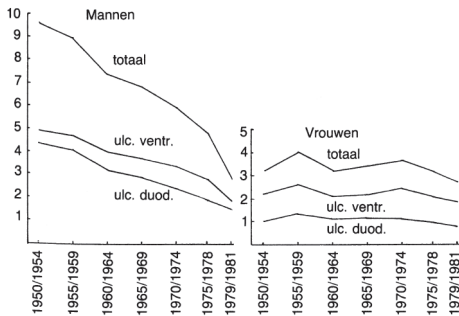
Zelden heeft een nieuwe techniek zoveel invloed gehad op het medisch denken en handelen als de introductie van de flexibele gastroscop. Deze maakte het mogelijk bij grote groepen patiënten het maagslijmvlies te inspecteren en biopsies te nemen. Dit leidde tot de (her)ontdekking van bacteriën in de maag door Marshall en Warren. In 1983 zagen zij een verband tussen de aanwezigheid van spiraalvormige bacteriën in maagbiopsies en chronische gastritis. In een verenigingsverslag in het Tijdschrift [1985: 1658-9] doet de groep van Tytgat uit het AMC melding van een vergelijkbare waarneming. Marshall en Warren werden de eerste jaren nauwelijks geloofd – hoe kunnen bacteriën overleven in de zure maaginhoud? – maar uiteindelijk kregen zij de Nobelprijs in 2005.

In een artikel uit 1986 met de titel *De Campylobacter pyloridis-story* meldt G.N.J. Tytgat dat zijn Amsterdamse groep al in 1984 had gevonden dat deze bacterie, die later omgedoopt werd tot *Helicobacter pylori*, een hoge urease-activiteit heeft [1986:435-6]. Dankzij de omzetting van ureum in het alkalische ammoniak kan de bacterie in de maag overleven. Het is eerst niet zeker of de *Helicobacter* betrokken is bij het ontstaan van het ulcus pepticum. In de jaren daarna stapelt de bewijslast zich op dat het ulcuslijden een infectieziekte is die door antibiotische therapie te genezen is. Dan verdwijnen de psychosomatische bespiegelingen over de etiologie en de chirurgische behandelwijzen uit de leerboeken en de tijdschriften.

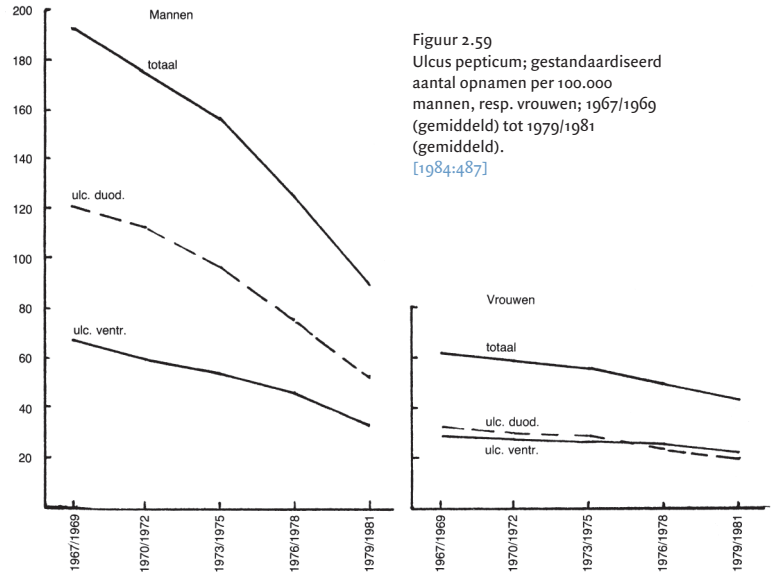
Epidemiologie

In 1984 schrijft D. Hoogendoorn over *Opmerkelijke verschuivingen in het epidemiologische patroon van het ulcus pepticum* [1984:484-91]. De landelijke sterfte

Figuur 2.58
 Ulcus pepticum; gestandaardiseerde
 landelijke mortaliteit per 100.000
 mannen, resp. vrouwen; 1950/1954
 (gemiddeld) tot 1979/1981 (gemiddeld).
 [1984:485]



Figuur 2.59
 Ulcus pepticum; gestandaardiseerd
 aantal opnamen per 100.000
 mannen, resp. vrouwen; 1967/1969
 (gemiddeld) tot 1979/1981
 (gemiddeld).
 [1984:487]



aan en de opnamefrequentie voor ulcus pepticum zijn bij mannen sterk gedaald, maar bij vrouwen niet [figuur 2.58 en 2.59]. Deze daling gaat vooraf aan de introductie van cimetidine in 1977 [zie bl. 74 e.v.], terwijl van de behandeling van de *Helicobacter*-infectie vanzelfsprekend nog geen sprake is. Opvallend is de toename van de frequentie van perforaties, vooral bij vrouwen en hoogbejaarde patiënten. De opnamefrequentie wegens een geperforeerd ulcus is relatief hoog in de grote steden en betrekkelijk laag in forensengemeenten.

‘Het ulcus pepticum, dat jarenlang is beschouwd als een typische beschavingsziekte, komt ook in tropisch Afrika voor.’ [1973:1340]. In een zendingziekenhuis met 200 bedden in Zuid-Ghana werden sinds 1953 622 patiënten gezien. Bijna 75% van de patiënten was boer, met een traditioneel levenspatroon. Als commentaar op een vergelijkbaar onderzoek schrijft de internist en tropenarts P.J.Zuidema ‘dat het een fictie is, dat primitieve volkeren een leven vrij van “stress” leiden. Angst en vrees zijn bij hen juist van grote betekenis’ [1959:1178].

Ook bij kinderen is het ulcus pepticum beschreven. In het ziekenhuis te Heemskerk werd in 4 jaar bij 49 kinderen door middel van röntgenonderzoek de diagnose gesteld. Het waren vaak ‘binnenvetters’ met bovengemiddelde intelligentie. ‘Bedrust, gecombineerd met dieet gedurende 4 tot 5 weken, blijkt noodzakelijk. Het blijkt, dat het slechts in de minderheid van de gevallen mogelijk is, de patiënt thuis te verplegen, waar zeker van de bedrust, maar ook van het dieethouden weinig terecht komt’ [1969:1310-4].

De ontdekking van de *Helicobacter* heeft dit alles veranderd. In de westerse wereld is de kans op besmetting in de loop van de tijd afgenomen. Een commentaar [1996:2440-1] besluit met: ‘De toekomstverwachting zou kunnen zijn dat *H. pylori*-infectie over een aantal jaren in Nederland alleen nog als importziekte voorkomt.’

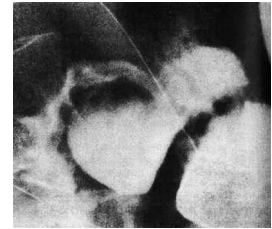
Diagnostiek

Tientallen jaren was het röntgenonderzoek de gebruikelijkste en betrouwbaarste methode om de diagnose te stellen. In 1958 werd een nieuw type gastroscoop beschreven, de fiberscoop. Dit flexibele instrument verving de starre scoop die het onderzoek voor de patiënt zeer onaangenaam maakte. In 1963 wordt in het Tijdschrift door O.J.ten Thije over de eerste ervaringen met de fiberscoop bericht [1963:269-70]. De bulbus duodeni was evenwel nog moeilijk in beeld te krijgen: dat lukte slechts in 8 van de 32 gevallen. Het röntgenonderzoek is dan ook nog jarenlang in de praktijk toegepast, zoals onder andere te zien is bij een klinische les van de Nijmeegse hoogleraar C.L.H.Majoor [1973:1341-8]. De foto's [figuur 2.60 en 2.61] illustreren het betoog dat ulcera gemakkelijk worden gemist. In 1990 wordt in een dubbelpublicatie met *Radiology* door Leidse onderzoekers verslag gedaan van wat achteraf een achterhoedegevecht is geweest: een vergelijkend onderzoek tussen radiologische en gastroscopische diagnostiek [1990:345-9]. De conclusie is dat beide methoden in diagnostisch opzicht gelijkwaardig zijn, maar dat het radiologisch onderzoek goedkoper is en vaak beter door de patiënt wordt verdragen. Wel wordt de mogelijkheid om bipten te nemen bij gastroscopie als voordeel genoemd. Ondertussen is het pleit al lang in het voordeel van de gastro-enteroloog beslecht. In het Tijdschrift zijn al vele jaren geen röntgenfoto's van maagzweren en misvormde bulbi meer te zien. Overigens tonen Rotterdamse gastro-enterologen in een dubbelpublicatie met *The Lancet* getiteld *Is groot altijd groter dan klein?* [1995:1889-91] aan dat hun vakbroeders sterk variëren in hun beschrijving van de grootte van een ulcus. In 31% van de gevallen was 'groot' bij de ene gastroscopist niet groter dan 'klein' bij een andere.

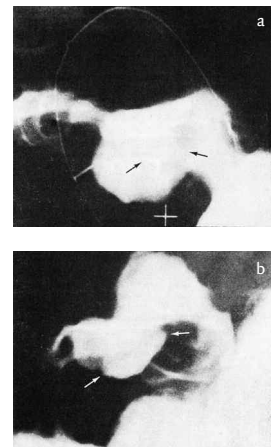
Dieet, antacida en secretieremmers

In de eerste helft van de 20e eeuw werden strenge dieetkuren voorgeschreven. De kuur volgens Sippy bestond uit een vloeibaar dieet en alkaliserende preparaten overdag en afzuigen van het maagsap gedurende de nacht. Bij het dieet van Meulengracht was het voedsel zacht gemalen. In 1979 zijn de voorschriften voor een maagsparend dieet als volgt. Alleen voedsel waarvan de patiënt meent hinder te ondervinden, moet worden vermeden. Het enige dat iedere patiënt moet worden ontraden, zijn koffie, thee, cacao en alcohol, tenzij tijdens de maaltijd of vlak erna geconsumeerd. Sterke kruiden zijn taboe. Geen frequente kleine maaltijden zoals vroeger, maar drie maaltijden per dag, zodat de maag verder rust kan krijgen [1979:1787-91].

In de maag kan het zuur worden gebonden door antacida zoals alkalische calcium-, magnesium- en aluminiumpreparaten. Om het maagzuur voldoende te neutraliseren moeten deze middelen zeer frequent worden ingenomen, wat in de praktijk nauwelijks lukt. In ernstige gevallen werden



Figuur 2.60
Afbelding van de bulbus die aanvankelijk als niet pathologisch werd geïnterpreteerd. Intrekkingen aan de grote én kleine curvatuurzijde veroorzaken een op een klaverblad gelijkende vorm van de bulbus. In het midden van het klaverblad valt een enigszins driehoekige en face-achtige vlek op, omgeven door een donkere band die vermoedelijk door de ulcuswal wordt veroorzaakt. [1973:1342]



Figuur 2.61
In de eerste schuine richting (a) is in de wat starre bulbus een duidelijke en face-nis te zien (pijlen). Het duodenum lijkt bij de top van de bulbus constant vernauwd te zijn. In de tweede schuine richting (b) blijkt de grote nis, met enigszins ondermijnende randen, aan de achterwand van de bulbus te liggen. [1973:1343]

daarom alkalische vloeistoffen continu via een maagslang toegediend. Een belangrijke doorbraak was dan ook het beschikbaar komen van middelen die de maagzuursecretie remmen, in de jaren zeventig en tachtig. Allereerst was dat het H₂-receptorblokkerende antihistaminicum cimetidine (geregistreerd in 1977), gevolgd door de protonpompremmer omeprazol (registratie in 1988). Nederlandse onderzoekers zijn op dit terrein zeer actief geweest en hebben hierover regelmatig in het Tijdschrift gerapporteerd.

In 1978 berichten Nijmeegse onderzoekers over hun eerste gunstige ervaringen met cimetidine [1978:862-5]. De vraag *Welk medicament voor het ulcus pepticum?* wordt in 1985 als volgt beantwoord: genezing kan in 75-80% van de gevallen met diverse medicamenten – antacida niet uitgesloten – worden bereikt, maar voor de onderhoudsbehandeling is een H₂-receptor-antagonist superieur [1985:1673-6]. Vervolgens wordt in 1989 over omeprazol gepubliceerd [1989:657-61], een middel dat nog sterker dan cimetidine de maagzuursecretie remt. In 1999 wordt teruggekeken op 25 jaar *maagzuursecretieremmende medicamenten* [1999:2501-4]. De conclusie is dat deze geneesmiddelen de maagoperaties als behandeling van het ulcus pepticum praktisch overbodig hebben gemaakt.

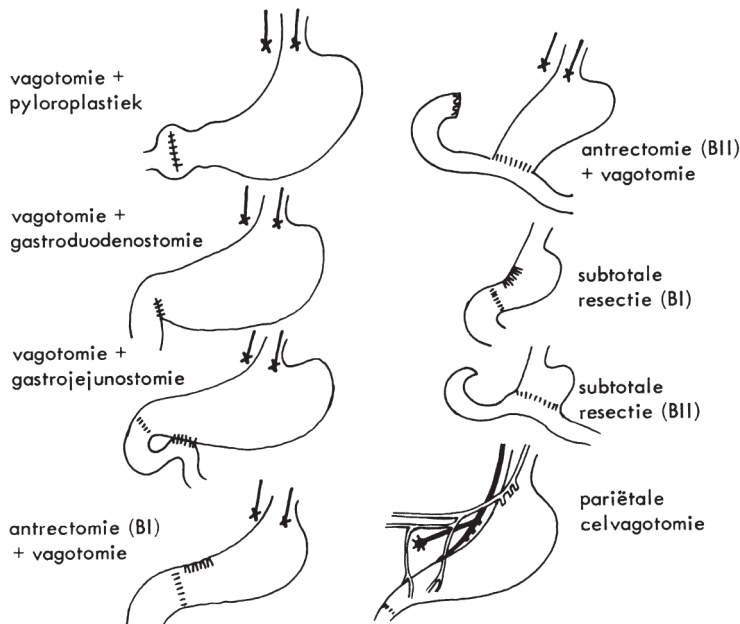
Operatie

Door middel van partiële maagresectie kan de productie van maagzuur worden verminderd. De Leidse hoogleraar Heelkunde M.Vink stelt dat het resultaat van de operatie zeer bevredigend is als 80 tot 85% van de patiënten van hun klachten verlost wordt [1961:1617-20]. De resecties volgens Billroth hebben nogal eens ernstige en chronische complicaties. Als alternatief is de vagotomie ontwikkeld met onder andere de bedoeling om de invloed van de psyche op de maag uit te schakelen, maar de resultaten ervan vallen tegen. In het Zuiderziekenhuis in Rotterdam wordt vagotomie alleen uitgevoerd wanneer een maagresectie onvoldoende succes heeft [1958:1683-5]. Bij 15 patiënten met een postoperatief ulcus pepticum werd met succes een vagotomie verricht. Andere auteurs zijn minder enthousiast. Na vergelijking van de resultaten van vagotomie gecombineerd met pyloroplastiek of gastro-enterostomie met die van maagresectie bij het ulcus duodeni is de conclusie dat resectie de voorkeur verdient [1971:2193-8]. De indicatie voor een operatie moet met zorg worden gesteld, waarbij men onderscheid moet maken tussen een onbehandelbaar ulcus en een onbehandelbare patiënt. Anders dreigt 'de heilloze toestand, ons allen bekend, waarin de patiënt die nimmer geopereerd had moeten worden, zijn ellende levenslang blijft meen uitdragen en met zijn niet aflatende klaagzang een loodzware last legt op de schouders van hen die hem het naast staan, maar vooral ook op die van zijn dokter'.

COMPLICATIES NA OPERATIE

	<i>Resectie (in %)</i>	<i>Antrectomie + vagotomie (in %)</i>	<i>Vagotomie + drainage (in %)</i>
Sterfte	2-4	1-2	0,5
Recidief	3-5	0,5	6-9
Diarree	1	3	5
Dumping enz.*	5 (-20)	2,5 (-10)	1 (-10)
Gewichtsverlies	++	±	—

*Het eerste cijfer geeft de ernstige dumpingklachten aan, terwijl het tweede cijfer alle postprandiale klachten omvat.



Figuur 2.62
Complicaties na operatie en
overzicht van acht
operatietechnieken die
beogen de zuurproductie van
de maag te verlagen.
[1974:1041]

In een klinische les komt de chirurg H.Muller tot de conclusie dat geen enkele operatie ideaal is, zoals al blijkt uit het aantal varianten en de complicaties na de verschillende typen operatie [1974:1037-42]; [figuur 2.62].

Röntgenbestraling

Als alternatief voor de ingrijpende maagresecties is sinds 1917 geëxperimenteerd met bestraling als therapie. Het idee was dat op deze wijze de secretie van maagsap geremd kon worden. In een anoniem commentaar uit 1966 [1966:311-3] komt de schrijver tot de conclusie dat de methode een zinvolle therapie kan zijn bij patiënten bij wie andere behandelwijzen falen of gecontraïndiceerd zijn. In het Tijdschrift worden geen eigen ervaringen met deze methode beschreven. Een referaat [1972:756] vermeldt late niercomplicaties zoals nierinsufficiëntie en hypertensie. Daarna is het rond dit onderwerp stil geworden.

Bevriezing

Een andere mogelijkheid om de productie van maagzuur te remmen werd gezocht in bevriezing van het maagslijmvlies. In 1958 behandelde O.H. Wangenstein ernstige maagbloedingen met koeling van het maagslijmvlies. Later ontwikkelde hij het idee dat door bevriezing de maagsapsecretie langdurig geremd zou kunnen worden. In 1964 is hierover in het Tijdschrift gerapporteerd. Bij onderzoek op honden vonden onderzoekers uit Groningen dat de secernerende cellen van het slijmvlies ongelijk in plaats en intensiteit beschadigd werden en dat de kans op necrose, bloeding en perforatie groot was; zij raden bevriezing als behandeling van lijdens aan ulcus duodeni dan ook af [1964:2063-8]. Bij 10 patiënten uit Den Haag met een ulcus duodeni was het slechts in een geval mogelijk door bevriezing tijdelijk achloorhydrie te bewerkstelligen [1964:2068-74]. Een kritisch commentaar in hetzelfde nummer [1964:2085-7] is het laatste wat het Tijdschrift over deze methode te zeggen heeft.

Helicobacter pylori

Na het hiervoor genoemde verenigingsverslag waarin Amsterdamse onderzoekers *Campylobacter*-achtige bacteriën in maagslijmvliesbiopten beschrijven [1985:1658-9], is in Nederland veel onderzoek op dit gebied verricht, waarvan de resultaten in internationale vaktijdschriften zijn gepubliceerd. Ook in het Tijdschrift is het onderwerp uitvoerig aan de orde geweest. Hieronder volgt een kleine selectie.

De *Helicobacter pylori*-infectie blijkt niet alleen een oorzakelijke factor te zijn bij het ontstaan van ulcus pepticum, maar ook van carcinoom en lymfoom van de maag [1995:709-12]. Het is intrigerend dat veel gezonde personen de bacterie ook herbergen. *H. pylori* is een heterogene bacteriesoort; verschillen in pathogene eigenschappen zouden kunnen verklaren waarom niet iedereen die besmet is een maagaandoening krijgt. Deze veronderstelling wordt gesteund door het artikel *Het effect van Helicobacter pylori-eradicatie op het verloop van gastritis in relatie tot de virulentiefactor cagA* van R.W.M. van der Hulst et al. [1999:405-9], een dubbelpublicatie met *Gastroenterology*. Het cagA-eiwit wordt beschouwd als een marker voor een locus op het *H. pylori*-chromosoom. Bij bijna alle patiënten met ulcuslijden worden cagA-positieve *H. pylori* geïsoleerd. Het al dan niet aanwezig zijn van dit eiwit zou de mogelijkheid bieden om virulente van andere *H. pylori*-stammen te onderscheiden. In dit prospectieve onderzoek werd gevonden dat de afwijkingen in het maagslijmvlies ernstiger waren bij besmetting met cagA-positieve *H. pylori*.

De rol van *H. pylori* bij functionele dyspepsie is omstreden, maar bij het ulcuslijden is antimicrobiële therapie de behandeling van keuze [1996:2469-72]. Eradicatie van *H. pylori* slaagt pas goed als combinaties van antibiotica met zuurremmende middelen worden gegeven [1999:395-400]. Daarmee zijn de problemen de wereld niet uit, want het lijkt erop dat het verdwijnen van de bacterie de kans op het ontstaan van gastro-oesofageale refluxziekte verhoogt [1999:2505-7].

De dalende prevalentie van *H. pylori* leidt ertoe dat het vinden van een ulcus pepticum niet zonder meer betekent dat de bacterie een oorzakelijke rol speelt. In een klinische les [2000:1385-8] worden 4 patiënten beschreven met een ulcus zonder dat *H. pylori* in het spel was. In westerse populaties zal de prevalentie van de besmetting de komende jaren dalen. Andere oorzaken van een ulcus zoals Zollinger-ellison-syndroom en de ziekte van Crohn moeten dan worden overwogen. Een ulcus pepticum betekent dus niet automatisch een *H. pylori*-infectie.

De afgelopen 50 jaar is het inzicht in het ontstaan, de diagnostiek en de behandeling van het ulcuslijden drastisch gewijzigd, een en ander tot groot voordeel van de patiënten met deze aandoening. Nederlandse onderzoekers hebben in belangrijke mate bijgedragen aan deze ontwikkeling en in het Tijdschrift is hieraan ruime aandacht gegeven.

NIERFUNCTIEVERVANGENDE THERAPIE

In 1943 schrijft de dan 33-jarige W.J. Kolff, internist te Kampen, in het NTvG over zijn eerste dialysepatiënt [1943:1684-8]; [figuur 2.63 en 2.64]. Medeauteurs zijn onder anderen de directeur van de plaatselijke emailfabriek, met wie Kolff de kunstnier had ontworpen, en een verpleegkundige. (Kolff laat daarmee zien dat hemodialyse een multidisciplinaire activiteit is met belangrijke rollen voor technici en verpleegkundigen.) Na 11 dialysesessies

Figuur 2.64

De kunstmatige nier in bedrijf. Men ziet de 30 windingen cellophaandarm, gevuld met een dunne film bloed. Momenteel wordt bloed uit een elleboogader der patiënt verzameld in de buret, om straks (nadat de verbinding met de patiënt afgesloten is) door het omhoogbrengen van de buret in den cellophaandarm gebracht te worden via de holle as van de trommel. Terwijl het bloed uit de patiënt verzameld wordt, doorloopt een vorige portie den cellophaandarm. [1943:1686]

DE KUNSTMATIGE NIER

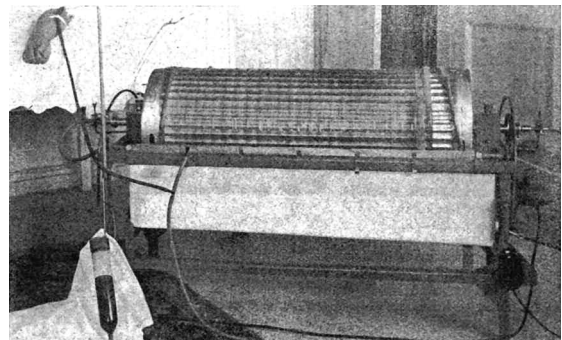
EEN DIALYSATOR MET GROOT OPPERVLAK

DOOR W. J. KOLFF, INTERNIST AAN HET STADS-ZIEKENHUIS TE KAMPEN
EN H. TH. J. BERK, DIRECTEUR DER KAMPER EMAIL-FABRIEKEN

MET MEDEWERKING VAN

ZR. M. TER WELLE, MEJ. A. J. W. VAN DER LEY, E. C. VAN DIJK
EN J. VAN NOORDWIJK

Figuur 2.63
Artikel over de eerste dialysepatiënt.
[1943:1684]



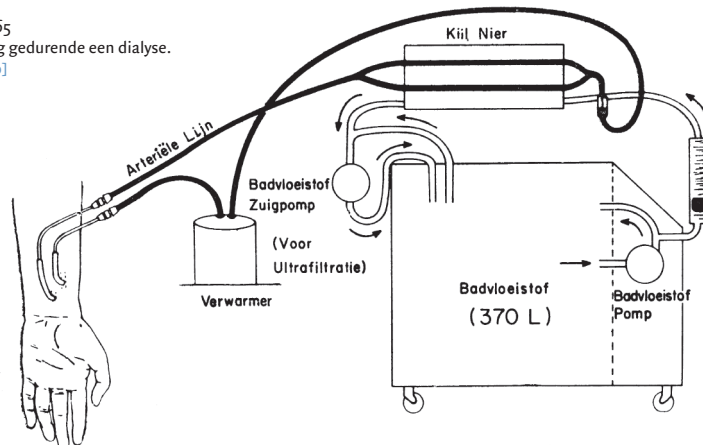
was geen veneuze toegang meer mogelijk en overleed de 27-jarige vrouw. Veel waardering voor het pionierswerk van Kolff was er in Nederland in die tijd niet en dit zal eraan hebben bijgedragen dat hij in 1948 naar de VS vertrok. Daar zijn in de volgende decennia de mogelijkheden ontwikkeld om anders ten dode opgeschreven patiënten met dialyse en niertransplantatie in leven te houden.

Hemodialyse

Tot de jaren zestig was hemodialyse alleen geschikt om een tijdelijke periode van nierfalen te overbruggen. Evenals bij de eerste patiënte ging na verloop van tijd de toegang tot de bloedbaan verloren. Voor de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde hield E.E.Twiss uit Rotterdam in 1962 een voordracht over zijn ervaringen met de kunstmatige nier [1962:1374-80]. Hij is dan van mening dat de dialyse kan worden gestopt als bij nierbiopsie blijkt dat alle glomeruli door een proliferatief proces verwoest zijn.

In 1960 publiceert B.H.Scribner uit Seattle de eerste ervaringen met de later naar hem genoemde arterioveneuze teflonshunt als permanente toegang tot de bloedbaan. Hierdoor wordt chronische hemodialyse mogelijk. In 1966 doen S.T.Boen (later werkzaam in het Binnengasthuis, Amsterdam) en Scribner verslag van de eerste 5 jaar ervaring met chronische hemodialyse [1966:229-38]; [figuur 2.65]. Op dat moment worden 11 patiënten met deze methode in leven gehouden, van wie 10 hun normale werkzaamheden verrichten. Vanwege de hoge kosten (ongeveer \$ 10.000 per jaar) worden 4 patiënten thuis door familieleden gespoeld. Door de beperkte capaciteit van de dialyseafdeling en de hoge kosten is van meet af aan selectie nodig. De voorkeur wordt gegeven aan patiënten die verder redelijk gezond en jonger dan 45 jaar zijn. In dit eerste artikel over chronische hemodialyse in het Tijdschrift worden al complicaties beschreven waar latere generaties dialysepatiënten ook mee te kampen zullen krijgen, zoals neuropathie, serum-

Figuur 2.65
Opstelling gedurende een dialyse.
[1966:230]



hepatitis en periarticulaire verkalkingen. Wanneer hemodialyse door complicaties niet meer mogelijk is, kan chronische intermitterende peritoneale dialyse worden toegepast. Boen en Scribner hebben op die wijze 2 patiënten meer dan een jaar in leven kunnen houden.

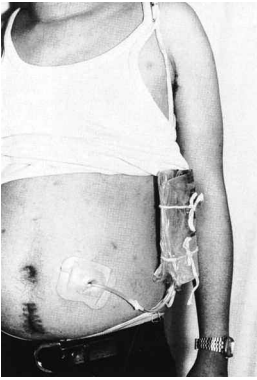
In het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam begint W.Drukker in 1963 met chronische hemodialyse [1966:1798-808]. De eerste 3 patiënten overleden binnen enkele weken tot maanden, waarna het programma tijdelijk werd gestaakt. Na verbetering van de omstandigheden – meer personeel en nieuwe apparatuur – ging het met de volgende 10 patiënten beter. Drukker schrijft dit ook toe aan een scherpere selectie: patiënten mogen niet ouder zijn dan 50 jaar en moeten psychologisch rijp en stabiel zijn, met duidelijke levenswil en arbeidslust. Ongeschikt zijn patiënten met coronaire of cerebrale sclerose. ‘Individueel echter betekent selectie een beslissing over leven en dood: de ervaring heeft geleerd dat dergelijke beslissingen in een dialyse-team slechts door één, uiteraard de oudste en meest ervarene, genomen kunnen worden, met steun en advies van zijn medewerkers.’ De schatting is dat in Nederland jaarlijks 300 patiënten voor vervanging van de nierfunctie in aanmerking komen. In 1966 is het aantal chronische dialysepatiënten in het land niet meer dan 20. Drukker pleit voor meer dialysecentra, thuisdialyse en niertransplantatie en eindigt met een uitspraak van Scribner: ‘The potentialities of definite treatment for chronic renal failure by dialysis or transplantation are both temptingly near and practically far.’

P.G.A.B.Wijdeveld is in 1964 in Nijmegen begonnen met chronische intermitterende hemodialyse [1968:1841-52]. Ook hij sluit patiënten met systeemziekten en diabetes mellitus uit, maar meent ‘dat niet meer dan een zwak-middelmatig intellect nodig is om intermitterende dialyse te kunnen ondergaan. Wij hebben zelfs enkele zwakbegaafde patiënten zonder bijzondere problemen kunnen behandelen.’ De kosten van een jaar behandeling worden geschat op ongeveer f 33.000. ‘De vreugde van het leven voor de patiënten zelf en voor degenen die hun nastaan is uiteraard niet in geld of moeite uit te drukken.’

In 1963 was men in Londen begonnen met thuisdialyse. Vanaf de opening in 1967 van de dialyseafdeling van het Sint Lucas Ziekenhuis te Amsterdam hebben Drukker en zijn medewerkers in 5 jaar 18 patiënten opgeleid om thuis te dialyseren [1974:1259-65]. De patiënt had in de regel een paar maanden nodig om de arterioveneuze fistelvenen correct te leren aanprikken. Daarna moesten zoveel bureaucratische horden worden genomen dat het soms jaren duurde voordat de voorzieningen thuis op orde waren. De eerste ervaringen waren gunstig en de kosten waren de helft van die voor centrumdialyse.

In een samenwerkingsverband tussen Binnengasthuis en Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam werd in 1976 begonnen met hoteldialyse, een tussenform van centrum- en thuisdialyse. Dit Diatel heeft 20 plaatsen voor

75 patiënten per week. Als voordelen worden genoemd: grotere zelfstandigheid dan in het ziekenhuis, geen belasting van huisgenoten zoals bij thuisdialyse en lagere kosten (ziekenhuis f 750, hotel f 470 en thuis f 350 per keer) [1982:1950-4].



Figuur 2.66
Stabiele situatie met 2 liter dialysaat
in peritoneale holte.
[1980:462]

Peritoneale dialyse

Peritoneale dialyse werd al jaren toegepast bij acute nierinsufficiëntie voordat patiënten chronisch peritoneaal gedialyseerd konden worden. Dit laatste was pas mogelijk toen eind jaren zestig 'silastic' verblijfskatheters en geautomatiseerde dialyseapparatuur beschikbaar kwamen. De volgende doorbraak was de in 1976 beschreven methode voor continue ambulante peritoneale dialyse (CAPD). De patiënt draagt steeds 2 plastic zakken bij zich waarmee dialysevloeistof kan worden toegediend of afgenomen. Apparaat is niet nodig en de mobiliteit van de patiënt is maximaal. In Amsterdam werd in 1979 begonnen met CAPD en in 1980 werden de eerste gunstige ervaringen bij 6 patiënten gemeld [1980:461-4]; [figuur 2.66].

Chronische dialyse in de praktijk

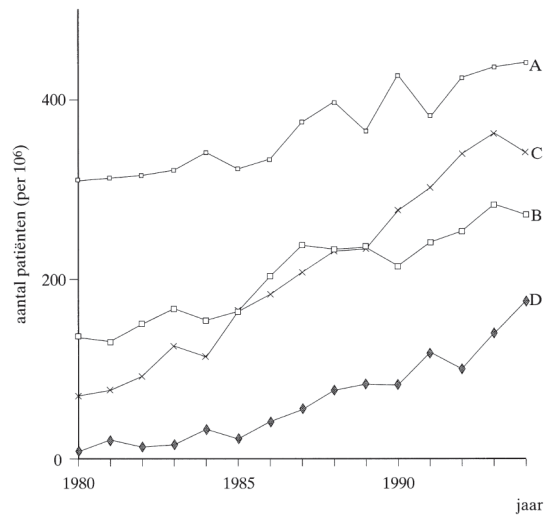
Chronische dialyse als nierfunctievervangende therapie is snel ingeburgerd. In 1989 wordt verslag gedaan over 25 jaar ervaring in een algemeen ziekenhuis in Eindhoven. In die periode waren 307 patiënten met chronische hemodialyse of peritoneale dialyse behandeld. In de loop van 20 jaar was de mediane leeftijd van de behandelde groep gestegen van 37 naar 62 jaar. 'De vrolijke sfeer van jaren geleden van jonge volwassenen onder elkaar is voor een belangrijk deel veranderd in de gelaten sfeer die gepaard gaat met de behandeling van de geriatrische, deels multipel gehandicapte patiënt die na afloop van de behandeling naar bejaarden-, verzorgings- of verpleeghuis gebracht wordt' [1989:1318-22].

In 1994 was 40% van de nieuwe dialysepatiënten in Nederland 65 jaar of ouder; de 75-plussers waren zelfs de snelst in aantal toenemende leeftijdsgroep [1997:229-33]; [figuur 2.67].

Ook naar beneden zijn de leeftijdsgrenzen verschoven. In 1972 werd in Utrecht het eerste Nederlandse kinderdialysecentrum geopend, later gevolgd door Rotterdam, Nijmegen en Amsterdam. In 1989 [1989:1364-6] publiceren deze centra hun eerste ervaringen. In 7 jaar tijd zijn 167 kinderen behandeld, 124 met hemodialyse en 43 met CAPD. Opvallend is de stijging van het aantal CAPD-behandelingen in de loop der jaren, vooral bij jonge kinderen.

Aan het eind van de jaren zeventig worden in Nederland circa 1500 patiënten behandeld met intermitterende hemodialyse, ongeveer 200 thuis en de anderen in één van de 38 aan een ziekenhuis verbonden centra. Deze

Figuur 2.67
 Het aantal nieuwe dialysepatiënten per jaar per miljoen inwoners per leeftijdsgroep, 1980-1994: 0-54 jaar (A); 55-64 jaar (B); 65-74 jaar (C); ≥ 75 jaar (D) (bron: stichting Renine, Rotterdam).
 [1997:231]



ingrijpende behandeling vormt een zware belasting voor de patiënt, niet het minst in psychisch opzicht. Het is dan ook invoelbaar dat patiënten wel eens overwegen de behandeling te staken en daar in een aantal gevallen ook toe besluiten.

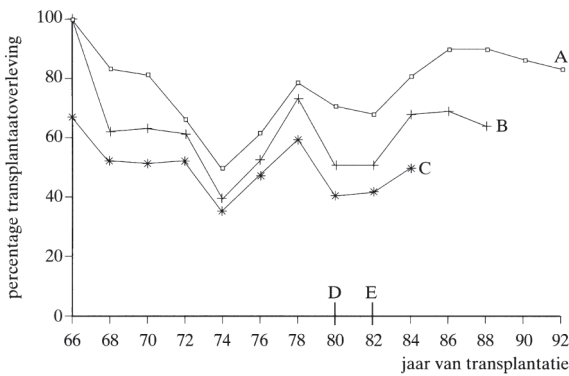
In 1979 wordt dit onderwerp door Maastrichtse auteurs behandeld, onder wie de ethicus C.P.Sporcken [1979:1385-9]. In 6 jaar tijd gaven 7 van de 82 hemodialysepatiënten te kennen dat zij de behandeling wilden stoppen; 3 deden dat ook. Naar aanleiding hiervan werden 40 patiënten geïnterviewd, van wie 20 hun behandeling onder alle omstandigheden wilden voortzetten en 18 de beslissing daarover aan de behandelende arts overlieten. Slechts 2 patiënten waren van plan hierover zo nodig zelf te beslissen.

Ook vanuit het AMC in Amsterdam is over dit onderwerp geschreven [1990:1549-52]. Tussen 1979 en 1989 werden 405 patiënten met hemodialyse of CAPD behandeld, van wie 167 overleden. Vrijwillige beëindiging van chronische dialysebehandeling was verantwoordelijk voor 8% van de sterfte. Bij deze 13 patiënten was ernstige somatische comorbiditeit van invloed op het besluit tot staken van de behandeling.

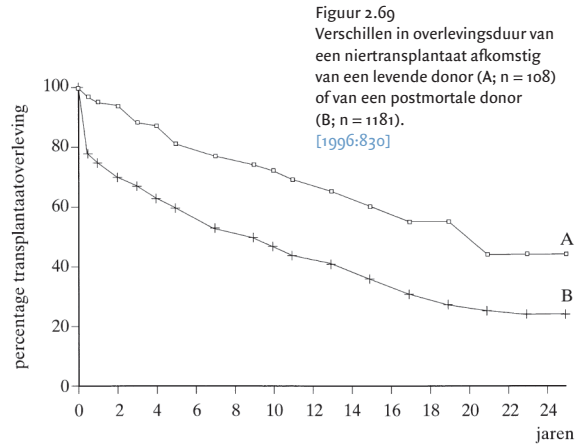
Niertransplantatie

De eerste geslaagde niertransplantatie werd in 1954 uitgevoerd in Boston. De patiënt kreeg een nier van zijn identieke tweelingbroer, zodat er geen immunologische problemen waren. In het NTvG wordt voor het eerst over dit onderwerp gerapporteerd door een groep uit Gent [1967:4-8]: *Niertransplantatie met lijkennieren: 5 gevallen*. In 1965 waren zij begonnen met transplanteren. Twee patiënten waren binnen 2 maanden aan sepsis overleden.

In Leiden vond de eerste Nederlandse transplantatie plaats in 1966, van moeder naar zoon. In 1968 berichten J.de Graeff et al. over 18 patiënten van wie 12 een nier van een overleden donor en 6 het orgaan van een familielid ontvingen [1968:1818-23]. De jongste ontvanger was 13 en de oudste 47 jaar.



Figuur 2.68
Niertransplantaatoverleving bij 1289 transplantaten: percentage na 1 (A), 5 (B) en 10 jaar (C) in de periode maart 1966-december 1992. Gegeven waarden zijn de gemiddelden van 2 jaren. HLA-DR-'matching' werd ingevoerd bij D en ciclosporinetherapie bij E. [1996:828]



Figuur 2.69
Verschillen in overlevingsduur van een niertransplantaat afkomstig van een levende donor (A; n = 108) of van een postmortale donor (B; n = 1181). [1996:830]

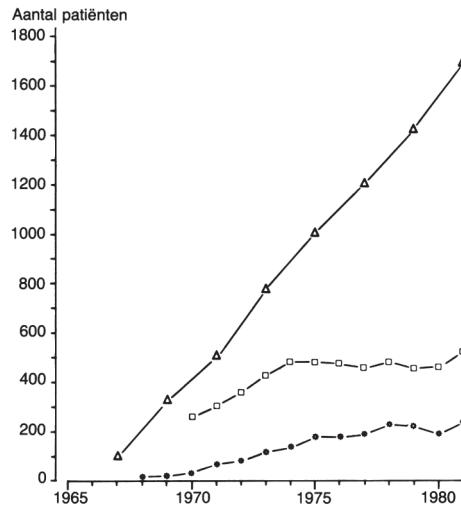
Een artikel uit 1996 [1996:827-32] beschrijft de Leidse ervaringen uit de periode 1966-1994. Er zijn dan ruim 1400 transplantaties verricht. Ondanks het wegvallen van leeftijdsgrenzen en de stijging van de gemiddelde leeftijd van de ontvangers van 33 naar 46 jaar zijn de resultaten relatief gunstig gebleven. Ook diabetes mellitus is geen contra-indicatie meer. De 5-jaars-transplantaatoverleving schommelt rond de 60% [figuur 2.68]. Transplantaten van levende donoren overleven langer dan die van postmortale donoren [figuur 2.69].

Eerder heeft de chirurg M.Vink uit de Leidse groep een beschouwing gepubliceerd over medisch-ethische problemen rond de niertransplantatie [1967:1248-52]. Hij is dan van mening dat kinderen, patiënten ouder dan 50 jaar en 'geestelijk onvolwaardigen' eigenlijk niet voor transplantatie in aanmerking komen. Argumenten zijn: te verwachten gebrek aan coöperatie van de patiënt, bijkomende ziekten bij ouderen en daarbij beperkte mogelijkheden om te transplanteren.

In 1982 werd bij 2000 patiënten in Nederland chronische dialyse toegepast. Op de wachtlijst voor transplantatie stonden dat jaar 650 patiënten, maar slechts in 252 gevallen kon een transplantatie worden verricht. In een artikel uit 1984 [1984:1843-6] wordt op grond van de resultaten van een steekproef betoogd dat het aantal niertransplantaties verdubbeld zou kunnen worden als ziekenhuisartsen alerter zouden zijn op potentiële donoren [figuur 2.70]. Ondanks alle inspanningen bestaat het tekort aan donoren nog steeds, terwijl de vraag naar transplantatie toeneemt. De woorden van Vink uit 1967 gelden nog altijd: 'De vooruitgang in het medisch-technisch kunnen maakt sommige beslissingen gemakkelijker, de hiermee samenhangende medisch-ethische problemen moeilijker.'

Dertien jaar na het baanbrekende artikel van Kolff in het Tijdschrift schrijft Van Valkenburg in het Gedenboek 1907-1957: 'Het is mij niet bekend, of de

Figuur 2.70
 Het aantal patiënten in dialyse-
 behandeling (Δ - Δ), het aantal
 patiënten op de wachtlijst van de
 Stichting Eurotransplant (\square - \square) en
 het aantal verrichte transplantaties
 (\bullet - \bullet) in de jaren 1967-1981.
 [1984:1843]



ingenieuze uitvinding in grotere omvang sindsdien in toepassing is gebleven; ten onzent niet.’ In de volgende 50 jaar is ook in Nederland nierfunctievervangende in toenemende mate toegepast. Zelden is een artikel in het Tijdschrift de voorbode geweest van zo’n belangrijke ontwikkeling.

DE PIL

‘Voor het vraagstuk der geboorteregeling heeft men tot dusver in Nederland officieel geen of weinig belangstelling getoond en dan nog slechts in volkomen afwijzende zin. Voor een deel berust dit standpunt op een godsdienstige overtuiging, die geëerbiedigd moet worden, maar voor een zeer groot deel berust het ook op een m.i. volkomen verkeerde preutsheid en in elk geval op een miskennis van de werkelijke toestand. De ernstige wantoestand op woninggebied, waarin binnen afzienbare tijd nog wel geen grote verbetering zal komen, de sociale nood van talloze gezinnen, maken het niet onder de oogen zien van het vraagstuk der geboortebeperving bijna tot een misdaad tegenover de maatschappij.’ Duidelijke taal van Mej.R.Wijnberg, vrouwenarts te Amsterdam, in een oorspronkelijk stuk met de titel *Voorbehoedmiddelen tegen zwangerschap* [1949:4242-5]. In haar artikel somt zij de verschillende mogelijkheden voor de vrouw op. Zij adviseert een chemisch en een mechanisch middel te combineren. In hetzelfde nummer staat het artikel *Geboorteregeling in Nederland en enige andere Europese landen* van A.Scheltema-Joustra, oogarts te Haarlem [1949:4263-9]. Het Franse antwoord op een vragenlijst was kort en bondig: ‘Le “birth-control” n’existe pas en France, car actuellement complètement illégal.’ In Nederland waren meer mogelijkheden. Voor f 10,50 leverde de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming (NVSH) een pessarium inclusief irrigator en pasta. Beide artikelen veroorzaakten golven van emotie en verontwaardiging. In een ‘Be-

richt aan de lezer' probeerde de hoofdredactie een middenkoers te varen. Meer dan 180 abonnees en medische organisaties hadden laten weten 'ernstig in hun gevoelens te zijn gekwetst. De Hoofdredactie heeft van een en ander met groot leedwezen kennis genomen en betreurt deze gang van zaken.' Aan de andere kant 'kan men aanvaarden, dat alles wat in kringen van Nederlandse geneeskundigen aan de orde is, ook aan de leden van ons Tijdschrift ter informatie behoort te worden voorgelegd. (...) Het spreekt van zelf, dat nu zich voor de eerste maal een conflict van dit karakter openbaart, de Redactie in het belang van de eensgezindheid en de verdraagzaamheid van de geneeskundige stand aan het grensgebied van medische en morele vraagstukken haar bijzondere aandacht zal schenken' [1950:56].

Ondanks deze liberale opstelling van de hoofdredactie bleef de geboorteregeling jarenlang onbesproken. Dat een hormoonpreparaat onder de simpele naam 'de pil' wereldwijd de seksuele moraal en de verhouding tussen de geslachten ingrijpend zou veranderen, drong vrij laat door in de kolommen van het Tijdschrift.

In 1951 was een progestatieve stof gesynthetiseerd die veel sterker werkzaam was dan humaan progesteron. De Amerikaanse bioloog G.G.Pincus toonde aan dat dit middel de ovulatie remde. Hoewel hij niet op zoek was naar een methode van geboortebeperking, zag de voorvechtster voor vrouwenrechten Margaret Sanger deze mogelijkheid wel degelijk. Zij bevorderde dat in 1955 onder de arme bevolking van Puerto Rico een onderzoek werd gestart met een combinatiepreparaat van een progestageen middel plus oestrogeen. De positieve uitkomst leidde ertoe dat al in 1957 goedkeuring door de Food and Drug Administration (FDA) volgde, eerst als middel om de menstruatie te regelen en 2 jaar later als anticonceptivum.

In Nederland was Organon te Oss begonnen met de productie van het combinatiepreparaat Lyndiol. Op 6 januari 1962 meldt het NTvG dat de NVSH orale anticonceptie wil gaan toepassen. 'Vanaf 1 februari zal daarom in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag een groep van ten hoogste 500 leden in de gelegenheid worden gesteld, zich met deze vorm van geboorteregeling vertrouwd te maken. De leiding van dit project is toevertrouwd aan Dr.L.I.Swaab, vrouwenarts te Amsterdam. De tabletten zullen gedurende een à twee jaar gratis en onder nauwlettend geneeskundig toezicht aan de betrokken leden ter beschikking worden gesteld' [1962:47]. Binnen 3 dagen meldden zich 5000 vrijwilligsters. Twee jaar later werd de pil ook in Nederland geregistreerd. De advertenties in het Tijdschrift bevatten toen overigens alleen de mededeling dat het middel bedoeld was voor de regeling van de cyclus en behandeling van een aantal gynaecologische aandoeningen (waaronder infertiliteit!). In de kleine lettertjes werd meegedeeld dat men rekening moest houden met de bijwerking dat de vrouw tijdens het gebruik niet zwanger kon worden. Pas in 1971 werd de pil in het ziekenfondspakket opgenomen.

Eerste Nederlandse ervaringen met de pil

In een caput selectum [1963:1976-80] beschrijft M.Tausk te Oss (de naam van zijn werkgever Organon wordt niet bij de auteursgegevens vermeld) de ovulatiereemmende werking van progestatieve stoffen. De betrouwbaarheid van de methode is hoog, zoals blijkt uit gegevens, ‘die verkregen werden bij de zorgvuldige observatie van 9496 cycli (door 49 onderzoekers in 13 landen) waarbij het Nederlandse preparaat Lyndiol was gebruikt. Hierbij is geen enkel geval van zwangerschap waargenomen bij vrouwen die het preparaat overeenkomstig de instructies hadden ingenomen.’

Onder het kopje ‘bijwerkingen’ wordt aandacht besteed aan de onrust die in de VS is ontstaan na de melding van een aantal gevallen van trombose. Dit heeft ertoe geleid dat de fabrikanten adviseren de pil niet voor te schrijven aan vrouwen met een anamnese van trombo-embolie. Achteraf meende men dat dit bericht van verhoogd risico kon worden toegeschreven aan een rekenfout die vermoeide statistici om 2 uur ’s morgens gemaakt zouden hebben.

Tausk wijst er al op dat de pil de geneeskunde voor nieuwe problemen zal stellen. Het gaat immers om een middel dat niet bedoeld is om ziekte te voorkomen of te genezen. De risico’s lijken gering te zijn, zeker als therapeutische doelstellingen worden nagestreefd zoals bestrijding van sterilititeit; de gedachte daarbij is dat na een aantal anovulatoire cycli bij wijze van ‘rebound’ weer ovulaties op gang kunnen komen.

In 1962 [1962:1738-9] wordt al door het ministerie van Volksgezondheid gewaarschuwd voor trombosegevaar. In de rubriek ‘Vraag en antwoord’ [1963:1450] wordt ook een voorzichtige koers gevaren. ‘Naar onze mening is het dan ook op dit tijdstip onjuist te stellen dat de onschadelijkheid van orale anticonceptie bewezen zou zijn.’

Swaab doet in 1964 verslag van zijn onderzoek bij de 500 vrouwen die ieder gedurende 6 cycli Conovid (het combinatiepreparaat van Pincus) en 6 cycli Lyndiol kregen [1964:1070-6]; [figuur 2.71]. Voor het tromboseprobleem verwijst hij naar een internationale conferentie in 1962, waar was vastgesteld dat de medicatie niet verantwoordelijk was, maar dat sprake was van een coïncidentie. Voor alle zekerheid had Swaab in het bloed van 32 gebruiksters stollingsonderzoek met trombo-elastografie laten doen, waarbij geen afwijkingen waren gevonden. Bij Conovid werden meer doorbraakbloedingen gezien dan bij Lyndiol, maar de anticonceptionele werking van beide producten was bijzonder betrouwbaar. In 1963 [1963:1717] bespreekt G.J.Kloosterman het boek *Orale anti-conceptie* van Swaab. Diens uitspraak: ‘een gezonde vrouw ondervindt van de tabletten geen schade’ vindt de recensent wetenschappelijk onaanvaardbaar.

In een klinische les uit 1967 [1967:201-5], waarin overigens geen enkele patiënt besproken wordt, behandelt de VU-hoogleraar in de sociale genees-



Figuur 2.71
L.I.Swaab.

kunde A.C.Drogendijk de vraag *Is gebruikmaking van de 'pil' medisch-ethisch toelaatbaar?* Hij introduceert de problematiek als volgt: 'Wij hebben hier te maken met een vorm van geslachtsgemeenschap waarbij coïtus en conceptie kunstmatig worden gescheiden en met een methode van onvruchtbaar-making die een aantasting van de fysieke integriteit van de vrouw inhoudt. (...) Gezien dit laatste is het dan ook niet te verwonderen dat sommige artsen de pil vergeleken hebben met een atoombom, die huwelijksethiek en huwelijksmoraal dreigt te vernietigen.' Drogendijk stelt dat geslachtsgemeenschap niet alleen betrekking heeft op vermenigvuldiging van het menselijk geslacht, maar ook een persoonlijke, een zelfstandige betekenis heeft. Daaruit 'blijkt zonneklaar het nauw verband tussen geslachtsgemeenschap en het wezen van het huwelijk, te weten liefdesgemeenschap.' Zijn betoog leidt tot de conclusie dat het ethisch geoorloofd is 'in gevallen waarin om bepaalde redenen hetzij van medische, hetzij van psychologische, hetzij van sociale aard, andere methoden en middelen beter niet aangewend kunnen worden, van deze moderne weg gebruik te maken. Tenslotte is het gesignaleerde gevaar dat de introductie van de pil ongetwijfeld de promiscuïteit zal doen toenemen, uiteraard geen reden om bij gehuwden niet van dit middel gebruik te maken. Misbruik heft nu eenmaal nooit het gebruik op.'

In een reactie [1967:467] wijst de latere hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie P.E.Treffers erop dat Drogendijk sinds 1936, toen hij tegen iedere vorm van anticonceptie was, een ethische salto mortale heeft gemaakt. Hij meent dat over enkele jaren in protestants-christelijke kringen wel weer heel anders over dit onderwerp zal worden gedacht en dat Drogendijk een achterhoedegevecht voor een verloren zaak voert.

In 1967 vindt een felle discussie plaats naar aanleiding van een artikel van prof.J.G.Defares, werkzaam bij de afdeling Mathematische Anthropobiologie te Leiden [1967:115-20]. Zijn stelling is dat langdurige toediening van de pil leidt tot onderdrukking van de endogene oestrogeenproductie en daarmee tot versnelling van het verouderingsproces. Psychische veranderingen, osteoporose en atherosclerose zijn volgens hem gevolgen van pilgebruik in de vruchtbare leeftijd. Een reeks van ingezonden stukken is het gevolg. De toon is ongewoon fel. Defares wordt vergeleken met Don Quichote. Zelf suggereert hij dat Organon de gebruiksters van Lyndiol nagenoeg castreert, waarop de directie van dit bedrijf in de pen klimt. De discussie verzandt in een moeras van tegenstrijdige literatuurverwijzingen. In zijn hoofdartikel bij het begin van de 112e jaargang heeft hoofdredacteur Prakken het over de 'pillenrel'. 'Een polemiek van dergelijke omvang, en van een soms zo duidelijk geëmotioneerde felheid heeft in ons Tijdschrift nog nooit plaatsgevonden' [1968:1].

Als medisch adviseur van ziektekostenverzekeraars vraagt de arts en jurist W.Schuurmans Stekhoven zich af of de pil wel een geneesmiddel is [1967:464-5]. Hij voorspelt 'dat binnen enkele generaties een groot percen-

tage van de vrouwenwereld van menarche tot menopauze continu op basis van deze middelen zal leven, zodat men ze tot de “levensbehoeften” zal kunnen rekenen.’

Een ander onderwerp dat Schuurmans Stekhoven aansnijdt, is de vraag of een arts bevoegd is pilrecepten af te geven aan minderjarige meisjes zonder schriftelijke verklaring van ouders of voogden [1971:204-5]. Hij vindt van niet, maar als reactie komt E.W.Roscam Abbing in 1972 [1972:401] tot de conclusie: ‘Indien een arts aan een minderjarige patiënte tegen de wil van haar ouders anticonceptie voorschrijft en indien hij als deskundige ervan overtuigd is dat hij zijn patiënte daarmee een goede dienst bewijst, behoeft hij het rechterlijk oordeel niet te vrezen.’

Een geaccepteerde vorm van anticonceptie

De seksuoloog F.P.Wibaut geeft in 1979 [1979:2230-1] de volgende adviezen in het artikel *De frequentie van gynaecologisch onderzoek bij pilcontrole: algemeen lichamenlijk en gynaecologisch onderzoek, cervixuitstrijk en urineonderzoek voordat wordt gestart, eerste controle na 3 tot 6 maanden en dan jaarlijks met periodiek een cervixuitstrijk*. Later werd deze ‘ingeslopen medicalisering’ door het Nederlands Huisartsen Genootschap bewust teruggedraaid [1989:1349-50].

Omdat inmiddels hernieuwde onrust is ontstaan over mogelijke bijwerkingen [zie volgende paragraaf] stelt Wibaut in 1984 de vraag *Het failliet van de anticonceptie* [1984:2349-53]? Hij denkt dat postcoïtale middelen zoals de morning-afterpil of de morning-afterspiraal veld zullen winnen omdat veel vrouwen het continue gebruik van de pil als onnatuurlijk ervaren. Die verwachting is niet uitgekomen. In een caput selectum uit 1992 [1992:1006-8] wordt vermeld dat Nederland in die tijd relatief het laagste aantal tienerzwangerschappen en -abortussen had in de westerse wereld. Dat kwam niet door geringere of latere seksuele activiteit of verminderde vruchtbaarheid. De verklaring was betere anticonceptie met toegenomen pilgebruik als verklarende variabele. In 1995 [1995:178-82] schatten Amsterdamse onderzoekers dat in Nederland het pilgebruik onder 14-16-jarigen 2 maal zo hoog was als in 1982.

Bijwerkingen

Al in 1965 houdt Swaab een voordracht voor de Nederlandsche Gynaecologische Vereniging [1966:2237] waarin hij spreekt over *bloeddrukstijging tijdens gebruik van Lyndiol*.

In een overzichtsreferaat uit 1965 [1965:1355-6] van de hand van J.Vreeken over pil en trombose worden de dan bekende gegevens vermeld. Er zijn verschillende casuïstische mededelingen, maar statistische bewerking laat dan

geen verhoogde kans op trombo-embolische complicaties zien. Toch is de referent niet helemaal gerust. ‘Persoonlijk lijkt het mij niet uitgesloten, dat een uitgebreid onderzoek te zijner tijd een zeer geringe toeneming van het aantal trombo-embolische complicaties in deze groep kan opleveren.’

De eerste casus in het NTvG wordt beschreven door D.E.Mendes de Leon en J.Lankester uit Maastricht, onder de titel *Dodelijke trombo-embolie bij een jonge vrouw tijdens gebruik van orale contraceptiva* [1966:1226-8]. In 1967 volgt een klinische les van G.A.Lindeboom [1967:161-4], getiteld *Post aut propter?*, waarin hij twee jonge vrouwen beschrijft, een met longembolie en een met een hartinfarct. Hij beseft dat alleen grote statistieken zekerheid kunnen verschaffen, ‘maar dit helpt ons niet in het individuele geval dat onze aandacht vraagt. Bovendien wordt die zekerheid dan misschien gekocht met de dood van een aantal jonge vrouwen, die in principe te vermijden zou zijn geweest. Er zijn, zoals ik al zeide, reeds ettelijke tragische gevallen geweest van een aantal jonge vrouwen, dikwijls moeders, waarbij men het vermoeden van de invloed van een medicament niet van zich kan afzetten.’ De ironie wil dat in hetzelfde nummer een advertentie voor Lyndiol staat.

Leidse onderzoekers hebben internationaal naam gemaakt met hun onderzoek naar de relatie tussen pilgebruik en verhoogde kans op trombose. Dat onderzoek was daar niet in de eerste plaats voor bedoeld; de zogenaamde ‘Leiden thrombophilia study’ was opgezet om het effect van erfelijke stollingsafwijkingen te bepalen. Veel zorgen over het mogelijke verband tussen pil en trombose waren er in de jaren tachtig niet meer. De eerste combinatiepillen bevatten relatief veel oestrogenen, de component waaraan de mogelijke verhoogde trombosekans werd toegeschreven.

In de loop van de tijd was het oestrogeengehalte in de 3e-generatiepil gedaald tot onder de 50 microgram. Het gevaar leek dan ook geweken. Toch vonden de Leidse onderzoekers een 4 tot 6 maal verhoogde kans op trombose tijdens pilgebruik, wat verder onderzoek in die richting stimuleerde.

In 1994 schrijft F.R.Rosendaal uit Leiden over een *Onlangs ontdekte frequente oorzaak van veneuze trombose* [1994:1944-8]. Het betreft de zogenaamde factor V Leiden, een gemuteerde stollingsfactor V. In een commentaar [1995:1067-71] melden J.P.Vandenbroucke en andere Leidse onderzoekers dat deze mutatie bij ongeveer 20% van de trombosepatiënten en bij 3-5% van de algemene bevolking voorkomt. Wanneer een jonge vrouw draagster van factor V Leiden is en eerder een veneuze trombose heeft doorgemaakt, is de kans op veneuze trombose bij gebruik van de pil meer dan 30-voudig verhoogd. De absolute incidenties zijn evenwel laag en daarom is een dwingend advies aan de draagsters om met de pil te stoppen niet verantwoord, te meer daar zwangerschap na falende anticonceptie ook een verhoogde kans op trombose geeft. In 2000 bespreekt de groep aan de hand van de 3e-generatiepil hoe om te gaan met kleine risico’s in wetenschap en beleid [2000:254-8]. Britse deskundigen hadden al in 1995 gewezen op een grotere trombosekans bij de 3e-generatiepil vergeleken met die van de 2e, maar in 2000

verschillen Nederlandse huisartsen en gynaecologen nog van mening aan welke pil de voorkeur moet worden gegeven. (De huisartsen kiezen voor het oudere, meer beproefde preparaat.)

In een dubbelpublicatie met de BMJ publiceren Utrechtse epidemiologen een meta-analyse met de titel *Groter risico op veneuze trombose bij gebruik van orale contraceptiva van de 3e in vergelijking tot de 2e generatie* [2001:1502-8]. De samenvattende gecorrigeerde oddsratio (OR) voor de 3e- versus de 2e-generatiepillen was 1,7 (95%-betrouwbaarheidsinterval: 1,4-2,0). Bij beginnende gebruiksters was deze OR 3,1. Onderzoeken die door de farmaceutische industrie gefinancierd waren, hadden lagere OR's dan andere.

Van het begin af aan zijn er zorgen geweest over een mogelijk carcinogeen effect van de pil op de vrouwelijke geslachtsorganen en de mamma. Vrouwelijke hormonen hebben immers invloed op de groei van deze organen en er waren met name aanwijzingen voor bevordering van het ontstaan van mammacarcinoom. Een eventueel carcinogeen effect is bij jonge vrouwen pas na langdurige observatie te verwachten. Als methode van onderzoek komt alleen de patiënt-controlestudie in aanmerking, met alle methodologische bezwaren van dien. Verder is de samenstelling van de pil in de loop van de tijd ingrijpend gewijzigd en zijn er zeer veel verschillende preparaten op de markt. Omdat eventuele effecten relatief klein blijken te zijn, is het niet verwonderlijk dat de discussie nog steeds voortduurt. Ieder bericht over een mogelijk verband leidt tot publiciteit in de pers, onrust bij het grote publiek en reacties van methodologen en epidemiologen die de zwakke kanten van het onderzoek belichten en de gemoederen weer tot bedaren proberen te brengen. In de commentaren in het NTvG op de resultaten van meest buitenlandse onderzoeken is deze golfbeweging goed te volgen.

Volgens een referaat uit 1983 [1983:1261-2] hangt pilgebruik niet samen met het vóórkomen van mammacarcinoom en lijkt er een beschermend effect te zijn tegen ovarium- en endometriumcarcinoom. Op berichten in *The Lancet* over een mogelijk verband tussen de pil en mamma- en cervixcarcinoom reageren L.Offerhaus en J.V.Th.H.Hamerlynck met een commentaar getiteld: *Kanker en de pil; de berg die een muis baarde* [1984:78-9]. Hun conclusie is: 'Vooralsnog is er echter nog geen voldoende reden voor ongerustheid.' Ook in 1989 is er voortdurende onzekerheid. De aan het NKI verbonden epidemioloog mw.F.E.van Leeuwen schrijft dan naar aanleiding van een internationale conferentie het artikel *Mammacarcinoom en de pil: een puzzel met ontbrekende stukjes* [1989:2300-3] en besluit met: '(...) een onderwerp dat nu al 30 jaar controversieel is en dit nog wel even zal blijven.'

In een dubbelpublicatie met *The Lancet* doen M.A.Rookus en F.E.van Leeuwen verslag van een Nederlands patiënt-controleonderzoek [1995:1450-4]. Meer dan 900 patiënten werden bestudeerd. Vrouwen die 12 jaar of meer de pil hadden gebruikt, hadden een licht verhoogd relatief risico (RR: 1,3; 95%-betrouwbaarheidsinterval: 0,9-1,9). Het risico op mammacarcinoom op jonge leeftijd was wat hoger. Het geruststellende commentaar van

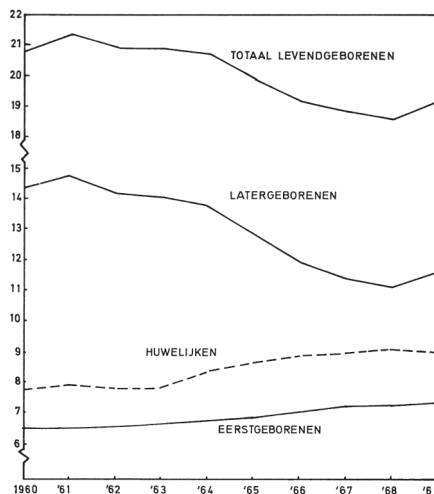
de gynaecoloog B.C.J.M.Fauser in hetzelfde nummer heeft als titel: *Risico op mammacarcinoom door ‘de pil’ niet overdrijven* [1995:1428-30].

Invloed op de maatschappij

D.Hoogendoorn laat in een grafiek zien dat de geleidelijk dalende lijn van het aantal levendgeborenen in 1965 een knik naar beneden vertoont die hij toeschrijft aan de introductie van de pil [figuur 2.72]. In 1968 was de pauselijke encycliek *Humanae vitae* verschenen, waarin orale anticonceptie wordt afgekeurd. Het beeld van de geboortecijfers van het katholieke zuiden verschilde niet van dat van de 3 noordelijke provincies en vertoonde geen effect van de pauselijke richtlijn [1970:1294-7].

De socioloog E.Ketting maakt in 2000 de balans op in *De invloed van orale anticonceptie op de maatschappij*, dat – veelzeggend – in de rubriek ‘Geschiedenis der geneeskunde’ werd geplaatst [2002:283-6]. Hij memoreert dat in Nederland in 1976 meer dan 40% van de vrouwen ‘aan de pil’ was. Nergens ter wereld werd de pil zo snel populair. De verwachting was eerst dat de vraag naar abortus provocatus zou afnemen, maar dat bleek niet het geval te zijn. In de afgelopen 30 jaar was het zogenaamde abortuscijfer (jaarlijkse aantal per 1000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd) bijna onveranderd laag gebleven. Ketting geeft hiervoor de volgende verklaring. De pil voorkómt ongewenste zwangerschappen, maar een onbedoelde zwangerschap door falende anticonceptie leidt tegenwoordig al gauw tot een verzoek om abortus. Vooral bij adolescenten is de pil populair. In 1996 gebruikte in Nederland 49% van alle 16-19-jarigen de pil en 82% van de 20-24-jarige vrouwen. ‘Nergens in de westerse wereld is de acceptatie van anticonceptie voor en door adolescenten zo algemeen en zo radicaal geweest als in Nederland, wat vooral in de USA (waar het zwangerschapscijfer onder jongeren tienmaal zo hoog is als in Nederland) heeft geleid tot een merkwaardige mengeling van afgunst en afwijzing.’

Figuur 2.72
Aantal levendgeborenen en aantal
huwelijken per 1000 inwoners,
per jaar, 1960 t.m. 1969.
[1970:1295]



PSYCHOSOMATIEK OP ZOEK NAAR
EMPIRISCHE ONDERBOUWING

‘Roept het woord “psychosomatisch” tegenwoordig vooral associaties op met lichamelijke klachten zonder somatisch substraat, tot nog niet zo lang geleden verwees deze term naar bepaalde interne ziektebeelden, waarbij psychische factoren etiologisch van groot belang werden geacht’ [1994: 2611-4]. Tot psychosomatosen rekende men onder andere asthma bronchiale, ulcus pepticum, colitis ulcerosa, reumatoïde artritis en hoge bloeddruk. Psychosomatiek ontstond als gedachtegoed en als term in de jaren dertig. De Amerikaanse psychiater en analyticus F.Alexander wordt als de geestelijke vader ervan beschouwd.

Na de oorlog kwam in het Tijdschrift een bescheiden artikelenstroom over psychosomatiek op gang. Er waren drie hoofdrolspelers: de Nijmeegse hoogleraar Psychiatrie en Neurologie J.J.G.Prick, de Leidse psychiater B. Stokvis en de Amsterdamse internist J.J.Groen. Deze psychosomatici wisten elkaar in de relatief kleine academische wereld van destijds te ontlopen. Prick was een vertegenwoordiger van de fenomenologisch-antropologische school die voor de Tweede Wereldoorlog sterk in de Nederlandse psychiatrie was vertegenwoordigd, maar die daarna als ouderwets werd afgedaan. Verschil van opvatting tussen Stokvis en Groen over de specificiteitstheorie (waarover later meer) leidde tot een confrontatie in het Tijdschrift en zorgde voor verwijdering tussen hen [1953:3043-50; 1954:312-7]. Sindsdien verwezen Stokvis et al. nog wel naar de bevindingen van Groen et al., maar niet omgekeerd.

Prick: alle geneeskunde is psychosomatisch

De fenomenologisch-antropologische school was filosofisch van inslag en overtuigd van de eenheid van lichaam en geest. In een serie van drie artikelen over *Grondproblemen van de medische psychosomatiek* behandelde Prick eerst de ontstaansgeschiedenis van de psychosomatiek [1962:2310-4, 2365-70 en 2417-20]; [figuur 2.73]. Die was volgens hem begonnen bij Plato en verliep via Descartes, Freud en Charcot naar Alexander, die de term ‘psychosomatic medicine’ had gemunt. Een ongelukkige term, meende Prick: ‘De geneeskunde-als-geheel en iedere gespecialiseerde tak van geneeskunde moet gezien worden als psychosomatische geneeskunde.’ Volgens Prick werd het begrip ten onrechte diagnostisch gebruikt. ‘Veel beter is het, slechts te spreken over de psychosomatische onderzoeksmethode binnen de geneeskunde, welke methode op elke patiënt toepasbaar is.’ [1962:2310-4]. Prick meende namelijk dat bij eenzelfde verschijnsel, bijvoorbeeld hernia, de ene keer een lichamelijke oorzaak kon overheersen en de andere keer een psychische. Dit werkte hij uit in *De betekenis van de psychosomatische probleemstelling voor de*



Figuur 2.73
J.J.G.Prick.

praktische geneeskunde [1962:2417-20]. Vooral in de kindergeneeskunde was de methode volgens hem van belang. Kinderen kunnen hun psychische problemen niet verwoorden en reageren met afwijkend gedrag. Hun klachten worden vaak ten onrechte voor organisch gehouden. Zelfs infectieziekten waren volgens Prick niet uitsluitend organisch: ‘Het blijft uiteraard waar, dat een ziekte zoals tuberculose door de tuberkelbacil veroorzaakt wordt, doch hóe een individu op een besmetting met tuberkelbacillen zal reageren, wordt niet uitsluitend bepaald door de geaardheid van dit micro-organisme, de hoeveelheid smetstof en de geaardheid van het lichamelijk organisme, maar ook door de psychische toestand van de patiënt.’

Niet toevallig refereerde Prick aan de bacteriële besmetting; dit voorbeeld was populair bij pleitbezorgers van de ‘specificiteitstheorie’. Die theorie luidde dat elke psychosomatische aandoening een specifieke psychische oorzaak had: ‘(...) de samenhang tussen gemoedsbeweging en ziekte is even specifiek als wij dit bv. bij de bacteriologische ziekteoorzaken kennen.’ [1994:2611-4]. Groen was een aanhanger van deze theorie. Anders dan Prick dacht hij dat er naast psychosomatische ziekten ook uitsluitend somatische en uitsluitend psychische ziekten bestonden. Groen verschilde in nog een opzicht van Prick: hij wilde het medisch handelen van een solide empirische basis voorzien. Zo schreef hij terugblikkend in 1973: ‘Wij wilden trachten de tot nu toe bestaande vage voorstellingen tussen lichaam en ziel tijdens gezondheid en ziekte te vervangen door meer exacte feitenkennis en daarop gebaseerde toetsbare hypothesen’ [1973:1253-63].

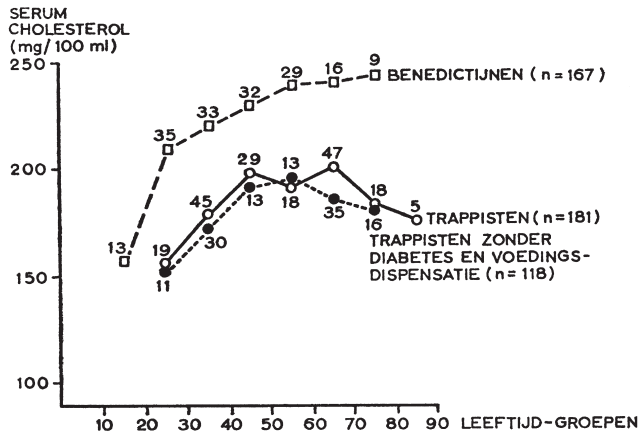
Groen: typerende psychosociale conflicten



Figuur 2.74
J.J. Groen.

In de artikelen die na 1957 in het Tijdschrift verschenen, noemden Groen [figuur 2.74] en zijn medewerkers de specificiteitstheorie niet meer. Wellicht was dit vanwege de korzelige discussie hierover met Stokvis in het Tijdschrift in 1954. Toch zochten zij nog steeds naar typerende psychosociale conflicten. Bij onbehandelbare pijn meende Groen er uiteindelijk een te hebben gevonden: nederlaag in een dominantie-submissieconflict met de huwelijkspartner en/of de kinderen [1979:374-9].

In een vroeg artikel behandelde een van zijn medewerkers, de psycholoog J.T. Barendregt, een klassiek uitgangspunt van de psychosomatiek, namelijk dat patiënten met psychosomatische klachten in essentie neurotisch waren, maar tevens verschilden van neurotici zónder lichamelijke klachten in de zin dat zij sociaal aangepaster waren [1958:2044-6]. Barendregt toetste deze twee hypothesen bij zes groepen: mannelijke en vrouwelijke neurotici; mannen met *ulcus ventriculi/duodeni* en vrouwen met *asthma bronchiale*; en twee controlegroepen van ‘normale’ en gezonde vrouwen en mannen. Hij vond ‘sterke steun’ voor beide hypothesen.



Figuur 2.75
 Beloop van het
 serum-cholesterolgehalte
 met de leeftijd bij
 Trappisten en Benedictijnen.
 [1961:229]

Groen ging inmiddels zelf door op een thema dat hem al voor de oorlog bezighield: de invloed van voeding en levenswijze op bepaalde aandoeningen, in dit geval atherosclerose en coronaire hartziekten. Het was begin jaren zestig duidelijk dat voeding met veel dierlijk eiwit en een hoog gehalte aan onverzadigde vetzuren de cholesterolconcentratie in het bloed beïnvloedt; onder patiënten met hoge serumcholesterolconcentraties kwamen bovendien veel hartaandoeningen voor [1961:222-33]. Daarnaast waren er aanwijzingen dat de westerse levensstijl ‘... die gekenmerkt wordt door urbanisatie, industrialisatie, voortdurende verandering, snelle communicatie, hoge materiële welvaart (...) emancipatie van de vrouw, beperking van het kindertal ...’ van invloed is op hartinfarcten en angina pectoris. Ging het nu vooral om dieet of om psychosociale verhoudingen? Een onderzoek onder Trappisten en Benedictijnen gaf geen uitsluitsel, maar wel aanwijzingen. Beide monniksorden onttrokken zich aan de jachtige maatschappij en leefden sober, maar waar de Benedictijnen eenzelfde voedingspatroon hadden als dat van de gemiddelde Nederlandse bevolking, aten de Trappisten een ‘lactovegetarisch’ dieet. De groepen bleken geen verschil te vertonen in gemiddelde bloeddruk of het vóórkomen van hypertensie, maar wel in cholesterolconcentratie: deze was bij de Benedictijnen veel hoger [figuur 2.75]. Er was evenmin verschil in de frequentie van hartinfarcten of angina pectoris, maar ‘de indruk werd verkregen, dat de frequentie van hartinfarct lager was dan onder andere groepen mannen van middelbare leeftijd.’ Het westerse voedingspatroon bevorderde het ontstaan van atherosclerose, maar het acute afsluitingsproces dat tot een hartinfarct leidt, hing mogelijk samen met de tussenmenselijke verhoudingen en emotionele spanningen waar- tegen de monniken waren beschermd.

Zes jaar later berichtte Groen dat zijn bevindingen uit 1961 internationaal waren bevestigd, maar dat men nu ook een rol vermoedde voor roken en

gebrek aan lichaamsbeweging [1967:1807-20]. Uit een uitgebreide internationale vergelijking bleek dat de sterftcijfers aan hartziekten in het westen tussen 1951 en 1961 waren gestegen, vooral onder mannen. Waarom zouden er meer mannelijke dan vrouwelijke slachtoffers vallen? Aan welke ‘tussensmenselijke conflicten’ die typerend zijn voor de westerse wereld zou dit zijn toe te schrijven? Groen dacht aan de vrouwenemancipatie: ‘Het is althans een feit dat het gemiddelde serum-cholesterolgehalte bij de vrouwen in ieder land niet lager, en vaak hoger is dan bij mannen (...), terwijl het ook merkwaardig is dat het verschil in frequentie der coronaire hartziekten tussen de geslachten alleen in die westerse landen en groepen bestaat, waar ook de psychosociale positie van de man de laatste halve eeuw achteruit, en die van de vrouw sterk vooruit is gegaan. In Japan bv. is er vrijwel geen verschil.’ Een klein onderzoek dat hij liet uitvoeren, verleende volgens hem enige steun voor deze hypothese.

Groen kreeg voor zijn werk erkenning van psychiaters en huisartsen, maar als internist werd hij aanvankelijk door zijn ‘organisch-klinisch’ werkende collega’s geringschattend bejegend, zo beschreef hij in *Voor en tegen de psychosomatiek* [1973:1253-63]. Toen hij in 1955 de Ramaer-medaille ontving van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie voegde een collega-internist hem toe: ‘Groen, laat ik je eerlijk zeggen, dat naar mijn mening een internist die een onderscheiding krijgt van een psychiatrisch genootschap, zich daarvoor eerder moet schamen.’ Groen vond op zijn beurt: ‘Zonder voldoende kennis te hebben van psychologie en sociologie en zonder de methodologie van deze vakken te kunnen beoordelen, menen vele artsen dat zij er niettemin een geringschattend oordeel over mogen hebben.’ Hij toonde echter ook zelfkritiek: hij had zich als internist zelf ook lang zo opgesteld.

Groen had ook bezwaar tegen deze geringschatting omdat dit volgens hem wees op onwil om naar het verhaal van de patiënt te luisteren. Dat beïnvloedde de arts-patiëntcontacten negatief en leidde tot overbodige behandelingen van niet-bestaande organische aandoeningen; een teken van slechte geneeskunde. Over collega’s die beweerden hun patiënten nooit over levensmoeilijkheden te horen, zei hij: ‘Heel begrijpelijk: wie niet vraagt en niet luistert, zal niets te horen krijgen. Alleen wie zoekt, zal vinden!’ Om er meteen bij te zeggen dat veel patiënten op zoek zijn naar een organische oorzaak van hun kwalen en dat zij zich daarom steeds weer aan nieuwe ingrepen willen onderwerpen.

In zijn zoektocht naar empirische gegevens vond Groen de Leidse psychiater Stokvis aan zijn zijde, maar zij verschilden zoals gezegd ook fundamenteel.

Stokvis: de psychosomatische cirkelgang

Waar Groen zocht naar specifieke psychische conflicten, meende Stokvis [figuur 2.76] op grond van eigen onderzoek dat deze niet bestonden. Bij eenzelfde levensconflict reageert elk individu anders: ‘Het gaat immers in laatste instantie niet om de levensgeschiedenis, maar om de belevingsgeschiedenis, die uit het phaenomenologische en uit het structuur-analytische onderzoek is te leren.’ Psychosomatische aandoeningen ontstonden volgens hem vooral bij mensen met een infantiele en onrijpe persoonlijkheidsstructuur [1953:3043-50].

Stokvis en zijn medewerkers behandelden sinds 1952 mensen in het Psychosomatisch Centrum van de Leidse universiteit. Dit centrum was mede opgericht door de toenmalige hoogleraar Psychiatrie E.A.D.E.Carp en ondergebracht in diens Jelgersmakliniek, de psychiatrische universiteitskliniek. Stokvis beproefde al snel de ‘psychosomatische’ therapieën die zij toepasten. Die bestonden uit somatische behandeling, vormen van psychotherapie zoals de cathartisch-analytische methode of hypnocatharsis, groeps-therapie, psycho- en sociodrama en eventueel maatschappelijk werk. Uit een onderzoek onder 113 patiënten met onder andere asthma bronchiale, ulcus pepticum, colitis ulcerosa en hypertensie zou zijn gebleken dat 60% zich ‘maatschappelijk verbeterd’ achtte, dat wil zeggen, beter in staat tot werken. Zij schreven dit toe aan de behandeling, blijkens hun antwoord op het item: ‘Ik kan u meedelen dat uw bemoeiingen 1. mij wel hebben geholpen 2. mij niet hebben geholpen 3. mij zieker hebben gemaakt’. Huisartsen oordeelden zuiniger over het resultaat bij hun patiënten: zij vonden dat slechts 50% was verbeterd [1957:1908-12].

De auteurs erkenden enkele zwakheden in het onderzoek. Zij hadden de patiënten achteraf over hun toestand vóór de behandeling gevraagd en hen bovendien niet vergeleken met een onbehandelde groep patiënten. Dat laatste vonden zij echter ethisch niet te verantwoorden zolang het centrum voldoende behandelcapaciteit had. Twee jaar later was de situatie veranderd: de gegevens van de 113 behandelde patiënten werden vergeleken met die van 132 onbehandelde patiënten [1959:1893-7]. Van de onbehandelde groep vond 53% dat zij waren verbeterd, en de behandelde en de onbehandelde groep verschilden nauwelijks, noch volgens de patiënten zelf, noch volgens hun huisarts.

De methodologie en de statistische bewerking waren niet erg indrukwekkend. Stokvis et al. waren wel zoekende naar betere empirische methoden en noemden ook de zwakke punten respectievelijk mogelijke verbeteringen van het onderzoek. Hoewel de resultaten teleurstelden, concludeerden de auteurs toch: ‘Het verrichte onderzoek vormt geen aanleiding tot herziening van het oordeel omtrent de gunstige resultaten van psychotherapeutische behandeling bij lijdende aan psychosomatische aandoeningen’.



Figuur 2.76
B.Stokvis.

In een laatste artikel gingen Stokvis en een medewerker opnieuw in op de specificiteitstheorie. Een ‘aantrekkelijke spectaculaire denkwijze’, maar ook een die tot eenzijdigheid had geleid. Zo was uit het zicht geraakt dat de persoonlijkheid van een zieke niet zozeer de *oorzaak*, maar het *product* van de ziekte kon zijn. Deze stelling werd onderzocht in *Een empirisch onderzoek naar de invloed van de ziekteduur op de persoonlijkheidsstructuur van astmalijders* [1963: 201-6]. Drie groepen astmapatiënten met verschillende ziekteduur werden vergeleken: kort (1-4 jaar), gemiddeld (5-7 jaar) en lang (8-11 jaar). De hypothesen luiden dat de groepen ander gedrag vertonen en dat er minder onderlinge variatie in gedrag optreedt naarmate de ziekte langer duurt. De middelste groep verschilde inderdaad van de eerste en de laatste groep; ze presteerde ook slechter op een intelligentietest. Echter, waarom was er geen verschil tussen de eerste en de laatste groep? De auteurs suggereerden dat astmapatiënten de eerste vijf jaar intellectueel en emotioneel sterk lijden onder hun toestand, maar zich daarna weten aan te passen. ‘De psychosomatische toestand is dus, zo bezien, een variabele toestand en niet een eindtoestand met statische kwaliteiten.’ De auteurs meenden ‘dat men in de psychosomatica ook het *vraagstuk van de verwerking van het ziek-zijn als zodanig centraal* zou moeten stellen.’ Er is sprake van een psychosomatische cirkelgang.

Twee brieven kritiseerden de onderzoeksopzet, de hypothesen en de statistische bewerking [1963:366-7 en 417]. De auteurs accepteerden een enkel kritiekpunt, maar maakten korte metten met de suggestie dat zij te veel van een vooropgezette mening waren uitgegaan: ‘Indien een onderzoeker wordt aangevallen op de hypothesen die hij stelt, wil dit ten hoogste zeggen dat de aanvaller een andere hypothese aanhangt. De empirie en de eerlijkheid van de onderzoeker zelf dienen te beslissen over het houdbaar zijn van de hypothese’ [1963:467].

Een zachte dood

Na de bloeiperiode van de psychosomatiek in de jaren vijftig en zestig verschenen in het Tijdschrift nog maar af en toe artikelen die het trefwoord ‘psychosomatisch’ kregen. Psychosomatisch was inmiddels hetzelfde geworden als ‘onbegrepen lichamelijke klachten’, zoals nerveus-functionele klachten in de huisartsenpraktijk [1984:1372-6], functionele buikklachten in een polikliniek [1987:2142-6], lichamelijke en psychische klachten van Nederlandse VN-militairen [1999:2557-62] of, een curiositeit, de ‘herdenkingsziekte’ die bepaalde mensen elk jaar begin mei leek te treffen [1973: 1313-5].

Vanaf 1974 verschenen over een periode van 20 jaar nog 3 historische artikelen over psychosomatiek, alle geschreven door de Leidse hoogleraar

Klinische Psychiatrie H.G.M.Rooijmans, die vanaf 1992 lid van de hoofdredactie zou zijn. Men kan ook zeggen dat hij de laatste nagels in de doodskist hamerde. In *Het begrip ‘specificiteit’ in de psychosomatische geneeskunde* constateerde Rooijmans dat de term zelden door auteurs was gedefinieerd en bovendien meerdere betekenissen kon hebben [1974:121-7]. Er was nooit een overtuigende samenhang tussen enige lichamelijke aandoening en enige psychische oorzaak gevonden. Uitgaande van de in 1974 beschikbare gegevens meende Rooijmans dat er soms typerende verbanden leken te bestaan, dat wil zeggen hoge correlaties tussen bepaalde psychologische variabelen en een bepaalde ziekte. Hij dacht aan de relatie tussen levensstijl – het zogenaamde type A-gedrag – en hartziekten, en aan het verband tussen ‘orale conflicten’ en maagzweren.

Negen jaar later stonden inmiddels ook die typerende verbanden op losse schroeven [1983:2337-8]. Dat lijders aan een als psychosomatische aangeduid ziektebeeld allemaal neurotisch zouden zijn, was achteraf waarschijnlijk toe te schrijven aan ‘sampling errors’ (vertekening door fouten in de samenstelling van de steekproef). Er was geen reden om een aparte groep psychosomatosen te onderscheiden, meende Rooijmans, maar de psychosomatiek als benaderingswijze bleef onverkort van grote betekenis. Hij schreef dit een jaar voor de ontdekking van de *Helicobacter*-bacterie, waarmee de jarenlange discussie over de psychische oorzaken van maagzweren in één klap was gesloten [zie bl. 76 e.v.].

Weer 11 jaar later kwam Rooijmans nog eenmaal terug op het begrip ‘specificiteit’ [1994:2611-4]. Stokvis had volgens hem achteraf gezien meer gelijk dan Groen: specificiteit bestond niet. In de officiële psychiatrische classificaties waren de ‘psychosomatosen’ inmiddels dan ook verdwenen of randverschijnselen geworden. Dat Groens visie dominant was geworden in Nederland was volgens Rooijmans waarschijnlijk toe te schrijven aan karakterverschillen tussen de twee: Stokvis was introvert en twijfelzuchtig, Groen stelliger en als begenadigd spreker een betere propagandist. Dit lijkt een aanvaardbare verklaring; Groen was ook een begenadigd auteur en zijn stukken zijn nog altijd lezenswaardig.

Dat deze historische terugblikken werden geschreven door Rooijmans was niet toevallig. Hij was als hoogleraar Klinische Psychiatrie in Leiden erfgenaam van zowel Stokvis als Groen. De Leidse psychiatrische kliniek herbergde, zoals gezegd, ooit het psychosomatische onderzoekscentrum van Carp en Stokvis. Carp werd opgevolgd door J.J.Bastiaans, afkomstig uit de onderzoeksgroep van Groen in Amsterdam. Na de dood van Stokvis werd Groen op diens lectoraat benoemd: ‘Amsterdam had Leiden overgenomen.’ Rooijmans is tevens de nestor van de liaisonpsychiatrie of consultatieve psychiatrie in Nederland, en in die zin heeft hij de psychosomatische benadering als methode behouden.

PSYCHIATRIE: IDENTITEITSVRAGEN

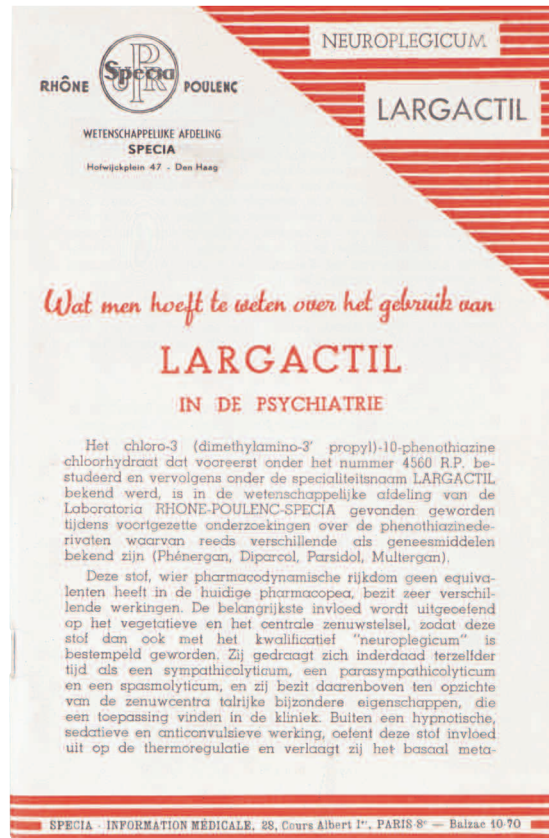
Psychiaters raakten in de jaren vijftig net als de eerder beschreven psychosomatici ontevreden over hun discipline. ‘Veel van onze hedendaagse psychiaters beschrijven, soms op dichterlijke wijze, vaak ook verhuuld in min of meer filosofische, duistere taal, de pathologische psychische verschijnselen, die zij bij hun patiënten waarnemen,’ schreef J.Booij, hoogleraar Psychiatrie aan de VU [1957:1869-72]. De psychiatrie was in transitie door de ontdekking van het eerste antipsychoticum in 1952, chloorpromazine (Largactil). Dit was als een enorme doorbraak ervaren en men zag hierna aanvankelijk het aantal opgenomen psychiatrische patiënten sterk dalen. Al snel werd echter de euforie getemperd en rezen vragen over wat de psychiatrie vermocht. Toch zag Booij grote mogelijkheden voor wat de farmacopsychiatrie werd genoemd.

Ook de sociale psychiatrie en de psychotherapie ontwikkelden zich en daar benadrukte men juist het verband tussen geestesziekten en sociale omstandigheden. Dit viel enigszins buiten het bereik van het Tijdschrift, dat vooral de ontwikkelingen volgde op psychofarmacologisch terrein. Desondanks kwam de afgelopen 50 jaar de ambivalente positie van de psychiatrie wel aan de orde. Was ze een medische of een menswetenschappelijke discipline? Wat was haar wetenschappelijke gehalte?

Farmacopsychiatrie

Chloorpromazine werd ontdekt tijdens proefnemingen met het antihistaminicum promethazine. Het bleek in hoge doseringen angsten, wanen en hallucinaties te dempen bij psychiatrische patiënten met uiteenlopende ziektebeelden. De naam Largactil werd dan ook afgeleid van ‘large action’ [figuur 2.77]. Ongeveer gelijktijdig bleek het middel reserpine, oorspronkelijk bedoeld als bloeddrukverlagend middel, effectief om de symptomen van schizofrenie te verlichten. Psychiaters sloegen enthousiast aan het experimenteren. In 1959 berichtten behandelaars uit de psychiatrische instelling Wolfheze over 5 jaar ervaring met chloorpromazine bij 223 schizofrene en psychotische patiënten. Bij 68% van de patiënten observeerde men ‘een aanzienlijke toeneming van de contactmogelijkheden en herkrijging van initiatief en geordende belangstelling en vermeerdering van de eigen activiteit, spontaniteit en tempo (...). Bepaalde patiënten die voordien langdurig (tot tien jaar) op andere wijze waren behandeld, konden nu de inrichting verlaten en een min of meer normaal leven leiden, hetgeen ons voorheen een volslagen onmogelijkheid toescheen’ [1959:2201-3].

Voor depressieve patiënten werden ook farmaca ontwikkeld. Een psychiater uit de Vogelenzangkliniek in Bennebroek berichtte over veelbelovende resultaten met pipradol en azacyclonol, maar noemde ook ernstige bijwer-

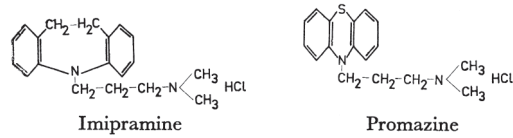


Figuur 2.77
Een gids voor de toepassingsmogelijkheden van het geneesmiddel Largactil in de psychiatrie (november 1954, Société Parisienne d'Expansion Chimique [S.P.E.C.I.A.] Rhône Poulenc, Parijs).

kingen zoals hartproblemen [1957:295-8]. Het Deltaziekenhuis te Rotterdam meldde later succes met imipramine, vooral bij 'involutie-depressies', en slechts lichte bijwerkingen [1960:815-9]. De waarnemingen berustten echter op kleine groepen, ongeveer 20 patiënten.

In 1961 waren er al zo'n 70 verschillende psychofarmaca beschikbaar. Individuele psychiaters konden onmogelijk met al die middelen betrouwbare ervaringen opdoen. De berichtgeving over bijwerkingen had onrust onder artsen veroorzaakt. De redactie wijdde er een redactionele kanttekening aan: 'Het maakt de indruk alsof alle juichkreten over de ontdekking dezer nieuwe geneesmiddelen gaandeweg zijn verstomd en hebben plaats gemaakt voor een ernstige bezorgdheid.' [1961:2217]. Daarom publiceerde het Tijdschrift in datzelfde nummer twee capita selecta. Eén over tranquilizers (geschreven als 'tranquilizers' [1961:2217-24]), de andere over de werkzaamheid van de verschillende groepen psychofarmaca die men op dat moment onderscheidde: neuroleptica (tegenwoordig antipsychotica), thymoleptica (antidepressiva), tranquillizers, psychotonica (ook wel stimulantia) en 'psychosomimetica' (hallucinogenen) zoals lsd [1961:2224-9]. Opvallend is dat bij de vroege artikelen vaak de chemische structuur van een middel werd afgebeeld, iets wat later verdween. Het gaf een vernis van

Figuur 2.78
De structuurformules van
imipramine en promazine.
[1960:816]



wetenschappelijkheid waar harde gegevens over behandelresultaten ontbraken: ‘Wij willen concluderen, dat de waarde van de psychopharmaca voor de psychiatrie nog steeds niet vaststaat.’ [figuur 2.78].

Die reserve uitte ook Booi in een klinische les [1961:158-61]. Zo was inmiddels vastgesteld dat de eerste, succesvolle resultaten met chloorpromazine en reserpine waren gemeld door slecht geoutilleerde en onderbezemste klinieken. Sociaal-psychiatrische maatregelen in andere klinieken zouden dezelfde verbetering van behandelresultaten hebben opgeleverd. Er waren vele schadelijke of vervelende bijverschijnselen duidelijk geworden. Drie jaar later ging Booi nog een stapje verder in *De desillusie der psychopharmaca* [1964:1629-36]. De gemiddelde opnameduur van psychotische patiënten was door de antipsychotica niet bekort. Waar dat wel zo was, bemerkte men snellere terugval. In Duitsland had men daarvoor de term ‘draaideurpsychiatrie’ geïntroduceerd. Het aantal geregistreerde psychofarmaca bleef inmiddels groeien: alleen al chloorpromazine verscheen onder 28 verschillende merknamen. De middelen werden toegediend op basis van symptomen, bij gebrek aan consensus over de ziekteleer. Was dat onaanvaardbaar in de rest van de medische wetenschap, schreef Booi, ‘in de psychiatrie is het echter mogelijk, voor deze wonderlijke vorm van therapie met succes propaganda te maken!’

Gedurende de jaren zestig is geen enkele auteur te betrappen op onbezonnen enthousiasme over de zegeningen van de medicijnen. Voorzichtigheid blijft geboden, zo is de strekking van artikelen en van de antwoorden op vragen over psychofarmaca (bijvoorbeeld over psychofarmacagebruik tijdens de zwangerschap [1961:178]). Het Tijdschrift stelde zich ten doel de ontwikkelingen over te brengen aan de praktiserende arts. Zo gaf het een overzicht van de bestaande middelen, in de vorm van een uitgebreide tabel met de generische namen en merknamen, chemische samenstelling, werking en bijwerkingen, gemiddelde dosering en receptuureenheden [1967:549-55].

Booi vroeg in 1968 aandacht voor een oude wijsheid: de invloed van de dokter op het therapeutisch proces. Dat gold volgens hem niet alleen in de psychotherapie, maar ook in de psychofarmacologie. Het beste psychofarmacon, zo citeerde hij anderen, was de dokter zelf [1968:1621-4]. In datzelfde jaar klonk evenwel voor het eerst weer enthousiasme, toen H.M. van Praag schreef over de opbrengst van 15 jaar nieuwe psychofarmaca [1968:1858-62]. Van Praag was een der eerste psychiaters die klinisch onderzoek naar psychofarmaca verrichtten, al vanaf eind jaren vijftig. Hij zou in 1971

Nederlands eerste hoogleraar Biologische Psychiatrie worden, in Groningen. Van Praag meende dat er grote vooruitgang was geboekt, al erkende hij dat men bij sommige aandoeningen, zoals dwangsyndromen, farmacotherapeutisch machteloos stond. De wildgroei aan farmaca weet hij aan gebrek aan onderzoek om de slechter werkzame uit het arsenaal te verwijderen: ‘Het klinische onderzoek van de psychopharmaca blijft bij hun aanwas ver ten achter.’

Van Praag leverde in de jaren zeventig verschillende bijdragen over psychofarmaca, vaak met richtlijnen voor de behandeling van bepaalde psychiatrische aandoeningen [1972:72-7; 1973:345-6 en 1694-701; 1977:533-40]. Toch toonde hij zich in vele van die artikelen uitdrukkelijk een aanhanger van het driedelige biopsychosociale model. In *De plaats van de biologische psychiatrie binnen de psychiatrische wetenschappen* legde hij uit wat biologische psychiatrie volgens hem betekende: dat ‘het complex van etiologische factoren zijn storende invloed op gedrag en beleven niet rechtstreeks kan doen gelden, doch uitsluitend via functieveranderingen in het centrale zenuwstelsel’ [1970:834-8]. Het ging bij psychiatrische behandeling dan ook niet om een keuze tussen psychofarmaca of psychotherapie, stelde Van Praag, want álle ziekmakende factoren moesten worden aangepakt: ‘Zelfs in een farmacotherapeutisch Eutopia zal psychotherapie derhalve niet kunnen worden gemist.’

Hij had de tijdgeest tegen. Onder de bevolking heerste inmiddels grote weerzin tegen pillen en de biologische psychiatrie. In een binnenlands bericht meldde het Tijdschrift in 1975 over een enquête onder psychiaters. Een conclusie luidde: ‘Vooral tegen uitsluitend medicamenteuze behandelingsvormen rijst verzet, soms in de vorm van een nadrukkelijke vraag om gesprekstherapie, soms door het abrupt weggooien van medicijnen. Voorlichting over het werkelijke nut van psychopharmaca vinden vele respondenten nodig; een TV-uitzending heeft onlangs ontredderende gevolgen gehad doordat vele patiënten er aanleiding in vonden hun medicijnen af te wijzen en alleen ten koste van veel moeite en aanzienlijk overwerk weer in evenwicht konden worden gebracht. Het publiek is zich ook meer bewust geworden van de medicamenteuze bijwerkingen en de psychiater krijgt op dit gebied meer vragen te beantwoorden’ [1975:417-8].

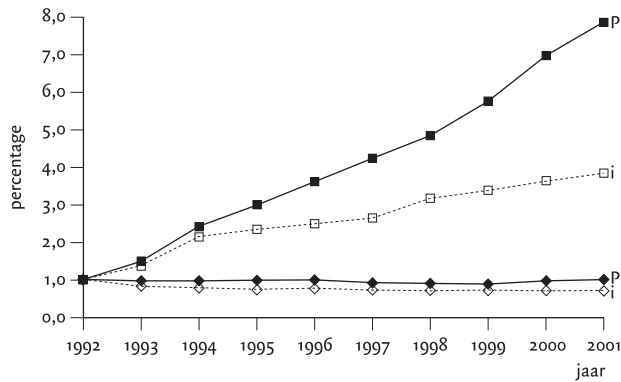
Sinds begin jaren zeventig domineerde het sociale model in de psychiatrie. In zijn radicaalste variant, de antipsychiatrie of kritische psychiatrie, was niet de patiënt ziek, maar de maatschappij. De psychotische patiënt was een ‘ziener’ die sociale misstanden aan de kaak stelde, de psychose een soort ontdekkingsreis en medicijnen daartegen een vorm van onderdrukking. Een boek dat dit uitdroeg, *Wie is van hout ...* van psychiater J. Foudraïne uit 1971, werd een bestseller. Van Praag verzette zich sterk tegen de antipsychiatrische uitgangspunten: ‘Iedere neiging tot monopolisering van de psychiatrie, iedere neiging die haar driedelige structuur aantast acht ik

gevaarlijk; des te meer als deze het risico meebrengt dat de psychiatrie wordt afgesneden van de rest van de geneeskunde' [1970:834-8]. Van Praag besprak dit nogmaals in *Pillen en praten: een schijntegenstelling in de psychiatrie* [1979:1557-62]. Omdat hij als een van de weinigen publiekelijk de discussie aanging met aanhangers van de kritische stroming, werd hij voor hen de verpersoonlijking van de inhumane, onderdrukkende psychiatrie.

Overigens was er nog een geruchtmakend psychiater die een psychofarmakon in psychotherapie toepaste, maar die heel anders werd gewaardeerd: de Leidse hoogleraar J.J. Bastiaans. Hij gebruikte sinds 1961 het hallucinogene lyserginezuurdi-ethylamide (Lsd) om bij getraumatiseerde oorlogsgetroffenen zoals concentratiekampslachtoffers verdrongen ervaringen en emoties te ontsluiten. Bastiaans werd op handen gedragen door patiënten en ondervond geen weerstand van de tegenbeweging. Wellicht kwam dit doordat hij zich geen biologisch psychiater noemde – hij kwam voort uit de psychosomatische school van J.J. Groen – en misschien ook doordat Lsd niet als symptoomonderdrukkend, maar geestesverruimend gold. Er is een beroemd geworden tv-documentaire aan zijn behandeling gewijd: *Begrijpt u nu waarom ik huil?* Van vakgenoten kreeg Bastiaans wel kritiek. Psychiaters hadden aanvankelijk geïnteresseerd gekeken naar experimenten met hallucinogenen, die de sleutel leken te vormen om de oorzaken van psychosen en schizofrenie te begrijpen [1957:1869-72; 1966:999-1004]. Echter, de potentiële gevolgen van Lsd-gebruik, zoals langdurige psychosen en depressies, vonden velen te ernstig [1968:2-7, 325-7, 420-1 en 1621-4; 1970:73 en 723-7]. Van Praag nam het op voor de hallucinogenen, maar niet voor Bastiaans. 'Omtrent hun waarde voor de psychotherapie zijn wij nog onvoldoende geïnformeerd.' [1968:1985-9]. Het Tijdschrift publiceerde ondanks alle kritiek nog in 1974 een hoofdartikel van de hand van Bastiaans: *Het KZ-syndroom en de menselijke vrijheid* [1974:1173-8].

Terugkerend naar de antipsychiatrie: die leverde in de klinieken inmiddels weinig resultaat op. De eerste cliëntenorganisaties 'nieuwe stijl' die halverwege de jaren tachtig werden opgericht, lotgenotengroepen voor bijvoorbeeld depressieve patiënten of familieleden van schizofrene mensen, stonden aan de wieg van een terugkeer naar het medisch model en de biologische psychiatrie. Zij meenden dat zij of hun familieleden wel degelijk aan een ziekte leden die behandeld moest worden, eventueel met psychofarmaca, ondanks de bijwerkingen.

Over die vaak niet geringe bijwerkingen is veel in het Tijdschrift te vinden. *Epileptische insulten tijdens behandeling met tricyclische anti-depressiva* [1968:2153], *Vetzucht bij gebruikers van antipsychotica* [1980:519] of *Antipsychotica als oorzaak van diepe hypothermie* [2003:1201-4]. Naast de psychiaters werden de huisartsen belangrijke voorschrijvers, met name van antidepressiva [1996:2131-4]. Deze werden mettertijd vaker en aan meer groepen voorgeschre-



Figuur 2.79
Het aantal gebruikers per 1000 personen (prevalentie; p) en het aantal nieuwe gebruikers (incidentie; i) van selectieve serotonineheropnameremmers (—■—, -□-) en tricyclische antidepressiva (—◆—, -◇-) in 1992-2001; de cijfers van 1992 dienen als referentiewaarde. [2005:709]

ven, bijvoorbeeld aan kinderen. Het droeg aan deze ontwikkelingen bij dat begin jaren tachtig een moderne generatie antidepressiva werd geïntroduceerd, de selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's). Tussen 1991 en 2001 steeg zowel de prevalentie als de incidentie van het gebruik van SSRI's [2005:708-11]; [figuur 2.79].

Daartegen rees verzet van psychiaters zelf. Sinds eind jaren tachtig was bekend dat tricyclische antidepressiva en sommige SSRI's bij jeugdigen niet beter werken dan placebo [1989:252-6]. Toch stonden de registratie-autoriteiten gebruik door kinderen toe. In 2005 bleek uit buitenlandse publicaties dat een farmaceutisch bedrijf jarenlang onderzoeksgegevens had verdoezeld over de mogelijk ernstige gevolgen voor kinderen, zoals het toenemend risico op suïcidaal gedrag. De Leidse hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie Ph.D.A. Treffers ontketende een media-offensief door hierover enkele artikelen in vakbladen te publiceren. In het Tijdschrift schreef hij met mw.M.A.W.Rinne-Albers een publicatie getiteld *Geen plaats voor selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) bij depressieve kinderen en adolescenten* [2005:1314-7]. Dit was de enig mogelijke conclusie wanneer de gegevens uit ongepubliceerd onderzoek bij de bekende gegevens werden gevoegd. Voor angststoornissen en obsessief-compulsieve stoornissen bestond er geen contra-indicatie, benadrukten de auteurs. Toch meenden zij dat ook bij deze aandoeningen eerst niet-medicinale behandelingen moesten worden geprobeerd. De auteurs zetten ook de farmaceutische industrie in de beklagenbank, zoals uitvoeriger aan de orde zal komen op bladzijde 184 e.v.

De biologische belofte is nooit helemaal ingelost. De titel van een recente meta-analyse van ruim 1000 gerandomiseerde klinische trials naar de werkzaamheid van antidepressiva spreekt boekdelen: *Gebrek aan bewijs bij de behandeling van belangrijke vormen van depressie* [2005:1498-501].

Het Tijdschrift volgde ten opzichte van psychofarmaca niet de waan van de dag. Gedurende de jaren zestig toonde het zich voorzichtig en kritisch. In de hoogtijdagen van de antipsychiatrie, grofweg jaren zeventig, bleef het

oog houden voor zowel de gunstige als ongunstige kanten van psychofarmaca. En toen de samenleving psychofarmaca weer klakkeloos leek te accepteren, bood het Tijdschrift een forum voor kritiek. Deze houding gold overigens de farmacotherapie in het algemeen [zie bl. 184 e.v.].

Identiteitsvragen

Zoals gezegd, werd in de jaren zeventig het sociale model dominant in de psychiatrie. De psychiatrie kwam onder vuur te liggen in eigen kring, en in de geestelijke gezondheidszorg als geheel werden autoriteit, kennis en kunde van de psychiater aangevochten door psychologen en maatschappelijk werkers die zich tot psychotherapeuten omschoolden. Artsen uit andere vakgebieden betwijfelden inmiddels of de psychiatrie wel een medische discipline was. Ten laatste keerde de maatschappij als geheel zich tegen de psychiatrie vanwege voortdurende berichten over wanpraktijken in psychiatrische ziekenhuizen. In het Tijdschrift is iets zichtbaar van de identiteitsvragen die zich als gevolg hiervan opdrongen. Wat was eigenlijk de unieke kennis of kunde van psychiaters? Droegen zij iets bij aan de kennis over en behandeling van patiënten?

In *Om het behoud van een wetenschappelijke psychiatrie* beschreef de Gentse hoogleraar E. Verbeek de verwarring [1977:1357-66]. De jonge generatie psychiaters toonde minachting voor bestaande kennis, wees het medisch model af, erkende geen ziektebeelden, voerde politieke in plaats van medische discussies, verzette zich tegen autoriteit, en nog zo wat. Verbeek bracht de socioloog Weber in stelling, die meende dat elke discipline haar eigen grondslagen en methoden heeft. De psychiatrie kan die dus niet straffeloos uit bijvoorbeeld de sociologie overnemen. Metaforisch gesteld: 'Een landschap betekent iets geheel anders voor een geoloog of een bioloog (...). Hun wijzen van benadering van dat landschap zijn onderling essentieel anders.' Dat levert nu juist kennis op die elkaar kan aanvullen, aldus Verbeek, maar dan moet de wetenschappelijke houding niet worden beïnvloed door politieke, sociale of religieuze elementen. De psychiater is geen wereldhervormer: 'Psychiatrie blijft tenslotte een geneeskunde van individuen en niet van gemeenschappen.'

Voor Van Praag was de plaats van de psychiatrie binnen de geneeskunde vanzelfsprekend, ook al bepleitte hij samenwerking met specialisten uit de psychologie en de biologie. 'Gesteld wordt: niét dat gedragsstoornissen hersenziekten zijn; wél dat ziekmakende factoren het gedrag niet rechtstreeks beïnvloeden, doch door middel van wijzigingen in de functie van het centrale zenuwstelsel. De hersenen vervullen, in deze zienswijze, de functie van intermediair' [1970:834-8]. Dat was in zijn opvatting dan ook het gebied waarop de psychiater specifieke kennis en kunde bezat.

Rooijmans bewandelde enkele jaren later een andere weg. Bij somatische ziekten komen veel psychiatrische stoornissen voor en omgekeerd ook. In

Psychiatrie als medisch specialisme, I en II zag Rooijmans overeenkomsten tussen de psychiatrie en de overige geneeskunde bij algemene diagnostische en therapeutische problemen [1979:380-3 en 411-6]. De grens tussen ziek en gezond is in de psychiatrie moeilijk te trekken; er is geen afkapwaarde. Er bestaat de neiging tot ‘verpsychiatrisering’ van problemen. Bij het eerste contact met een psychiater worden weinig mensen direct of volledig gezond verklaard, maar bij veel somatische aandoeningen wordt (arbitrair) een afkapwaarde afgesproken. De psychiatrie moet van de andere medische disciplines leren zich meer op duidelijke definities en diagnostische criteria te baseren. Omgekeerd kan de somatische geneeskunde van de psychiatrie leren dat verschijnselen in het licht van iemands levensverhaal moeten worden geplaatst en dat een goede arts-patiëntrelatie van belang is voor het therapeutisch proces. ‘(...) [het] uit elkaar drijven van de psychiatrie en de rest van de geneeskunde is uitermate nadelig voor de psychiatrie, en nadelig voor de overige medische vakken.’

Hij zou er in 1983 nogmaals over schrijven [1983:2323-7 en 2327-31]. Daarmee was hierover weliswaar het laatste woord gesproken in het Tijdschrift, maar de identiteit van de psychiater zou de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie nog jarenlang blijven bezighouden.

Wetenschappelijkheid

Bij de vraag of de psychiatrie een medische discipline was, speelde ook een rol dat men haar wetenschappelijke gehalte laag achtte. Inderdaad liet de psychiatrie het empirisch onderzoek lang links liggen. Nieuwe systemen, waarvan de ‘Diagnostic and statistical manual of mental disorders’ (DSM) na 1980 het breedst aanvaard werd, legden de basis voor standaardisering van classificatie en diagnose. Dat bood de mogelijkheid van vergelijkbare patiëntengroepen en van onderzoeksgegevens. Toch vroeg Rooijmans zich in 1992 nog af waarom de psychiatrie als geheel zo achterliep op de rest van de geneeskunde in wetenschappelijk onderzoek en kwaliteitsbevorderend handelen: ‘(...) niet alleen met consensusbesprekingen en invoering van behandelprotocollen, maar ook met het gebruik in de dagelijkse klinische praktijk van (wel beschikbare) klinimetrische instrumenten (beoordelingschalen, vragenlijsten)?’ [1992:1635-6].

Men had geen idee over de prevalentie van psychiatrische aandoeningen. Er bestonden geen deugdelijke epidemiologische gegevens en menigeen vond die ook irrelevant voor de behandelpraktijk. Er was één psychiater die het belang ervan vroeg inzag en de daad bij het woord voegde: R. Giel, die later hoogleraar Sociale Psychiatrie in Groningen zou worden. In 1971 rapporteerde hij in het Tijdschrift over het eerste psychiatrisch-epidemiologische onderzoek in Nederland, door hem uitgevoerd in het dorp Stolwijk [1971:949-54]. Van de bevolking boven de 15 jaar zou 13% aan een of andere psychische stoornis lijden.

	GESLACHT		LEEFTIJD		HUWELIJKE STAAT		BEROEP		SCHOLING		HUISSHOUDEN		SPANNING IN WERK		ORGANISCHE AANDOENING		DOKTERSBEZOEK		SYMPTOOMSCORE		FUNCTIESCORE		PSYCHISCHE STOORNIS		
LEEFTIJD	0	1																							
HUWELIJKE STAAT	0	1																							
BEROEP	1																								
SCHOLING	0	1	1	1																					
HUISSHOUDEN	1	1							1																
SPANNING IN WERK	0	0	0	1	0	0																			
ORGANISCHE AANDOENING	0	1	0	1	1	0	0																		
DOKTERSBEZOEK	0	1	1	0	1	1	1	1																	
SYMPTOOMSCORE	0	0	1	0	0	0	1	0	1																
FUNCTIESCORE	0	0	1	0	1	0	1	1	1																
PSYCHISCHE STOORNIS	0	0	0	0	0	0	1	0	1																

Figuur 2.80

De significante verbanden (chi-kwadraat-toets) tussen de verschillende variabelen. Leeg = geen correlatie berekend; 0 = geen significante correlatie; 1 = significante correlatie (met een toevalskans kleiner dan 1 op 20). [1971:95]

Figuur 2.81
[1997:2455]

TABEL 2. Psychiatrische comorbiditeit in een steekproef van 7076 volwassenen (18-64 jaar) in Nederland, 1996, onderverdeeld naar prevalentie ooit in het leven (tot het moment van het interview) en in de voorgaande 12 maanden (12 m)*

	prevalentiepercentage					
	mannen		vrouwen		totaal	
	ooit	12 m	ooit	12 m	ooit	12 m
tenminste 1 DSM-III-R-diagnose	42,5	23,2	39,9	23,3	41,2	23,3
1 diagnose	27,4	17,3	18,3	13,3	22,9	15,3
2 diagnoses	8,2	3,4	10,4	5,5	9,3	4,4
3 diagnoses	3,6	1,2	5,3	2,6	4,5	1,9
4 diagnoses	3,3	1,5	6,1	2,2	4,7	1,9

DSM-III-R = *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3e herziene druk.¹
*In de steekproef waren 46,7% mannen en 53,3% vrouwen.⁵

De publicatie verduidelijkt de huidige lezer vooral hoe ingewikkeld een epidemiologisch onderzoek was in deze methodologische en statistische middeleeuwen [figuur 2.80]. Dat verheelden de auteurs ook niet. Er was heel wat gerekend met een behoorlijk aantal variabelen, maar verfijnder methoden dan de Chi-kwadraattoets waren niet voorhanden. Het is nauwelijks meer voorstelbaar hoe alle berekeningen in dit precomputertijdperk zijn uitgevoerd. Ook valt het ontbreken van duidelijke diagnostische criteria op. Twee psychiaters ondervroegen mensen met een vragenlijst op demografische kenmerken, ziektesymptomen en 'gewoonten en gedragvormen met psychopathologische betekenis (...): tics, stotteren, nagelbijten, bedwateren, dromen, drankmisbruik, prikkelbaarheid, moeite met het vertellen van de waarheid (...)', en aanpassing in werk, in gezin, in sociaal en in seksueel opzicht.

De bevindingen werden vergeleken met die van onderzoek dat Giel had uitgevoerd in een stad en een dorpje in Ethiopië, waar hij tropenarts was geweest. Hierover had hij eerder verslag gedaan [1968:1164-8]. Hij vond weinig significante verschillen; psychische problemen leken universeel. Giel was niet alleen de grondlegger van de psychiatrische epidemiologie, maar ook van de transculturele psychiatrie in Nederland.

Midden jaren negentig werd het eerste representatieve psychiatrisch-epidemiologische onderzoek onder de Nederlandse bevolking uitgevoerd, de 'Netherlands mental health survey and incidence study' (NEMESIS). Dit werd niet door psychiaters verricht, maar door het Trimbos-instituut. Het Tijdschrift publiceerde de eerste rapportages [1997:2448-52 en 2453-60]. Enkele opmerkelijke resultaten: van de Nederlandse bevolking van 18-64 jaar had 41% ooit in het leven tenminste één psychische stoornis doorgeemaakt; in de laatste 12 maanden was dat ruim 23% [figuur 2.81].

Onderzoek van kinderen en jongeren vergt een andere opzet en andere diagnostiek dan van volwassenen. Daar hield F.C.Verhulst, hoogleraar Kinderpsychiatrie te Rotterdam, zich mee bezig. Hij publiceerde 3 keer over een prospectief observationeel follow-uponderzoek bij een grote groep Zuid-Hollandse kinderen [1986:2036-40; 1988:2102-5; 1996:1272-6]. De eerste studie, uitgevoerd in 1983, betrof kinderen van 4-16 jaar. De prevalentie van matige of ernstige stoornissen gezamenlijk was 26%; 7% was ernstig gestoord en van hen kreeg slechts 2% hulp. Er was geen sekseverschil in aantallen problemen, wel in soort: jongens toonden vaker ongewenst gedrag en leerproblemen, meisjes vaker geïnternaliseerde problemen zoals angst en verlegenheid.

Twee jaar later had ruim de helft van de kinderen nog steeds aanzienlijke problemen, was 5% duidelijk verbeterd en omgekeerd was 2% van de goed functionerende kinderen in de groep met stoornissen terechtgekomen. De groep die in het eerste onderzoek 13 tot 16 jaar was, werd 8 jaar later als jongvolwassenen opnieuw onderzocht. Bijna 40% was sterk verbeterd, maar ruim een kwart had nog aanzienlijke problemen. Bepaalde puberteitsproblemen, zoals een hoge score op de schaal ‘angstig/depressief’, bleken psychische problemen in de jongvolwassenheid te voorspellen. In elk geval, concludeerden de auteurs, dienden ‘problemen tijdens de puberteit niet (...) te lichtzinnig te worden afgedaan met de opmerking: “het is de puberteit”.’ [figuur 2.82]

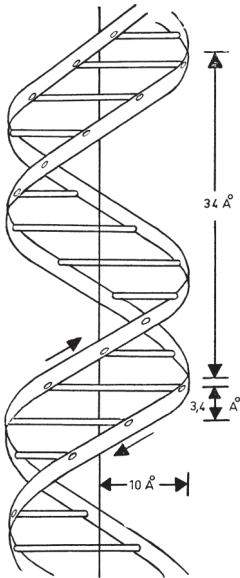
Het maakte overigens wel uit of louter symptomen werden geïnventariseerd volgens de DSM-classificatie of dat ook de mate van belemmering in het dagelijks functioneren werd meegewogen. In het eerste geval zou 35% van de adolescenten een of meer psychiatrische stoornissen hebben, in het laatste 4,8%: nog altijd ruimte voor interpretatie dus. Ook is er nog altijd onduidelijkheid over de oorzaken van psychische stoornissen en is er nog weinig *cure*, zij het wel iets betere *care*. Toch zien wij een aanzienlijke stap vooruit in kennis ten opzichte van de dichtertelijke beschrijvingen waarover Boij zich in 1957 beklaagde.

TABEL 1. Verband tussen emotionele problemen en gedragsproblemen bij 459 21-24-jarigen en problemen 8 jaar eerder

afwijkende score		odds ratio (95%-BI)
1991†	1983‡	
teruggetrokken	teruggetrokken	3,3 (1,8-6,1)
somatische klachten	somatische klachten	2,3 (1,2-4,3)
	sociale problemen	2,1 (1,0-4,4)
angstig/depressief	somatische klachten	2,7 (1,4-5,2)
	angstig/depressief	3,0 (1,5-6,2)
sociale problemen	delinquent gedrag	2,6 (1,3-5,2)
denkproblemen	agressief gedrag	3,0 (1,5-5,8)
aandachtproblemen	angstig/depressief	2,2 (1,0-4,5)
delinquent gedrag	vrouwelijk geslacht	0,5 (0,3-1,0)
agressief gedrag	agressief gedrag	3,0 (1,5-6,1)

95%-BI = 95%-betrouwbaarheidsinterval; df = aantal vrijheidsgraden.

Figuur 2.82
[1996:1274]



Figuur 2.83
Structuurmodel van
desoxyribonucleïnezuur.
De beide spiralen stellen de
fosfordesoxyribosketens voor.
De horizontale lijnen zijn
paren van stikstofbasen.
[1960:2245]

Ten tijde van de oprichting van het NTvG deed Mendel zijn proeven en schreef Darwin aan *The Origin of Species*. De eerste 100 jaar hebben hun ontdekkingen weinig invloed op de praktijk van de geneeskunde gehad. Tot 1961 publiceert het Tijdschrift verslagen van vergaderingen van de Nederlandse Anthropogenetische Vereniging, maar de besproken onderwerpen betreffen meestal zeldzame (stofwisselings)ziekten en trekken verder weinig aandacht. In de voorjaarsvergadering van 1960 wordt meegedeeld dat het aantal chromosomen van de mens niet 48 maar 46 bedraagt, hoewel er bij Japanners nog wel 48 of 47 worden gevonden [1960:2024].

Het nieuws van de opheldering van de DNA-structuur in 1953 door Watson en Crick komt niet met grote koppen in het Tijdschrift. Het eerste plaatje van de nu zo bekende wenteltrap staat in *Een luchtige inleiding op een artsenreünie ter gelegenheid van de verjaardag van een hunner* [1960:2242-6]; [figuur 2.83]. In 1962 wordt de Nobelprijs voor Geneeskunde en Fysiologie toegekend aan Wilkins, Watson en Crick en het Tijdschrift besteedt daar aandacht aan onder de titel *Nobelprijzen voor grondleggers van de moleculaire genetica* [1963:706-8]. Het commentaar eindigt met: 'Het model van Watson en Crick, dat op het fundamentele röntgenanalytisch onderzoek van Wilkins werd gebaseerd, is van revolutionaire betekenis gebleken voor de interpretatie van de drie kenmerkende eigenschappen van het genetisch materiaal: replicatie, mutatie en genfunctie.' Het woord 'kliniek' ontbreekt in deze beschouwing. Er waren een paar decennia van fundamenteel laboratorium-onderzoek nodig voordat deze nieuwe kennis in de praktijk kon worden toegepast.

Laboratorium

Eind jaren zestig werd in de Verenigde Staten de recombinant-DNA-techniek ontwikkeld. Daarmee is het onder andere mogelijk genen te isoleren en eiwitten zoals insuline en stollingsfactoren in vitro te produceren. In Nederland kan dit DNA-onderzoek de eerste jaren alleen onder beperkende voorwaarden plaatsvinden. De angst bestaat dat bacteriën gevaarlijke eigenschappen krijgen wanneer vreemd genetisch materiaal wordt ingebracht. De overheid maant de verantwoordelijke instanties zoals universiteitsbesturen om de grootst mogelijke terughoudendheid te betrachten. P.Borst, hoogleraar Biochemie in Amsterdam, noemt deze voorlopige beleidsconclusies van 3 excellenties en 2 staatssecretarissen warrig, onduidelijk en slecht doordacht [1978:824-8]. Hij relativeert de potentiële gevaren en pleit voor meer ruimte voor onderzoekers [1978:1801-8]. In de jaren daarop neemt het onderzoek een grote vlucht en komen klinische toepassingen in zicht. Teksten van een symposium over *Recombinant-DNA en geneeskunde* geven een overzicht van de mogelijkheden [1985:1775-83].

TABEL I. Activiteiten in de 7 Nederlandse klinisch-genetische centra en de in Rotterdam gevonden afwijkingen (1996)

activiteit	aantal onderzochten		
	Nederland*	Rotterdam	
		n	gevonden afwijkingen (in %)
postnataal chromosoomonderzoek	13 335	2 490	15
biochemische diagnostiek van erfelijke stofwisselingsziekten			
metabolieten in bloed/urine	7 025	985	3
enzymen/eiwitten in celmateriaal	2 615	410	14
postnatale DNA-diagnostiek	12 320	2 050	12
invasieve prenatale diagnostiek (70% vruchtwaterpunctie, 30% chorionbiopsie)			
chromosoomanalyse	12 450	2 560	3
biochemische analyse	91	91†	23
DNA-analyse	300	41	29
prenataal ultrageluidsonderzoek bij			
herhalingsrisico aangeboren misvorming	5 310	860	4
vermoeden foetale afwijking elders	3 435	550	42
erfelijkeadviesgeving in complexe situaties	6 315	985	75 (verhoogd risico)
totaal	63 105	11 022	

Figuur 2.84
[1997:2381]

*Gezamenlijke gegevens van de klinisch-genetische centra in Amsterdam, Groningen, Leiden, Maastricht, Nijmegen, Rotterdam en Utrecht.

†Voor de prenatale biochemische diagnostiek en de daarmee verbonden celbank is Rotterdam landelijk centrum.

Klinische genetica

In Nederland is de Rotterdamse hoogleraar H. Galjaard jarenlang de toonaangevende en spraakmakende vertegenwoordiger van de klinische genetica. In 1997 schrijft hij een viertal *capita selecta* over de klinische genetica in Nederland en toekomstige ontwikkelingen in het erfelijkheidsonderzoek [1997:2380-5; 2386-91; 2432-7 en 2438-43]. Op dat moment zijn in Nederland 7 klinisch-genetische centra die in 1996 circa 63.000 personen onderzochten. De activiteiten in deze centra bestaan uit chromosoomonderzoek, biochemische diagnostiek van erfelijke stofwisselingsziekten, DNA-diagnostiek en prenatale echografie, een en ander in het kader van genetische counseling en prenatale diagnostiek [figuur 2.84]. De vruchtwaterpuncties worden rond de 16e zwangerschapsweek verricht en de chorionbiopsieën omstreeks de 11e week. Bij de prenatale diagnostiek gaat het meestal om foetaal chromosoomonderzoek bij zwangeren van 36 jaar en ouder in verband met het downsyndroom. De pre-implantatiediagnostiek na invitro-fertilisatie (ivf) is in Maastricht gecentreerd en zal volgens Galjaard geen grote vlucht nemen. De 80.000-100.000 genen van de mens – een getal dat

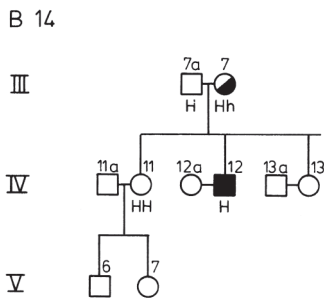
later sterk naar beneden is bijgesteld – zullen op korte termijn in kaart worden gebracht. De aandacht in het erfelijkheidsonderzoek zal verschuiven van zeldzame monogene ziekten naar genetische risicofactoren van ziekten die veel op volwassen leeftijd voorkomen. Terwijl bij monogene ziekten praktisch met zekerheid een uitslag kan worden gegeven, gaat het bij multifactoriële aandoeningen over kansberekening. De nieuwe mogelijkheden van de klinische genetica hebben grote maatschappelijke en psychologische gevolgen voor de betrokkenen, aldus Galjaard in 1997.

Koppelingsonderzoek

Voordat Galjaard deze overzichtsartikelen schreef, was er heel wat onderzoek verricht, ook in Nederland. De recombinant-DNA-methode maakte het mogelijk betrouwbare uitspraken te doen over dragerschap van een erfelijke aandoening, ook zonder de mogelijkheid het oorzakelijke gen aan te tonen. Wanneer de plaats van het bewuste gen op het chromosoom bekend is, kunnen kenmerken van nabijgelegen stukjes DNA worden gebruikt om de aanwezigheid van het gen aannemelijk te maken. Met behulp van zogenaamde restrictie-enzymen wordt DNA geknipt, waardoor fragmenten van verschillende lengte ontstaan. Hiermee kan polymorfisme worden aangetoond in de nucleotidesequenties en daarmee ook het gen, op grond van koppeling tussen beide.

Uit Leiden verschenen in 1985 de eerste artikelen in het Tijdschrift over de toepassing van dit koppelingsonderzoek met restrictiefragmentlengtepolymorfisme (RFLP). Onderzoek werd gedaan naar dragerschap van spierdystrofie van Duchenne en hemofilie B, beide geslachtsgebonden aandoeningen. Bij de spierdystrofie kon met 4 zogenaamde DNA-probes een uitspraak met een betrouwbaarheid van 97% worden gedaan bij 51% van de mogelijke dragsters [1985:1137-41]. Onderzoek bij 10 mogelijke dragsters van hemofilie B gaf als resultaat: dragerschap vastgesteld bij 1, uitgesloten bij 6 en geen zekerheid bij de overige 3 [1985:1141-5]; [figuur 2.85].

De volwassen vorm van cystenieren is een autosomaal dominante aandoening die zich vaak pas manifesteert als de patiënt al kinderen heeft. Leidse onderzoekers konden het gen lokaliseren op de korte arm van chromosoom 16 en vonden een nauwe koppeling tussen dit gen en een hypervariabele regio. Hierdoor wordt het mogelijk koppelingsonderzoek te doen en daarmee de diagnose te stellen voordat de aandoening manifest wordt [1986:689-92]. In Leiden werd in 1987 presymptomatisch DNA-onderzoek gestart bij chorea van Huntington [1990:704-7], evenals cystenieren een autosomaal dominante aandoening. Deze ziekte openbaart zich meestal tussen het 30e en 50e levensjaar en er bestaat geen curatieve therapie voor. Bij 27 personen met 25 of 50% risico werd een presymptomatische test

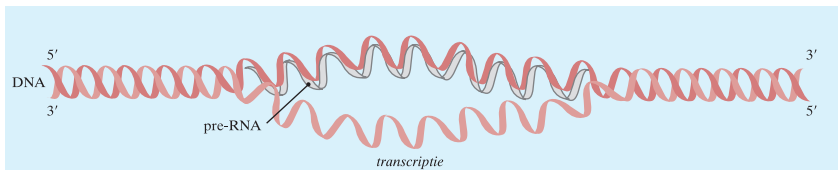


Figuur 2.85
Het aantonen van dragerschap met behulp van RFLP. Het abnormale factor IX-gen van de patiënt (IV-12) wordt gekenmerkt door een fragment van 1,8 kb: H. De moeder, III-7, die obligate draagster is omdat haar zoon en enige neven aan hemofilie lijden, is heterozygoot Hh. De dochter, IV-11, is homozygoot voor H en moet dus het abnormale factor IX-gen hebben geërfd. □ = man zonder hemofilie; ■ = man met hemofilie; ○ = vrouw; ◐ = obligate draagster. [1985:1142]

gedaan. In 8 gevallen werd een verhoogd en 17 maal een verlaagd risico gevonden; er waren 2 niet-informatieve uitslagen. Ook bij autosomaal recessieve aandoeningen is RFLP-analyse bruikbaar om een uitspraak te doen over eventueel dragerschap. Maastrichtse onderzoekers toonden dit aan voor fenylketonurie [1990:1954-8]. Van de 10 bestudeerde families kon er bij 8 volledig uitsluitel worden gegeven betreffende het draagsterschap.

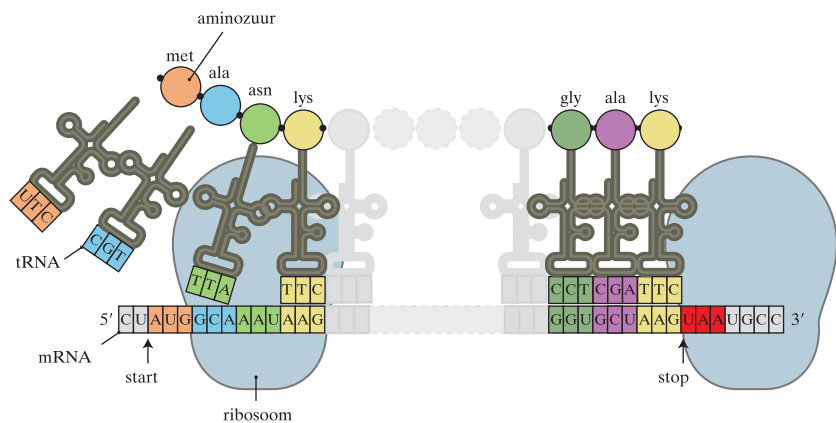
Zieke genen in kaart

In de jaren negentig is het mogelijk geworden de aminozuursamenstelling van genen te bepalen en eventuele mutaties daarin aan te tonen. Voordat in 2001 de bijna complete kaart van het DNA van de mens werd gepubliceerd, waren al talrijke artikelen verschenen over het isoleren en karakteriseren van ziekmakende genen. De uitkomsten van dit onderzoek worden sinds 2000 samengevat in afleveringen van de serie *Van gen naar ziekte* [2001:1724-5]. Daarbij wordt ruim gebruik gemaakt van illustraties om de vaak ingewikkelde processen te verduidelijken [figuur 2.86 en 2.87]. De gemiddelde lezer zal de stukken over aandoeningen zoals epidermiolysis bullosa, hyper-IgM-syndroom, α_1 -antitrypsinedeficiëntie, ziekte van Wilson, ataxia teleangiectasia, fanconi-anemie, cystinurie en nagel-patellasyndroom niet van A tot Z hebben gelezen vanwege de zeldzaamheid van de afwijkingen. Daarentegen heeft een mutatie in stollingsfactor V veel aandacht getrokken. In 1994



Figuur 2.86
In het proces van DNA naar eiwit wordt in de celkern eerst een preRNA gevormd via transcriptie, waarbij de dubbele DNA-streng uiteenwijkt en een streng wordt overgeschreven in RNA. [2000:1726]

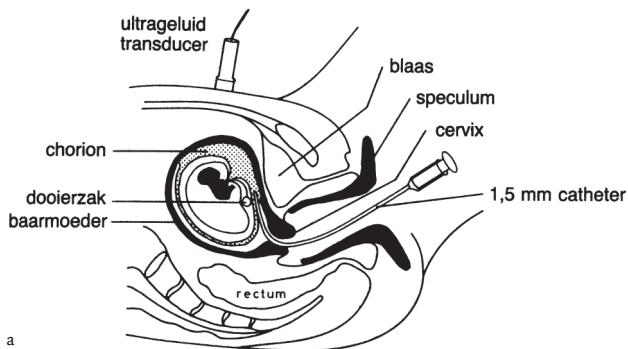
Figuur 2.87
Translatie van 'messenger'-RNA (mRNA) in eiwit in cytoplasma aan ribosomen. [2000:1727]



publiceerde de Leidse arts-epidemioloog F.R. Rosendaal het artikel *Onlangs ontdekte frequente oorzaak van veneuze trombose: factor V Leiden, een gemuteerde factor V, resistent tegen inactivering door proteïne C* [1994:1944-8]. De mutatie betreft de vervanging van een guanine door een adenosine met als gevolg in factor V vervanging van een arginine- door een glutaminemolecuul. Deze mutatie komt bij 1-8% van de bevolking voor en vergroot de kans op trombose bij aanwezigheid van andere bevorderende factoren zoals orale anti-conceptie [zie ook bl. 87 e.v.].

Prenatale diagnostiek

In 1984 publiceerden Rotterdamse onderzoekers, onder wie Galjaard, *Eerste ervaringen met prenatale diagnostiek van aangeboren afwijkingen in de 8e-ge week van de zwangerschap door onderzoek van chorionvlokken* [1984:436-42]. Eerst werd chorionweefsel geaspireerd bij 83 vrouwen die op sociale indicatie voor abortus in aanmerking kwamen [figuur 2.88]. Verschillende methoden voor chromosoomonderzoek en biochemische bepalingsmethoden werden getest. Daarna werd onderzoek gedaan bij 21 zwangeren met een verhoogde kans op een aandoening van de vrucht. Vier zwangerschappen werden op grond van de prenatale diagnose afgebroken. Verder onderzoek is nodig. 'De vele voordelen rechtvaardigen het naar onze mening echter, dat reeds thans echtparen met een relatief hoog genetisch risico worden gewezen op deze nieuwe methode van prenatale diagnostiek, die inmiddels door de betrokkenen als "vlokkentest" is bestempeld.' Een jaar later is de conclusie dat de vlokkentest het vruchtwateronderzoek grotendeels zal kunnen vervangen. DNA-onderzoek maakt het mogelijk een aandoening als spierdystrofie van Duchenne aan te tonen [1985:1968-74]. Met DNA-analyse kan ook de diagnose 'cystische fibrose' prenataal worden gesteld.



Figuur 2.88
(a) Schematische voorstelling van het afnemen van chorionvlokken;
(b) echografisch beeld in de 8e week; dooierzak (pijl) en plaats van afnemen in het chorion frondosum (asterisk).
[1984:437]

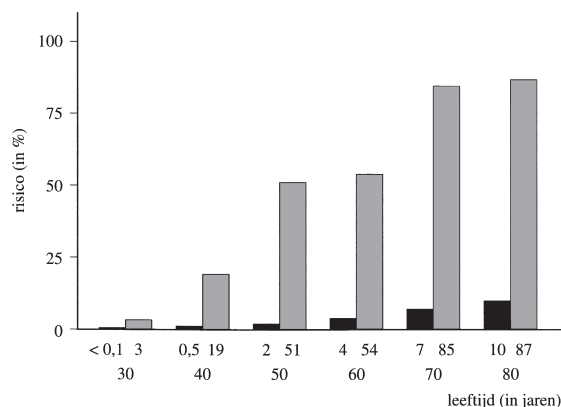
Als vervolg op ervaringen met vruchtwaterpunctie en vlokcentest verscheen in 1998 uit Maastricht de klinische les *Genetische diagnostiek bij IVF-embryo's: eerste ervaringen met 'preïmplantiatiegenetische diagnostiek' in Nederland* [1998:2441-4]. Op de 3e dag na ivf worden 1 of 2 cellen uit het embryo verwijderd en onderzocht op chromosoom- of DNA-afwijkingen. Als de cellen normaal zijn, worden maximaal 2 embryo's in de baarmoeder geplaatst. In 2004 rapporteren de onderzoekers over *Resultaten van 10 jaar preïmplantiatiegenetische diagnostiek in Nederland* [2004:2491-6]. 120 vrouwen hadden 260 PGD-behandelingscycli ondergaan. In 158 cycli was een embryotransfer mogelijk, resulterend in 45 doorgaande zwangerschappen die tot de geboorte van 38 kinderen hadden geleid. Er waren geen misdiagnosen en geen van de kinderen had aangeboren afwijkingen.

Kanker

'Toepassing van DNA-onderzoek in families met erfelijke vormen van kanker betekent een belangrijke uitbreiding van de mogelijkheden van diagnostiek. (...) Omdat DNA-onderzoek een zeer precare verworvenheid is, die allerlei onvoorziene gevolgen kan hebben, moet nog veel onderzoek gedaan worden naar de implicaties van deze vorm van diagnostiek.' Dit schreven de auteurs van een commentaar in 1991 [1991:1620-3]. De identificatie van de genen die multipole endocriene neoplasie type 2 (MEN-2) en de ziekte van Von Hippel-Lindau (VHL) veroorzaken, was aanleiding voor een commentaar van Utrechtse onderzoekers [1994:60-3]. Bij het MEN-2-syndroom gaat het om een oncogen. Preventieve verwijdering van de schildklier is dan een curatieve ingreep. Bij VHL is curatieve behandeling onmogelijk. Kennis van de presymptomatische diagnose heeft voor betrokkenen allerlei psychosociale en maatschappelijke gevolgen die nog niet te overzien zijn.

Deze problemen kregen nog meer aandacht toen het borstkankergen BRCA1 werd ontdekt. Rotterdamse en Leidse onderzoekers beschreven de *Eerste Nederlandse ervaringen met een presymptomatische DNA-test bij familiair mamma-/ovariumcarcinoom* [1995:439-45]. Het gen wordt autosomaal dominant overgeërfd en de penetrantie is ongeveer 90% [figuur 2.89]. In de eerste

Figuur 2.89
Geschat cumulatief risico van borstkanker bij draagsters (■) van BRCA1-genmutaties in vergelijking met dat van de gehele vrouwelijke bevolking (■); onder de horizontale as staan de exacte percentages. [1995:441]



onderzochte familie overleden vrouwen op relatief jonge leeftijd aan ovarium- of mammacarcinoom. Een aantal draagsters van het gen koos voor ovariëctomie en/of dubbelzijdige mastectomie. Naar schatting komt een BRCA1-genmutatie voor bij 1-3 per 1000 vrouwen uit de algemene bevolking, dat wil zeggen bij circa 10.000 van de circa 4 miljoen Nederlandse vrouwen in de leeftijd tussen 25-55 jaar. ‘Vroege diagnostiek en preventie op grond van moleculair-genetisch onderzoek bij kanker zullen naar verwachting een nieuwe lijn worden binnen de Nederlandse gezondheidszorg.’

Psychologische en maatschappelijke aspecten

De uitslag van presymptomatisch onderzoek naar een ernstige erfelijke aandoening kan grote gevolgen hebben voor de betrokkenen. Men zou verwachten dat niet-gedragers opgelucht zouden zijn. Dit is geen regel, zoals blijkt uit het artikel van Rotterdamse en Leidse onderzoekers *Presymptomatische DNA-diagnostiek bij de chorea van Huntington: reacties op de zekerheid niet-gedrager te zijn* [1990:701-4]. Personen die drager van het gen bleken te zijn, waren eerst geschokt, maar herstelden zich snel. Zij hadden al verwacht gedrager te zijn. Bij familieleden bij wie het gen niet werd aangetoond, was de vreugde vaak van korte duur; verlegenheid en schuldgevoel (‘waarom ik niet en hij wel?’) kregen de overhand. ‘Geconcludeerd wordt dat ook een gunstige uitslag verwerkt moet worden, waarbij veeleer aan jaren dan maanden gedacht moet worden.’ Deze ervaring hadden ook de schrijvers van het artikel *Het lang-QT-intervalsyndroom en erfelijkheidsonderzoek: psychische reacties in drie generaties van een familie* [2000:995-9]. Bij deze aandoening kunnen ventriculaire aritmieën wegrakingen en plotselinge dood veroorzaken. Het syndroom is autosomaal dominant met incomplete penetrantie. DNA-diagnostiek leidt niet altijd tot een uitslag. Ook in deze familie waren de leden bij wie het onderzoek negatief was uitgevallen niet opgelucht vanwege solidariteit met de aangedane familieleden. Deze reactie konden hun partners niet begrijpen. De resultaten van dit onderzoek ondersteunen volgens de auteurs de stelling dat DNA-diagnostiek psychosociale begeleiding vereist.

Ook de maatschappelijke gevolgen van een uitslag kunnen groot zijn. In het begin van de jaren negentig hadden leden van MEN-2-families moeite om een levensverzekering of arbeidsongeschiktheidsverzekering af te sluiten. In een convenant tussen verzekeraars en overheid is toen afgesproken dat aanvragers van een levensverzekering met een uitkering lager dan f 200.000 niet verplicht zijn informatie te geven over mogelijke erfelijke aandoeningen [1994:60-3]. In 1997 is de Wet op de Medische Keuringen aangenomen die privacy op dit terrein garandeert: verzekeraars en werkgevers mogen geen erfelijkheidsonderzoek eisen of gegevens daarover opvragen. Wel werd voor levensverzekeringen een bedrag van f 300.000 als grens gesteld [1997:2438-43].

Van mensen naar moleculen... en terug?

Onder deze titel hield Galjaard een voordracht ter gelegenheid van het afscheid van L.B.W.Jongkees als voorzitter van de hoofdredactie van het Tijdschrift [1982:2335-43]. Hij voorspelt nog meer doorbraken op het gebied van de DNA-diagnostiek, niet alleen voor monogene aandoeningen die zich op de kinderleeftijd manifesteren, maar ook voor ziekten die zich op latere leeftijd uiten en waarbij meer genen een rol spelen. ‘Een belangrijke vraag bij al deze ontwikkelingen is of “de” mensen wel alles willen weten wat de analyse hun kan vertellen. (...) Zoals zo vaak, zal er wel niet één waarheid zijn, en zal de beslissing verschillend moeten zijn per ziektebeeld en levenssituatie. Maar de weg terug van moleculen naar mensen is wel moeilijk.’

Die laatste uitspraak blijkt profetischer te zijn dan Galjaard toen gedacht zal hebben. Ondanks de ophef bij de aankondiging dat het menselijk genoom nu volledig bekend is, zijn de therapeutische mogelijkheden nog uiterst beperkt en ook de DNA-diagnostiek zelf heeft duidelijke beperkingen. Patiënten met primaire hemochromatose zijn in 85-90% van de gevallen homozygoot voor een mutatie in het HFE-gen, maar verreweg de meeste homozygoten hebben en krijgen de ziekte niet [2003:1442-5]. Deze mutatie is daarmee een voorbeeld van een genetische afwijking die zelden tot klinische ziekte leidt. Het aantonen van zieke genen betekent nog geen ziekte. Het DNA bepaalt dus niet alles en de relatie tussen genotype en fenotype zal een blijvend thema van discussie en onderzoek zijn. De redactie van het Tijdschrift kan voortaan niet meer zonder een klinisch geneticus in haar midden.

MAAT EN GETAL

Geneeskunde of geneeskunst? Die vraag komt meestal aan de orde wanneer een schrijver of spreker probeert de praktijk van een goede dokter te omschrijven. Het betoog loopt meestal uit op het compromis: beide. Traditioneel is een arts dan ook lid van de KNMG (‘kunst’) en abonnee van het NTvG (‘kunde’). Geneeskunde is een empirische wetenschap en dat houdt onder andere in dat er geteld en gemeten wordt. Een tijdschrift voor geneeskunde hoort aandacht aan dit onderwerp te besteden.

Statistiek

In 1957 houdt J.Hemelrijk, hoogleraar aan de Technische Hogeschool Delft en adviseur van het Mathematisch Centrum in Amsterdam, een lezing voor de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde met de titel *Statistische proefopzettingen* [1959:381-8]. ‘Samenvattend luidt de moraal van dit ver-



Figuur 2.90
B.Hoogendoorn.

haal: gebruik de statistiek bij het opzetten en uitwerken van uw proeven en bij het verzamelen en analyseren van uw gegevens, maar doe dit zorgvuldig; zowel het verwaarlozen als het verkeerd gebruiken van de statistiek brengen nodeloze gevaren mee voor uw patiënten.' Veel effect heeft deze voordracht kennelijk niet gehad, want de schrijvers van oorspronkelijke stukken bedienen zich in de jaren daarop slechts in enkele gevallen van statistische methoden. Wel is er in het Tijdschrift veel aandacht geweest voor beschrijvende statistiek van ziekten, sterfte en ziekenhuisopnamen. De belangrijkste bijdragen waren van de hand van D.Hoogendoorn, tot 1972 huisarts te Wijhe en vanaf 1958 actief betrokken bij de registratie en interpretatie van medische gegevens uit ziekenhuizen [figuur 2.90]. Hij schreef tussen 1946 en 1990 – het jaar voor zijn overlijden – meer dan 160 stukken voor het Tijdschrift over allerlei onderwerpen, zoals de frequentie van operatieve ingrepen en infectieziekten, operatieve en perinatale sterfte en de invloed van budgettering op het aantal ziekenhuisopnamen.

De mathematische statistiek als hulpmiddel van research en medisch handelen bleef achter. Allereerst was er het wantrouwen van ervaren medici die vonden dat zij bij de behandeling van een individuele patiënt weinig te verwachten hadden van resultaten van onderzoek bij grote groepen patiënten. Zij konden zich daarbij beroepen op de mening van de grote fysioloog Claude Bernard, die een enkel perfect uitgevoerd experiment veel overtuigender vond dan het gemiddelde van een groot aantal waarnemingen. Verder waren de noodzakelijke berekeningen veel te tijdrovend voor de gemiddelde onderzoeker in de tijd dat van de personal computer nog geen sprake was. Als er gerekend moest worden, werd in veel gevallen het Mathematisch Centrum te hulp geroepen.

De eerste die in het Tijdschrift de lezer statistische principes probeerde bij te brengen was Chr.L.Rümke, farmacoloog, later hoogleraar Medische Statistiek aan de VU en vanaf 1970 lid van de hoofdredactie. Hij schreef vanaf 1954 een serie artikelen over de nauwkeurigheid van het tellen van leukocyten in het bloed. Voor de huidige lezer is dat weinig opwindende lectuur, maar in die tijd was dat anders. Leukocyten werden met de microscoop in een zogenaamde telkamer geteld. Overdag was dat het werk van een analiste, maar 's nachts moest de coassistent opdraven als de chirurg bij een patiënt met buikpijn de diagnose 'appendicitis' overwoog. Was het getal hoger dan $10.000/\text{mm}^3$, dan werden de messen geslepen. Rümke liet zien dat de uitkomst 8000 waarschijnlijk net zo goed een andere tussen 6600 en $9600/\text{mm}^3$ had kunnen zijn [1961:2016-22]. Eenzelfde ontzuisterende redenering gold voor de differentiële telling van de witte bloedcellen [1958:2505-8]. Hierbij werden in een gekleurde bloeditstrijk 100 witte cellen beoordeeld, en bij leukopenie soms niet meer dan 50. Ook hier liet de statistiek zien dat medici vaak belangrijke conclusies baseerden op onbetrouwbare

TABEL. INTERVAL VAN HET PERCENTAGE CELLEN MET EEN BEPAALD KENMERK BIJ EEN ONBETROUWBAARHEID VAN 5 PCT, INDIEN ONDER n CELLEN a PCT CELLEN MET DIT KENMERK ZIJN GEVONDEN.

a	n							
	100		200		500		1000	
0	0	4	0	2	0	1	0	1
1	0	6	0	4	0	3	0	2
2	0	8	0	6	0	4	1	4
3	0	9	1	7	1	5	2	5
4	1	10	1	8	2	7	2	6
5	1	12	2	10	3	8	3	7
6	2	13	3	11	4	9	4	8
7	2	14	3	12	4	10	5	9
8	3	16	4	13	5	11	6	10
9	4	17	5	15	6	12	7	11
10	4	18	6	16	7	14	8	13
15	8	24	10	21	12	19	12	18
20	12	30	14	27	16	24	17	23
25	16	35	19	32	21	30	22	28
30	21	40	23	37	26	35	27	33
35	25	46	28	43	30	40	32	39
40	30	51	33	48	35	45	36	44
45	35	56	38	53	40	50	41	49
50	39	61	42	58	45	55	46	54

Figuur 2.91
[1958:2506]

Figuur 2.92
[1975:1412]

TABEL 1
DE KANS (IN %) MINSTENS ÉÉN, MINSTENS TWEE EN MINSTENS DRIE ONGEBRUIKELIJKE WAARDEN TE VINDEN ALS BIJ EEN NORMALE ONDERZOCHE n LABORATORIUMBEPALINGEN ZIJN VERRICHT EN DE GRENZEN VAN DE NORMALE WAARDEN 95% VAN DE POPULATIE OMVATTEN

n	≥ 1	≥ 2	≥ 3
1	5	–	–
2	10	0	–
3	14	1	0
4	19	1	0
5	23	2	0
10	40	9	1
15	54	17	4
20	64	26	8
25	72	36	13
30	79	45	19

getallen [figuur 2.91]. De hoofdredactie vond deze tabel zo belangrijk dat die ook los bij het artikel werd geleverd. ‘De tabel zou o.i. op zak moeten worden gedragen, om elk moment van de dag te kunnen worden geraadpleegd.’

De automatisering van het klinisch-chemisch laboratorium maakte het aanvragen van laboratoriumbepalingen gemakkelijker dan ooit tevoren. De Autoanalyser verving het bewerkelijke handwerk van de analisten, en de artsen kruisten naar hartelust bepalingen aan. In een commentaar met de titel *Ongebruikelijke laboratoriumuitslagen bij normale mensen* [1975:1411-3] laat Rümke zien dat hoe meer bepalingen bij normale mensen worden gedaan, hoe groter de kans op afwijkende uitslagen is [figuur 2.92].

Rümke schreef verder artikelen over het statistisch toetsen van hypothesen, betrouwbaarheidsintervallen en de voorspellende waarde van uitkomsten van diagnostisch onderzoek, onderwerpen die destijds weinig aandacht trokken, maar pas in de belangstelling kwamen toen de klinische epidemiologie opbloeide.

De computer

In 1970 verscheen postuum het manuscript van een voordracht over computers die de fysioloog en lid van de hoofdredactie J.W.Duyff had zullen houden [1970:625-8]. ‘Vijftien jaar geleden kon men het woord computer in een grote encyclopedie niet vinden; nu komt men het iedere dag in de krant tegen, zo al niet in het redactionele gedeelte, dan wel in de advertenties.’ Duyff bespreekt de principes en de mogelijkheden van de computer en besluit met: ‘Omdat de computer alleen maar doet wat hem is opgedragen, zal hij nooit meester zijn, maar steeds slaaf blijven en hij kan nooit de arts vervangen. Hij kan hem echter helpen: hij kan heel veel doen, vervelend routinewerk van hem overnemen en de kwaliteit van zijn werk verbeteren. (...) Het persoonlijke charisma van de arts is een van de belangrijkste factoren die de mate van welslagen van de behandeling bepalen. Een arts van wiens schouders allerhande domme en vervelende en tijdrovende taken zijn afgenomen, kan beter zijn deels magische functie als geneesheer vervullen.’ Al eerder had de hoogleraar Inwendige Geneeskunde E.Mandema uit Groningen in een klinische les getiteld *Het aardige van de geneeskunde* iets dergelijks opgemerkt [1965:357-63]. ‘Een elektronisch brein kan een groot deel van het routine (“archiefklerken”)-werk vervangen en de mens vrij maken voor creatief denken, en voor de arts de tijd uitsparen benodigd voor de arts-patiënt-verhouding, die nu meestal veel te gering is.’ Op verzoek van de hoofdredactie schrijft de Utrechtse cardioloog F.L.Meijler een commentaar over *Geneeskunde en de computer* [1972:563-7]. De computer zal de praktijk van de geneeskunde, de medische research en het onderwijs ingrijpend veranderen. De electrocardiografie leent zich nu al goed voor automatisering [figuur 2.93]. ‘In het jaar 2000 zal een systeem zijn ontwikkeld, waardoor

Figuur 2.93
Voorbeeld van een per computer, via een speciaal ontwikkeld coderingssysteem uitgeschreven beoordeling van een electrocardiogram. Op deze wijze beoordeelde en gecodeerde ECG's kunnen in een centrale databank worden opgeslagen. [1972:564]

```

UNIVERSITY HOSPITAL UTRECHT          ECG-DECODING
(PATIENT).....
(NR)      .....
DATE  20 09 71                        PATHOLOGICAL ECG
                                           NOT SIGNIFICANTLY CHANGED IN
                                           COMPARISON WITH PREVIOUS ECG

RHYTH
SINUS RHYTHM WITH INHERENT FREQUENCY
NORMAL CONDUCTION DURING EXIT
NORMAL CONDUCTION IN THE A-V JUNCTION

NON RHYTHM
POS-NEG P WAVE WITH BROAD TERMINAL NEGATIVITY
  IN V1, WITH OR WITHOUT ONE OR MORE OF LEADS V2-V5
HIGH R-WAVE WITH DELAYED INTRINSICOID DEFLECTION
  IN V6, WITH OR WITHOUT ONE OR MORE OF LEADS V5-V2
HORIZONTAL OR SAGGING S-T SEGMENT UP TO 1 MM DEPRESSION
AND NEGATIVE-POSITIVE OR NEGATIVE T WAVE
  IN I AND OR AVL WITH OR WITHOUT ONE OR MORE OF LEADS V4-V6
NEGATIVE U-WAVE

DIAGNOSES
COMBINED LEFT ATRIAL AND LEFT VENTRICULAR HYPERTROPHY
SUBENDOCARDIAL INJURY

```

het onmogelijk is een geneesmiddel te verstrekken dat onverenigbaar is met een gelijktijdig aan de patiënt verstrekt ander geneesmiddel.’ De hoofdredactie plaatst daarbij de kanttekening dat het gaat om een persoonlijke visie van Meijler met speculatieve en provocatieve elementen. De voors en tegens moesten nog maar eens goed worden overwogen.

Epidemiologie

De verdere verspreiding van de computer heeft er stellig ook aan bijgedragen dat klinici in hun praktijk en bij hun research meer gebruik gingen maken van statistische en epidemiologische methoden. Een van hen was de internist H.A. Valkenburg, later hoogleraar Epidemiologie in Rotterdam. In een artikel uit 1968 bespreekt hij de mogelijkheden van de epidemiologie bij het vroegtijdig vaststellen van ziekten [1968:1874-81]. ‘Concluderend kan gezegd worden, dat epidemiologisch onderzoek ons een beter inzicht kan verschaffen in de interactie tussen het pathogenetisch agens, de gastheer waarbij de ziekte ontstaat en het levensmilieu van de patiënt, beter dan door klinische observatie alléén mogelijk is.’ Hij heeft diverse grote bevolkingsonderzoeken opgezet, onder andere dat in zijn woonplaats Zoetermeer. Zijn vele leerlingen hebben dit werk voortgezet. Een van hen, J.W.W. Coebergh, heeft met zijn medewerkers *Trends in incidentie en prevalentie van kanker en in overleving van patiënten in Zuidoost-Nederland, 1970-1999* geanalyseerd [2003: 1118-26]. De overleving verbeterde, maar er was een alarmerende toename van tumoren die samenhangen met blootstelling aan roken en alcohol, vooral bij vrouwen.

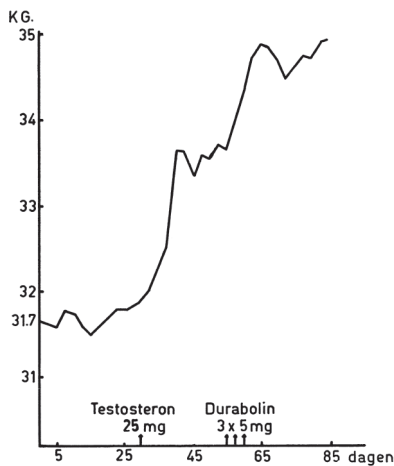
In de jaren tachtig heeft de klinische epidemiologie zich ontwikkeld, met als doel de kritische beoordeling van het effect van klinisch handelen en het ontwikkelen van methoden om dit te meten. Het Tijdschrift introduceert de term ‘klinische epidemiologie’ in het verslag van een workshop over dit onderwerp [1984:2280-3]. De hoofdredactie zag spoedig het belang van deze ontwikkeling en maakte afspraken met de afdeling van de Leidse hoogleraar Klinische Epidemiologie J.P. Vandenbroucke voor methodologische beoordeling van aangeboden artikelen. De ‘evidence-based’ geneeskunde en de Cochrane Collaboration worden kritisch besproken in een commentaar van Vandenbroucke [1995:1476-7]. De Cochrane Collaboration produceert gesystematiseerde literatuuroverzichten waarbij bij voorkeur gebruik wordt gemaakt van de uitkomsten van gerandomiseerd onderzoek. Deze overzichten vormen de basis voor richtlijnen voor huisartsen en medisch specialisten en bevorderen zo meer evidence-based geneeskunde. ‘Voor een buitenstaander is wellicht het meest verwonderlijk aan deze beweging van evidence-based medicine dat men de gehele geneeskunde in al haar facetten wil aanpakken en opsplitsen in “reviewgroepjes” die vertellen wat bewezen is. Daarin gaat men vooreerst voorbij aan de omvangrijkheid van deze taak en vervolgens aan het feit dat er reeds redelijke en door de tijd beproefde

kanalen bestaan: tijdschriften met hun commentaren, handboeken en nascholing. De beweging beschrijft zichzelf uitdrukkelijk als “anti-autoritair”, doch, waar haalt men de eigen autoriteit vandaan? De geneeskunde van vandaag is niet echt een augiasstal die door het verleggen van een rivier van enthousiasme in één keer kan worden leeggespoeld.’

De afgelopen 50 jaar is in de geneeskunde het grote getal aan de macht gekomen. De internationale medische toptijdschriften staan vol met resultaten van gerandomiseerd onderzoek. Grote groepen patiënten zijn vaak nodig om een statistisch en klinisch significant verschil aan te kunnen tonen. Toch blijkt de klinische epidemiologie ook niet de oplossing van alle kwalen te kunnen bieden. In *Het belang van medische casuïstiek te midden van ‘evidence-based’ geneeskunde en moleculaire verklaringen* [2002:1699-703] schrijft Vandenbroucke: ‘Ziektegeschiedenissen vormen een noodzakelijke basis voor het ontstaan van nieuwe ideeën – nieuwe ziektebegrippen, nieuwe etiologische inzichten, nieuwe bijwerkingen en nieuwe behandelingen. (...) Ziektegeschiedenissen vormen de basis van vooruitgang in de klinische wetenschap, onafhankelijk van basisvakken of epidemiologische inzichten. (...) Bovendien kan een ziektegeschiedenis op zich overtuigend zijn als klinisch bewijs.’ Claude Bernard zou het met genoegen hebben gelezen.

1957

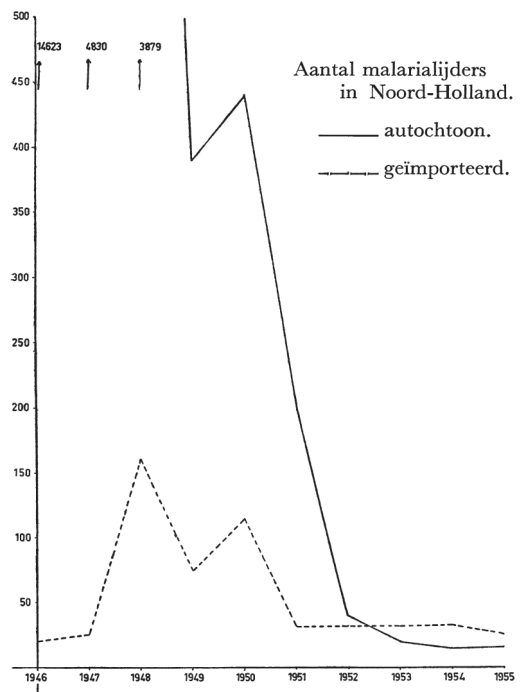
- 222 **Resistente stafylokokken in een Deventer ziekenhuis.** Stafylokokken in de neus bij 23 van 36 verpleegsters en artsen; in 18 gevallen resistent tegen penicilline.
- 389 **Anabole steroïden bij kinderen.** De effecten van testosteron en Durabolin (nor-testosteronfenylpropionaat) werden onderzocht bij slecht groeiende kinderen. 'Toediening van Durabolin is o.i. zeker te overwegen als een positieve stikstofbalans gewenst is.'



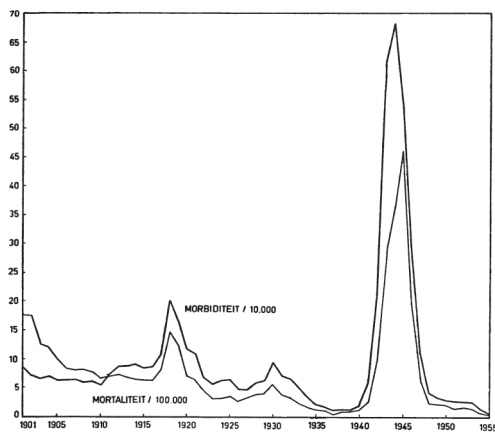
Gezamenlijk gewicht van drie kinderen uit groep 1 A.

- 393 **Orale antidiabetica.** Eerste ervaringen bij 23 patiënten. Bij 17 was het resultaat uitstekend, bij 5 kon de tevoren benodigde insulinedosis worden weggelaten. 'De instelling op deze middelen dient bij voorkeur klinisch te geschieden.'
- 621 **Iatrogene hysterie.** 'De arts kan zich nauwelijks een voorstelling maken van de magische, angstaanjagende betekenis, die zijn medische outillage in de voorstellingswereld van een niet rationeel denkende simpele ziel krijgt. Wij moeten dus een ogenblik uit onze wetenschappelijke objectiviteit stappen, de witte jas liefst uittrekken en eens polsen wat er in de patiënt omgaat.'
- 678 **Geneeskundig onderzoek voor het huwelijk.** Rapport aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Onderzoek zou onder meer gericht moeten worden op besmettelijke ziekten, seksuele afwijkingen, afwijkingen bij de vrouw die complicaties bij zwangerschap of bevalling kunnen geven en erfelijke aandoeningen. 'Voorts zou men de bevolking moeten opvoeden het geneeskundig onderzoek reeds voor de verloving als een gewenste maatregel te zien.'
- 753 **De behandeling van bofchitis met cortison en ACTH.** 'De twee beschreven patiënten bevestigen de indruk van andere onderzoekers dat cortison, ACTH en andere bijniextracten grote therapeutische waarde hebben en bijgevolg het gebruik ervan absoluut noodzakelijk is.'

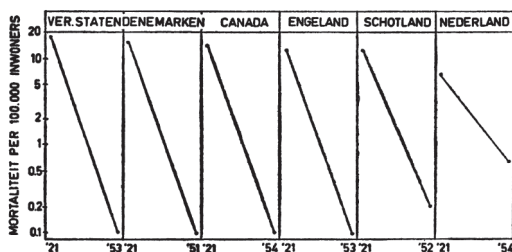
- 1157 **Opsporing van 'onbekende' suikerziekte.** Onder familieleden van diabetici werd bij 1,8% en bij andere families in 1,6% onbekende suikerziekte vastgesteld. 'Op grond hiervan wordt aangedrongen op een bevolkingsonderzoek naar suikerziekte.'
- 1525 **Psychische stoornissen door vakantie.** Klinische les van de psychiater H.C.Rümke over 6 patiënten. '...ik zou kunnen wijzen op de zucht naar verplaatsing met de eigen auto – een verslaving waaraan artsen nogal eens lijden. Zij kunnen zelfs niet enkele dagen rustig op één plaats blijven. Doodvermoed en soms licht depressief komen ze van hun vakantie terug. Door de arbeidstherapie van het dagelijkse leven herstellen ze gelukkig meestal in korte tijd.'
- 1695 **Roken en longkanker.** Het verband tussen roken en longkanker staat nu wel vast. Is preventie mogelijk? 'Wie onzer kent geen hartstochtelijk rokende collegae, die het verband tussen roken en longkanker ontkennen, zonder blijk van kritische belezenheid op dit gebied te kunnen leveren?' Circa 75% van een groep studenten bleek te roken, theologiestudenten meer dan jongere en oudere medische studenten (respectievelijk 88, 60 en 75%). Van een groep mannelijke artsen rookte 78%.
- 2064 **Autochtone en geïmporteerde malaria.** Na 1946 waren er veel repatrianten uit Nederlands-Indië en verder militairen uit Korea en Nieuw-Guinea. Pas na 1952 was in Noord-Holland het aantal geïmporteerde gevallen hoger dan de inheemse.



2382 **Difterie.** In de periode 1940-1946 waren er meer dan 13.000 sterfgevallen en 220.000 ziektegevallen in Nederland. In 1954 was de sterfte nog steeds hoger dan in andere landen.



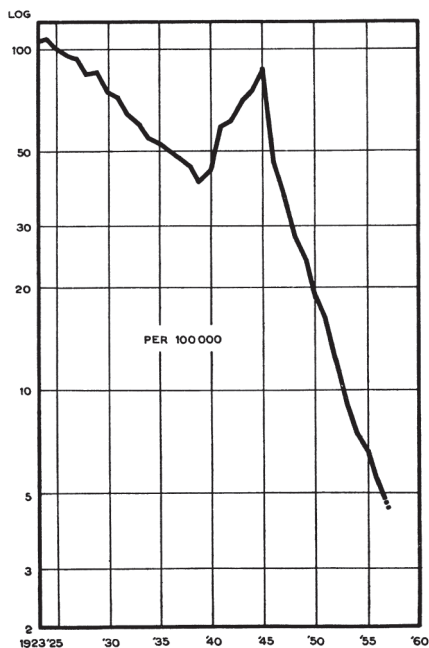
Morbiditeit van difterie per 10.000 en mortaliteit per 100.000 inwoners, 1901 tot en met 1955.



Mortaliteit.

1958

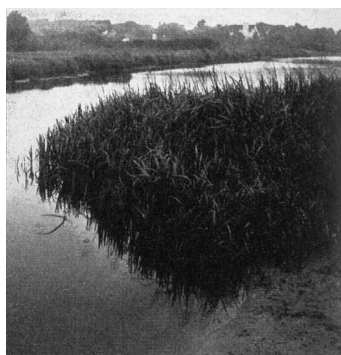
- 264 **Zwangerschap na pneumectomie wegens longtuberculose.** Resultaten bij 64 vrouwen die 74 zwangerschappen hadden gehad. De operatie bleek in de regel geen nadelig effect op zwangerschap en bevalling gehad te hebben.
- 364 **Behandeling van chronische myeloïde leukemie met busulfan (Myleran).** In 1953 werd deze behandeling voor het eerst beschreven, nu de eerste 13 Nederlandse patiënten die met dit middel behandeld werden.
- 436 **Tuberculosesterfte beneden 5 per 100.000.** In 1950 stierven in Nederland 2200 mensen aan tuberculose, dit jaar zullen het er ongeveer 500 zijn. (Bij de watersnood in 1953 verloren 1790 mensen het leven.)



Sterfte aan tuberculose in Nederland (vergelijk het verschil in snelheid van daling vóór en na de oorlog).

902 **Rokende Amsterdammertjes.** 'In de beschaafde landen heerst al sinds jaar en dag vrijwel eenstemmig de overtuiging, dat de jeugd zich van tabaksgebruik dient te onthouden.' In de 4e en 5e klassen van de lagere school bleek 20, respectievelijk 30% van de kinderen al te roken. 'Talrijke volwassenen, uit allerlei milieus afkomstig, geven sigaretten aan kinderen, zo maar of als beloning voor kleine diensten.'

938 **Schistosomadermatitis in Den Haag.** Vijf bouwvakkers kregen huiduitslag, 5 dagen nadat zij tijdens de middagpauze hun benen hadden laten bengelen in een poel bij het natuurreservaat 'Meer en Bosch'. Van 485 onderzochte slakken bleken 40 met cercariae besmet te zijn.



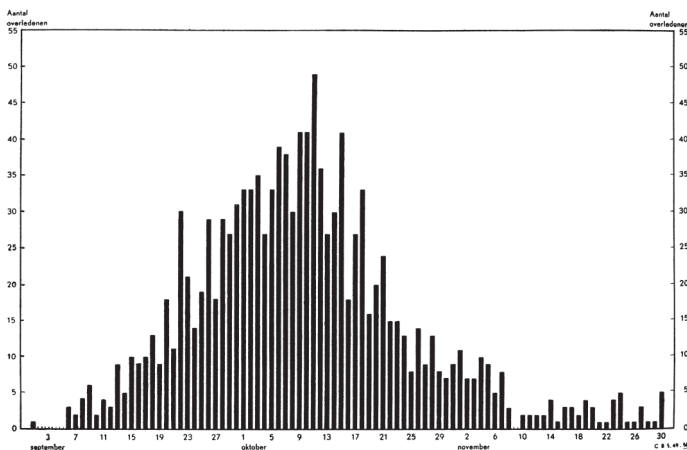
Strandje in het cunet, waar vogels komen baden. De slakken bij de nabij gelegen Carex-vegetatie waren met cercariae van de groep Trichobilharzia ocellata besmet.

- 976 **Het melkerspanaritmium.** Artikel uit Friesland. Bij het melken met de hand kunnen koeienhaartjes door de huid dringen en dan chronische osteomyelitis met holtevorming veroorzaken.



Rechterduim van een melker, die al sinds zes jaar klachten had. Bij operatie werden meer dan tien haartjes verwijderd.

- 1144 **Eerste toediening van het sabin-vaccin in Nederland.** Bij 40 vrijwilligers werd dit verzwakte poliomyelitisvirus toegediend; één persoon bleek niet te reageren met vorming van antistoffen.
- 1208 **De sterfte aan Aziatische influenza in 1957.** Het eerste sterfgeval was op 2 juli en de top van de sterfte op 11 oktober. Geschat werd dat 2200 personen aan de Aziatische griep zijn overleden, overeenkomend met 1 op de 5000 Nederlanders.



- 1369 **Een normale bevalling na het 51e jaar.** De schrijver motiveert de publicatie door te vermelden dat de door hem beschreven vrouw 9 maanden ouder was dan de Zwitserse moeder die tot dan toe bekend stond als de oudste vrouw die een levend kind had gebaard.

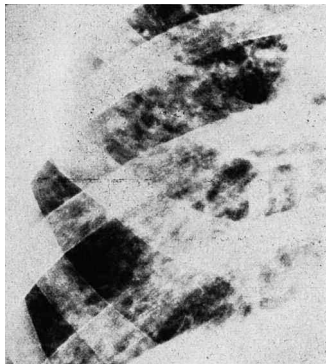
- 1547 **Pubertas praecox door een haarmiddel.** Een vierjarig meisje werd toenemend onhandelbaar en kreeg borstjes en vergrote labia. Het bleek dat de moeder op recept van een dermatoloog stilbestorbevallende haarmiddelen gebruikte tegen kaalheid. Het kind zat vaak met haar handjes in de haren van moeder.
- 2413 **Androgenen na totale maagresectie.** Vanwege de eiwit-sparende werking van deze middelen werden 31 patiënten behandeld met een testosteronpreparaat. Aan de enige vrouw in deze groep werd oestrogeen bijgegeven. De stijging van het gewicht was groter dan bij een niet behandelde groep geopereerde patiënten. De schrijvers bevelen deze behandeling aan bij slechte voedings-toestand na maagresectie. Vrouw-zijn is geen absolute contra-indicatie.
- 2468 **Eerste Nederlandse ervaringen met chloorthiazide.** In 1957 werd dit eerste orale diureticum, dat geen kwik bevatte, gesynthetiseerd. Ervaring met de eerste 25 patiënten met decompensatio cordis leert dat het middel een aanwinst is. 1,5 gram komt in diuretische werking overeen met 1 ml mersalyl, een kwikpreparaat dat via pijnlijke intramusculaire injecties toegediend moest worden.

1959

- 65 **Groepspsychotherapie bij asthma bronchiale.** 33 volwassen patiënten werden enkele jaren behandeld met psychotherapie in 2 groepen (18 mannen in de ene, 15 vrouwen in de andere), zo nodig gecombineerd met ACTH en bronchusverwijdende medicatie. De onderzoekers verkregen betere resultaten dan bij de gebruikelijke behandeling en stellen dat psychische factoren van betekenis zijn bij het ontstaan en het beloop van astma.
- 88 **Mond-op-mondbeademing.** Naar aanleiding van een referaat [1958:2393] over deze nieuwe, veelbelovende methode stelt een lezer uit Jeruzalem voor dit de methode van Elisa te noemen met verwijzing naar het Oude Testament.
- 271 **Twee epidemieën van injectieziekten.** In Rotterdam werd een epidemie van serumhepatitis gezien bij poliklinische patiënten bij wie bloed was afgenomen en kort daarna een aantal gevallen van abcesvorming na immunisatie tegen difterie. Het bleek dat niet voor elke persoon een steriele naald en spuit werden gebruikt.
- 457 **De boerenlong.** Een 66-jarige landbouwer kreeg drie dagen na het dorsen van zeer sterk beschimmelde haver last van kortademigheid, koude rillingen en koorts tot 40°C. Op de thoraxfoto, 16 dagen na het begin van de klachten, werd een miliaire tekening gezien. De patiënt werd behandeld met jodetum kalicum, waarop de temperatuur geheel normaal werd. Eén maand na de eerste thoraxfoto was het beeld normaal.

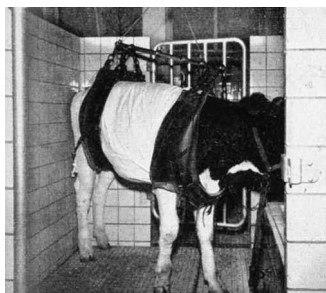
→

De boerenlong (vervolg)



Detail van het rechter onderveld op de thoraxfoto van de patiënt, 19 oktober 1957.

495 **Pokkenvaccin van het kalf.** In het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid wordt de volgende moderne bereidingswijze gevolgd. Onder sacrale anesthesie wordt een deel van de huid van de romp van het kalf gewassen en geschoren waarna in een serie scarificaties de entstof wordt toegediend. Het entvlak wordt bestrooid met chlooramfenicolpoeder en toegedekt met een steriel laken. Het dier moet nu 4 dagen in een tuig staan om te voorkomen dat het entvlak in contact met excreta komt. Na verbloeding worden de pokken afgekrabd en de inhoud opgeslagen bij -25°C . Het vlees wordt gebruikt voor bouillon voor bacteriologische voedingsbodems.



Ophangconstructie incubatiestaf.

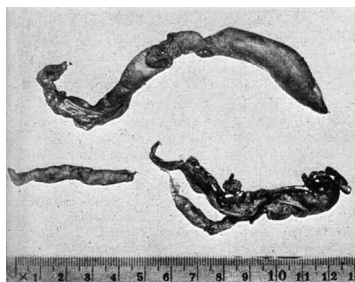
660 **Vaccinia van de ogen.** Drie ouders kregen na pokkenvaccinatie van hun kind blefaroconjunctivitis en keratitis.



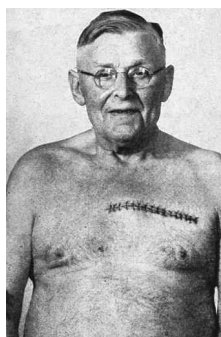
Patiënte A. Vaccinia van de ogen.

844 **Diabetesbehandeling zonder bepaling van de bloedsuikerwaarde.** 'In het algemeen is de bepaling van het bloedsuikergehalte voor de huisarts geen routinehandeling (bedervende chemicaliën!) en is deze te tijdrovend en te moeilijk gebleken. Men komt even goed, ja zelfs beter uit met behulp van het urine-onderzoek.'

1152 **Operatie van Trendelenburg bij massale longembolie.** In de literatuur waren wereldwijd slechts 13 geslaagde operaties beschreven. (Trendelenburg heeft zelf nooit succes met zijn operatiemethode gehad.) De schrijver had bij één van de 3 behandelde patiënten succes.



Uit de longslagader verwijderde emboli van patiënt 14896.



Patiënt 14896, drie weken na de operatie van Trendelenburg.

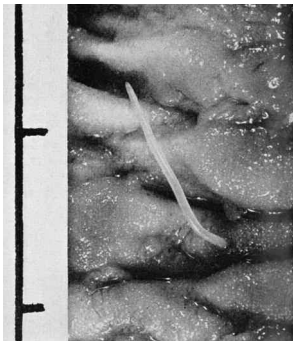
1289 **Kunststoflenzen in het oog.** Goede resultaten na het inbrengen van 44 lensjes. 'Zeer dankbaar was bv. een patiënte, die vóór de implantatie van een kunststoflens maar niet kon vermijden, de koffie voor haar echtgenoot náást het kopje te schenken en daarvoor dagelijks harde woorden te slikken kreeg; thans blijft zij gespaard voor deze huiselijke strubbelingen.'

1386 **Arteriële zuurstofinsufflatie bij perifere vaatziekten.** Met een glazen spuit wordt langzaam zuurstof in de A. femoralis geblazen. In het bovenbeen wordt synchroon met de hartslag een sissend geluid gehoord als gevolg van de vermenging van zuurstof en bloed. Met deze therapie werd bij 20 van 30 patiënten met arteriosclerosis obliterans een aanzienlijke subjectieve en dikwijls ook objectieve verbetering waargenomen.

1716 **Pseudo-imbecillitas door gehoorstoornissen.** Bij 2 meisjes (van 19 en 11 jaar) was een ernstige gehoorstoornis gemist en zij werden jarenlang voor imbeciel gehouden.

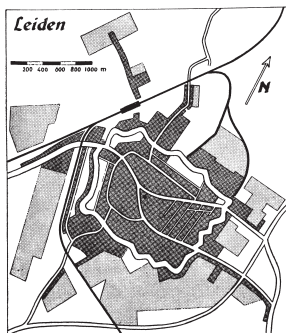
1960

422 Eosinofiele flegmone van de dunne darm veroorzaakt door de haringworm. Sinds 1955 werd bij 10 patiënten vanwege een acuut abdominaal syndroom een stuk darm verwijderd waarin larven van een nematode werden gevonden. Twee patiënten overleden postoperatief aan stafylokokken-infecties. De meeste gevallen deden zich voor in Rotterdam-Schiedam, waar veel licht gezouten groene haring werd gegeten. Alle patiënten waren liefhebbers van deze vis. Het illegale 'walkaken' – de ingewanden worden niet op zee, maar pas aan de wal verwijderd – kan een rol hebben gespeeld. Na de dood van de vis kunnen de larven zich dan vanuit de buikholte in het spierweefsel boren, waar de worm niet meer vatbaar is voor de verlamdende werking van keuzenzout.

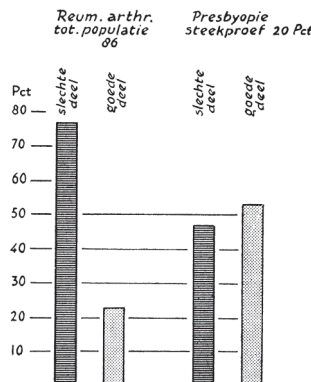


Worm ingeboord in geresecteerd gedeelte van dunne darm.

862 De betekenis van behuizing en houtrot voor het ontstaan van reumatoïde artritis. In het slechte deel van Leiden komt meer houtrot in de woningen voor en hebben bewoners vaker reumatoïde artritis. '... toch lijkt een proef gerechtvaardigd om bepaalde patiënten met reumatoïde arthritis, die een in bovenstaand opzicht "slecht" huis bewonen, een betere woon-gelegenheid te verschaffen.'



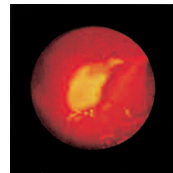
Schematische plattegrond van Leiden. Het slechte deel van de stad (gebouwd vóór 1918) is donker gearceerd.



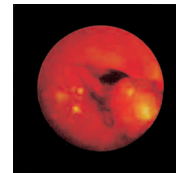
Verdeling van de woningen van lijdens aan reumatoïde arthritis en de controlehuizen over het 'slechte' (gearceerd) en het 'goede' (gestippeld) deel van Leiden.

1374 De operatieve behandeling van degeneratieve aandoeningen van het heupgewricht. De beslissing over het uitvoeren van een reconstructieve ingreep is moeilijk. Als de toestand ondraaglijk is, dan kan een aanzienlijke verbetering worden verwacht, maar het eindresultaat wordt meestal pas in het tweede jaar na de operatie bereikt. 'Artrodese is de enige werkelijke afdoende oplossing: waar geen gewricht meer is, kunnen geen gewrichtsklachten meer bestaan.'

1412 Gastrofotografie. Aan het distale einde van een deels flexibele metalen gastroscoop is naast het gebruikelijke 35-voltgloeilampje nog een kleine elektronenflitslamp ingebouwd. De flitslamp wordt gevoed door een hoogspanningsdraad die door het binnenste van de gastroscoop loopt. Een spiegelreflexcamera kan tijdens de scopie op de plaats het oculair van de gastroscoop worden bevestigd.

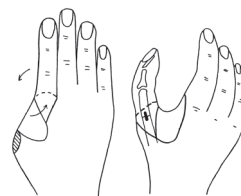


Groot ulcus pepticum met wit beslag op de bodem.

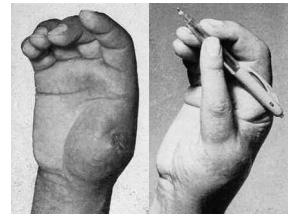


Glazige wal van een het lumen vernauwend carcinoom.

1760 Ervaringen met de pollicisatieoperatie. Bij vier patiënten werd de verloren gegane duim vervangen door de wijsvinger.



Pollicisatie-operatie volgens Littler.



Patiënt D vóór operatie. Patiënt D na pollicisatie.

1828 De Planta-ziekte. Na een weekend in augustus 1960 werden bij de GG en GD in Rotterdam diverse gevallen van een exanthematische ziekte, soms met hoge koorts, gemeld. De symptomen deden denken aan een 'blaasjesziekte'-epidemie in 1958 in Duitsland. De meeste artsen vermoedden een virus. Een 11-jarige jongen suggereerde de veranderde samenstelling van Planta-margarine als oorzaak. Ongeveer 25% van de Planta-gebruikers kreeg de aandoening. In ernstige gevallen ontstond shock en 3 patiënten waren inmiddels overleden. De vele poliklinische patiënten genazen na het staken van het Planta-gebruik.

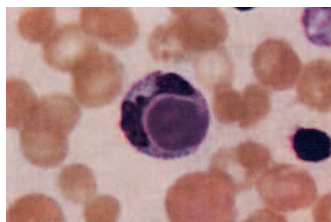


Exantheem, lijkend op erythema exsudativum multiforme, met bloedingen (patiënte van Dr. S.A. ten Bokkel Huinink).

- 2157 **De Planta-ziekte (vervolg).** De epidemie moet worden toegeschreven aan het gebruik van een nieuwe emulgator in de margarine.
- 2548 **Behandeling van anaërobe infecties met inademing van zuurstof onder een druk van drie atmosferen.** Drie patiënten met gasgangreen kregen zuurstof toegediend in een overdruktank (de zogenaamde tank van Boerema). Zij moesten, naar ieders mening, als opgegeven worden beschouwd. 'Alle drie zijn echter op slag genezen.'

1961

- 929 **Erythroblastosis foetalis door resusantagonisme.** 142 resus-negatieve zwangeren met resusantistoffen kregen 145 kinderen van wie 23 doodgeboren waren en 5 in de neonatale periode stierven. 'De goede resultaten die in onze kliniek werden bereikt, moeten o.i. worden toegeschreven aan een scherpe indicatiestelling tot wisseltransfusie of herhaling daarvan.'
- 1142 **Shocktherapie tijdens de zwangerschap.** 'Electroshock is tegenwoordig de gebruikelijke therapie voor patiënten in de depressieve fase van de manisch-depressieve psychose.' Twee vrouwen werden respectievelijk van de 32e tot de 36e en van de 31e tot de 36e week op deze wijze behandeld zonder dat de kinderen daarvan merkbare schade ondervonden.
- 1369 **Een nefritisepidemie in Zeeland.** 22 kinderen in 2 Zeeuwse dorpen werden getroffen door acute glomerulonefritis veroorzaakt door groep A-streptokokken.
- 1421 **Varkensvees als bron van paratyfus.** Uit circa 25% van alle aan de abattoirs aangevoerde varkens konden paratyfus-bacteriën worden gekweekt. De sterke uitbreiding van salmonellosis bij de varkens in Europa wordt toegeschreven aan besmet vis- en diersoep uit tropische landen.
- 1773 **De klinische betekenis van het LE-celfenomeen.** Op een totaal van 3000 onderzochte patiënten werden in 277 gevallen LE-cellen gevonden. Bij 272 was er een collageenziekte.



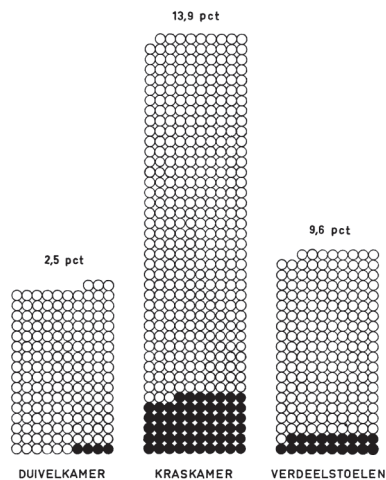
Typische LE-cel met homogeen insluitsel, lichter van kleur dan de kern van de fagocyt.

- 1923 **Een merkwaardige tuberculose-groepsinfectie.** Over een periode van 6 maanden werd bij 10 treinreizigers tuberculose vastgesteld, veroorzaakt door een medereiziger tijdens de dagelijkse reis van huis naar werk.

- 2214 **Een autochtoon geval van lepra in Nederland.** Bij een 58-jarige man werd, drie jaar na het begin van de symptomen, de diagnose 'lepra' gesteld. De man was geboren in Amsterdam en getogen in Den Haag. De eerste reis die hij ooit had gemaakt, was naar Gelderland.
- 2538 **De invloed van een verblijf in de kalksteengrotten van Valkenburg op astma.** Als reactie op berichten over gunstige effecten van verblijf in Valkenburgse en Duitse 'natuurlijke' grotten verbleven 33 patiënten 6 weken in een hotel. Om de 2 dagen verkeerden de deelnemers 2 dagen achter elkaar 5 uur ondergronds bij een constante temperatuur van ongeveer 12°C en een luchtvochtigheid van 100%. Het verblijf in de grot veroorzaakte een duidelijke verslechtering van de longfuncties.

1962

- 70 **Longkanker.** In de periode 1950-1959 is de landelijke sterfte aan longtumoren bij mannen ongeveer verdubbeld. Van 5029 mannelijke patiënten konden 631 in opzet curatief chirurgisch worden behandeld met een vijfjaars-overlevingspercentage van 29.
- 421 **Byssinosis.** De aandoening werd bij arbeiders in Twentse katoenspinnerijen onderzocht. 'Wanneer een arbeider als nieuweling aanvangt in de katoenspinnerij, krijgt hij in den regel last van een droge hoest en merkt hij dat roken daarop een nadelige invloed heeft.' Na een paar maanden verdwijnt deze klacht. Na verloop van een paar jaar werk op dezelfde afdeling ontstaat benauwdheid, vooral op maandag. Ook als de werknemer de hele week benauwd is, heeft hij op maandag de meeste klachten. Het duurt gewoonlijk twee of drie decennia voordat de eindtoestand met rechtszijdig hartfalen ontstaat. De onderzoekers stelden bij 80 van 770 arbeiders de diagnose. In de kras-kamer, waar onbruikbare korte vezels en verontreinigingen worden gescheiden van de verspinbare lange vezels, veroorzaakt de machine 'zelfs bij de toepassing van de modernste methoden van air-conditioning' relatief het meeste stof.



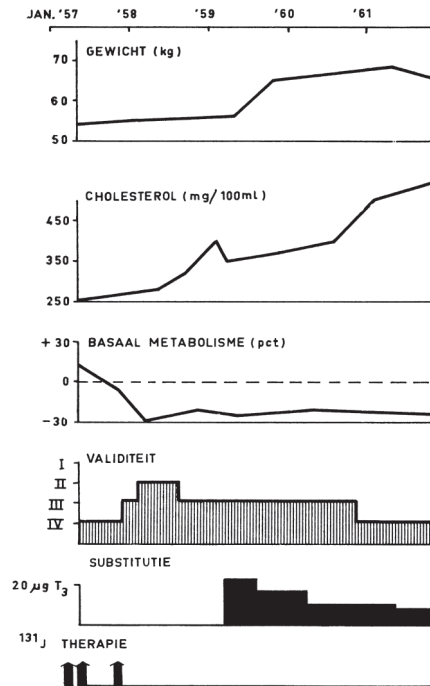
Aantallen onderzochte arbeiders en aantallen byssinosislijders in drie afdelingen.

- 775 **Explosie in de dunne darm tijdens operatie.** Bij een 55-jarige man werd een subtotale maagresectie uitgevoerd vanwege een carcinoom. Toen een jejunumlis met het maagstoma werd verbonden, waarbij een diathermische naald werd gebruikt, ontstond een ontploffing. Daardoor werd een deel van het jejunum verwoest en de patiënt overleed. De ontploffing werd toegeschreven aan gasvorming in een stagnerende voedselmasa in een retentiemaag.
- 1075 **Sinaasappel-ileus na partiële maagresectie.** In één chirurgische afdeling werden 11 gevallen gezien, waarvan 8 binnen een periode van 10 maanden. Van de betreffende patiënten hadden 10 ook een slecht gebit.
- 1385 **Bloedingsneiging behandeld met pinda's.** Een patiënte met de tetralogie van Fallot had een ernstige bloedingsneiging door versterkte fibrinolyse. In de 2 dagen voor de operatie kreeg zij 900 gram rauwe pinda's te eten, waarna zij zonder abnormaal bloedverlies kon worden geopereerd. Het gunstige effect werd toegeschreven aan de antiplasminewerking van ongebrande nootjes.
- 2222 **In Nederland opgelopen rabiës.** Een 16-jarige jongen werd op een psychiatrische afdeling opgenomen met verschijnselen die later kenmerkend voor rabiës bleken te zijn. Hij overleed binnen een dag. Bij hersensectie werd de diagnose bevestigd. Hij was beslist niet buiten Nederland geweest, had wel met een hond gespeeld, maar was niet gebeten.
- 2328 **Fenacetinieren.** In de Zwitserse horloge-industrie gebruikten de werkers grote hoeveelheden fenacetine om verschijnselen van vermoeidheid te verdrijven. Uit Zwitserland kwamen dan ook de eerste berichten over nierbeschadiging door langdurig gebruik van dit middel. Twee Nederlandse patiënten hadden in totaal 7 respectievelijk 13 kg geconsumeerd wegens migraine toen bij hen nierinsufficiëntie werd gevonden, die bij een gepaard ging met papilnecrose.

1963

- 59 **Ambulante behandeling van tuberculose.** Eerste ervaringen in Amsterdam met ambulante behandeling (para-aminosalicylzuur, isoniazide en vaak in het begin streptomycine) van 215 patiënten. Bedrust en/of verpleging lijken niet meer nodig te zijn. In twee gevallen werd een huisgenoot besmet.
- 577 **Behandeling van hypercholesterolemie met schildklierhormonen.** Negentig patiënten van 50-80 jaar werden 2 tot 10 jaar behandeld met schildklierhormonen met de bedoeling de verhoogde cholesterolwaarde te laten dalen. In deze groep hadden 58 personen geen hypothyroïdie; ook bij hen werd een duidelijke daling van de cholesterolconcentratie gezien. Bij 13 andere patiënten met hypercholesterolemie en een doorgemaakt hartinfarct of thrombosis cerebri was het effect van voorzichtige toediening van een schildklierpreparaat eveneens gunstig.

- 584 **Behandeling van hartpatiënten met remming van de schildklierfunctie.** Twintig patiënten met ernstig hartfalen of angina pectoris werden behandeld met radioactief jodium of antithyreotica op grond van de hypothese dat verlaging van de stofwisseling de zuurstofbehoefte vermindert met als gevolg verlichting van de taak van het hart. Bij ontstaan van myxoedeem werd voorzichtig schildklierhormoon in kleine doses gegeven. In 14 gevallen werd een gunstige reactie waargenomen. Figuur 3 laat het beloop bij een patiënte met een ernstige mitralisstenose zien.



Patiënte E.

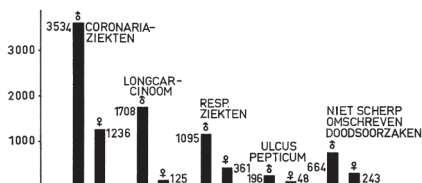
- 667 **Een implanteerbare cardiale pacemaker.** Op een vergadering van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie doen Groningse onderzoekers verslag over ervaringen bij 3 patiënten met frequente adams-stokes-aanvallen. De pacemaker heeft 2 frequenties, van resp. ongeveer 65 en 85 slagen per minuut. 'Een aantal van onze pacemakers werd gedemonstreerd en men kon zich op de hoogte stellen van de postoperatieve conditie van de in Groningen wonende patiënt.'
- 891 **Stemvirilisatie door gebruik van anabole steroïden.** 'Het is voor een jonge vrouw geen kleinigheid als zij het vooruitzicht heeft, haar verdere leven het met een mannenstem te moeten doen. Dit overkomt steeds meer vrouwen sinds het gebruik van hormoonpreparaten toeneemt, die androgeen werkende stoffen bevatten.' Zes gevallen worden beschreven waarin jonge vrouwen met nandrolonedecanoaat (Durabolin) of methandienon (Dianavit) waren behandeld wegens 'asthene klachten', 'nervositeit', of bij wijze van 'roborende therapie' en als 'mestkuurtje'.

1168 *Vergelijking van een serologische zwangerschapsreactie met de kikkerproef.* Bij onderzoek van ruim 2500 urinemonsters werd in 11% een discrepantie tussen de uitkomsten gevonden. 'De absolute specificiteit van de kikkerproef staat hier in scherp contrast met de beperkte specificiteit van de serologische reactie (Pregnosticon). De toepassing van de serologische reactie met achterwege laten van de kikkerproef, of van welke daartoe geschikte dierproef dan ook, lijkt ons daarom uitsluitend verantwoord in gevallen waarin men het risico van een fout-positieve reactie kan en mag nemen.'

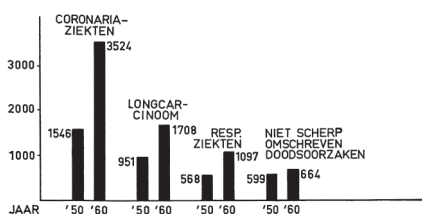
1268 *Sterfte en medische fouten.* Op de chirurgische afdelingen van de Haagse gemeenteziekenhuizen werd sinds 1958 van alle 259 in de voorafgaande 5 jaar overleden patiënten een necrologierapport opgemaakt en besproken. In 20% van de gevallen bleken ernstige fouten te zijn gemaakt. De auteurs hebben een vorm van 'medical audit' ingevoerd. 'Schuldgevoelens zijn hierbij niet op zijn plaats. Onze doden vallen niet door boos opzet, maar door onkunde, onverschilligheid, gemakzucht, gevoelloosheid, kortom door menselijke tekortkomingen.'

1664 *Resuscitatie van een patiënt met kamelfibrilleren.* Toepassing van de in 1960 door Kouwenhoven beschreven uitwendige hartmassage gedurende een half uur, waarna een sinusritme werd verkregen met behulp van 33 elektroshocks. De patiënt overleed 6 uur later aan zijn hartinfarct.

1893 *Roken en sterfte in Nederland.* In 1937 waren per hoofd van de bevolking 506 sigaretten afgeleverd; in 1960 was dit aantal 1198. Van de mannen rookte 10,6% niet, van de vrouwen 62,3%. Volgens de schrijver hangt roken samen met coronariaziekten, longkanker en andere longziekten.

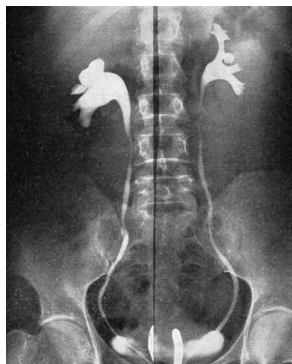


Absolute sterfte bij mannen en vrouwen van 50-60 jaar in 1960 in Nederland aan ziekten met de hoogste sex-ratio. Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek.



Absolute sterfte bij Nederlandse mannen van 50-60 jaar in 1950 en 1960 aan ziekten met de grootste toename. Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek.

2038 *Nefropexie.* 'Ongeveer 30 jaar geleden formuleerde een Nederlandse hoogleraar in de chirurgie zijn oordeel over deze operatie als volgt: "De nefropexie is een operatie, die alleen wordt uitgevoerd door chirurgen met een lege beurs".' De schrijver van dit artikel vindt dat er toch wel indicaties voor deze ingreep zijn bij pijn in de nierstreek in staande houding. In 1962 werden in zijn kliniek op een totaal van 640 urologische operaties 20 nefropexieën verricht.



Patiënte A. Retrograad pyelogram van de liggende patiënte. De calices van de rechter nier zijn plomp.



Patiënte A. Retrograad pyelogram van de liggende patiënte. Ptosis van de rechter nier; horizontale vloeistofspiegel.



Patiënte A. Retrograad pyelogram van de staande patiënte, na operatie. De nier blijft hoog gefixeerd, de calices zien er normaal uit.

2025 *Een snelle en eenvoudige bloedsuikerbepaling.* Eerste ervaringen met Clinistix, strookjes papier geïmpregneerd met glucose-oxidase. Met een minimum aan apparatuur kan in 5 tot 10 minuten een bepaling aan het bed worden gedaan. De methode is geschikt voor een snelle differentiatie tussen hypo- en hyperglykemie.

2233 *De vacuümextractie.* Eerste ervaringen bij 174 geboorten. 'Te agressieve verloskunde sticht onheil, maar ook een te afwachtende houding kan kwaad berokkenen. Naar mijn mening bewijst de vacuüm-extractor bij het zoeken naar de juiste middenweg uitermate goede diensten.'



De vacuümextractie (vervolg)



De schedel is bijna geheel geboren.

2413 **Enige psychiatrisch-neurologische aspecten van de verkeers-geneeskunde.** 'In Nederland staan wij thans aan het begin van de motorisering van de werknemer; dat wil zeggen dat in de komende dertig jaren een toeneming van auto's op onze wegen en in onze steden verwacht moet worden tot 3 à 4 miljoen. (...) Verkeersproblemen kunnen niet opgelost worden achter de bitterschotel, in de gemeenteraad of op een spreekgestoelte; ze vereisen diepgaande studie op wetenschappelijk niveau in een onbevooroordeeld multidisciplinair milieu. (...) Het feit dat de "human factor" een zeer groot aandeel heeft in deze verkeersonveiligheid, brengt het verkeersprobleem principieel in het brandpunt van neuropsychiatrische maar ook algemeen medische belangstelling.'

1964

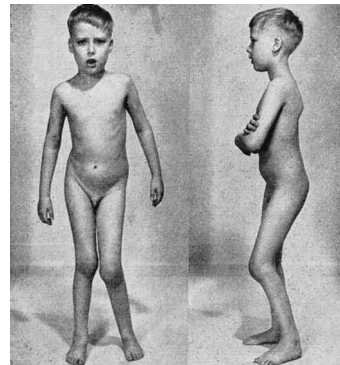
401 **Continue intra-arteriële toediening van kankerchemo-therapeutica.** Eerste ervaringen bij 7 patiënten met een verder onbehandelbare tumor in het stroomgebied van de A. carotis of in het kleine bekken. Bij 4 van hen verdween of verminderde de pijn. De auteurs vragen zich af of deze regionale infusie in sommige gevallen niet moet worden toegepast voordat tot bestraling wordt overgegaan.

523 **Pathomimie bij verplegend personeel.** Beschrijving van de ziektegeschiedenissen van 2 verpleegkundigen die onder andere hypoglykemieën, recidiverende ileus en diverse infecties hadden veroorzaakt of gesimuleerd en daarvoor bij herhaling waren geopereerd. 'Merkwaardig is, dat deze volstrekt onbetrouwbare hystero-psychopaat tussen de bedrijven door kans heeft gezien haar verpleegsters-diploma (B) te halen en een Groene-Kruiscursus voor kraamverpleegsters te volgen. (...) Juist bij de verpleegster, die wij gewend zijn te zien als onze naaste medewerkster en aan wie wij gaarne en zonder terughouding ons vertrouwen schenken, zijn de omstandigheden voor succes van een pathomimie uitzonderlijk gunstig. (...) Merkwaardig is dat pathomimie maar uiterst zelden voorkomt bij medische studenten en praktisch gesproken in het geheel niet bij doktoren.'

633 **Hemofilie en orthopedie.** De langdurige behandeling van de ernstige gewrichtsbloedingen en de complicaties daarvan vormen een sterk argument voor 'de thans spoedig te openen eerste hemofilie-kliniek hier te lande, tevens eerste hemofilie-kliniek ter wereld.'

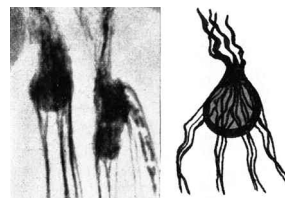


Patiënt E; verse bloeding in linker kniegewricht.

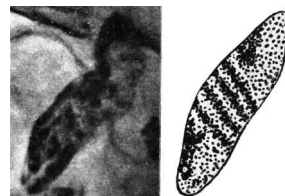


Patiënt E; misvorming en contracturen na gewrichtsbloedingen.

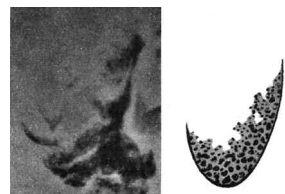
739 **Lymfografie.** De methode was in 1952 beschreven, maar was pas goed bruikbaar toen oliehoudende in plaats van waterige contrastvloeistoffen werden gebruikt. Tijdens het onderzoek zijn de lymfebanen te zien, 24-48 uur later de structuur van de klieren.



Opmname van normale lymfe-klieren, tijdens het onderzoek gemaakt.

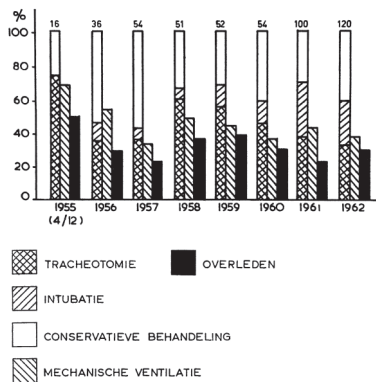


Chronische lymfatische leukemie, restopname. Lymfe-klier, in de lengte worstvormig vergroot. De contraststof-verdeling is stippelig en groepeert zich tot een fijne dwarse-streep-tekening.



Carcinoommetastase, restopname. De sterk vergrote lymfeklier is grotendeels ingenomen door carcinoom-weefsel.

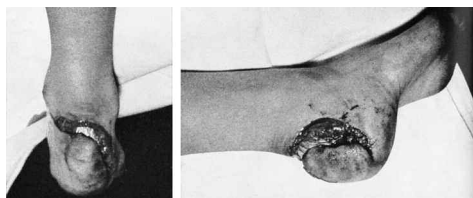
1355 Ervaringen van een beademingscentrum. In Groningen was in 1955 een beademingscentrum ingericht. Verslag wordt gedaan van de eerste 500 patiënten. De meest voorkomende indicaties waren complicaties van chronische longaandoeningen, intoxicaties, schedeltrauma's en poliomyelitis. 'Bij meer dan 2/3 van 500 beademde patiënten kon een vrijwel zekere dood worden afgewend.'



Overzicht van de behandeling en sterfte van 483 patiënten die tot en met 1962 op het Beademingscentrum waren opgenomen.

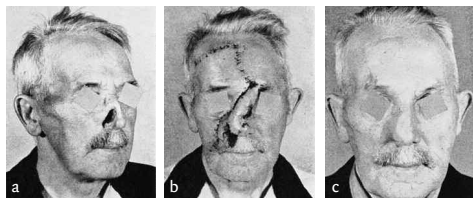
1847 Beenmergplasie door chlooramfenicol. In België werd in 1962 15 ton chlooramfenicol ingevoerd. Het was het minst dure breedspectrumantibioticum. De schrijvers zagen op hun afdeling in 3 jaar 7 patiënten met beenmergplasie, van wie er 5 overleden.

1943 Een typisch bromfietsongeval: de spaakverwonding. In één jaar zag de schrijver 18 gevallen van een spaakverwonding door een bromfiets. Deze kwam vooral voor bij kinderen die achterop zaten. Door de kracht van de snel bewegende onbuigzame spaak wordt een huidlap van achillespees en calcaneus losgescheurd.

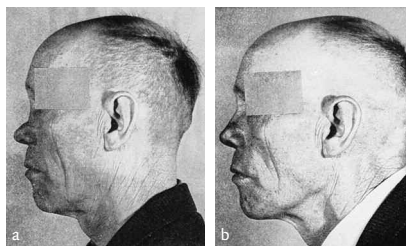


Bromfiets-spaakverwonding bij een jongen van 11 jaar.

2343 Reconstructieve operaties aan de neus.



Patiënt A met een defect in laterale neuswand. b. Nadat de binnenbekleding is verzorgd, is een voorhoofdslap aangebracht. c. Resultaat twee maanden na de reconstructie.



Patiënt A. Ruim 10 jaar oude traumatische zadelneus. b. Correctie met behulp van een bottransplantaat.

2399 Battered child syndrome. In 2 Amsterdamse kinderafdelingen zag men 12 kinderen met onverklaarde fracturen en bloedingen. De schrijvers bespreken het conflict van plichten: 'de patiënt naar beste vermogen behandelen' en 'aan niemand openbaren wat hem als geheim is toevertrouwd of te zijner kennis is gekomen.'



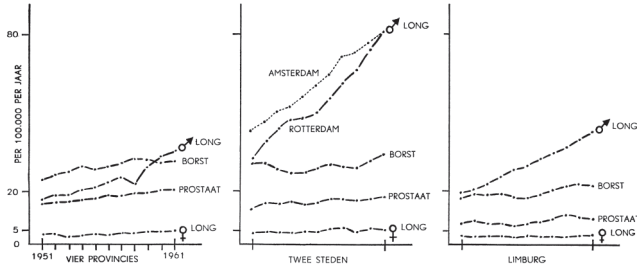
Patiënt A. 5 maanden. Impressiefractuur van het rechter os parietale en breuklijnen in het schedeldak.



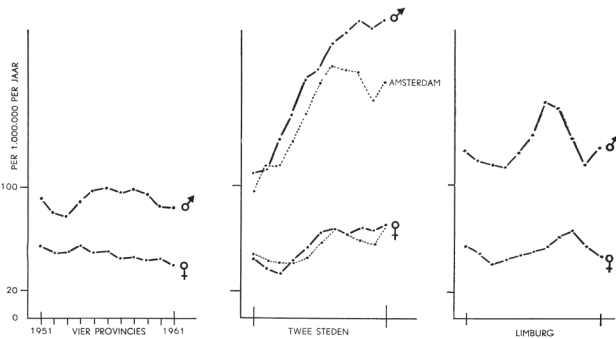
Patiënt F. Grote, blauwe plekken op gelaat en hals, zwarte korsten op de lippen; krabbeffecten in het gelaat.

1965

257 Luchtverontreiniging, longkanker en chronische bronchitis. Vergelijking tussen de sterfte in Amsterdam en Rotterdam en in vier agrarische provincies en de mijnprovincie Limburg. De conclusie is dat luchtverontreiniging hoogstens een ondergeschikte rol speelt bij het ontstaan van longkanker, maar wel invloed kan hebben op de sterfte door chronische bronchitis.

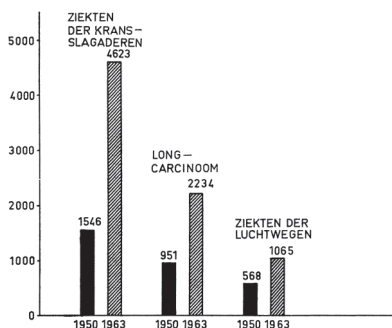


Voortschrijdende driejaarsgemiddelden van de sterfte ten gevolge van drie vormen van kanker per 100.000 inwoners, 1951-1961.



Voortschrijdende driejaarsgemiddelden van de sterfte ten gevolge van chronische bronchitis, per 1.000.000 inwoners, 1951-1961.

601 Roken en sterfte in 1963. Geschat wordt dat in dat jaar tenminste 10.000 mannen ten gevolge van roken zijn overleden. Het aantal verkeersdoden was toen 2230. Passende tegenmaatregelen zijn van belang. 'Een uitwijkmogelijkheid heeft de naar nicotine hunkerende man in het roken van een pijp en ook wel van sigaren, mits niet meer dan 5 per dag.'

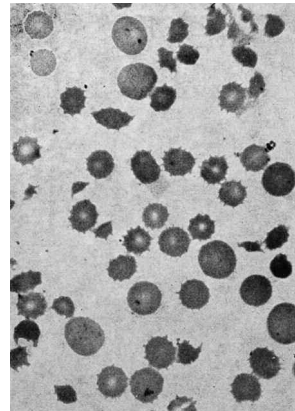


Absolute sterfte van mannen van 50-69 jaar in 1950 en 1963 door ziekten met de grootste toename (Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek).

1004 Haringwormziekte (vervolg). Na het begin van het haringseizoen zijn in 1963 8 en in 1964/'65 20 ziektegevallen geregistreerd. Van deze 28 patiënten ondergingen 26 een laparotomie. De sinds 1962 door het bedrijfsleven genomen maatregelen betreffende het zouten van de haringen hebben dus geen succes opgeleverd.

1569 Dunnedarmulcera bij gebruik van Dichlotride-K. De tablet bevat een buitenste laag met chloorthiazide, die in de maag uiteen dient te vallen, en een kern van KCl die pas in de darm geresorbeerd moet worden. Van enteric-coated KCl-tabletten waren al specifieke dunnedarmulcera beschreven. Bij twee patiënten die enkele malen Dichlotride-K hadden gebruikt, werden bij operatie wegens ileus resp. perforatie dergelijke ulcera ook gezien.

2429 Het hemolytisch-uremisch syndroom bij kinderen. Sinds 1959 werd deze aandoening, die in 1955 voor het eerst werd beschreven, bij 7 kinderen in de Kinderkliniek te Groningen waargenomen. Het beloop was ongunstig: 4 kinderen overleden onder het beeld van acute nierinsufficiëntie.



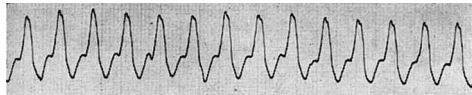
Rood bloedbeeld van patiënte D. De erythrocyten zijn sterk afwijkend: samentrekking en misvorming waardoor 'triangular cells' ontstaan; fragmentatie, met als resultaat onregelmatig gevormde erythrocytenfragmenten; karteling van de erythrocyten, hetgeen aanleiding geeft tot 'burr cells'.

1966

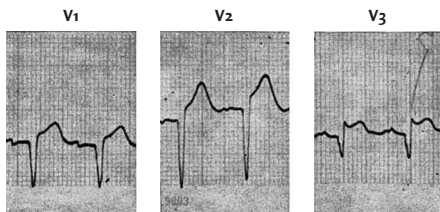
168 Psychosomatische aspecten van alopecia maligna. Beschrijving van 9 patiënten. Bij psychiatrisch onderzoek werden ernstige afwijkingen gevonden. Pneumencefalografie liet een 'meer of minder duidelijke verwijding van het ventrikelsysteem' zien. De schrijvers veronderstellen 'dat alopecia maligna manifest wordt, wanneer onder invloed van een stress-bestaan een uitputting van bepaalde delen van de bijnierschors is ontstaan bij mensen, die erfelijk tot alopecia gedisponeerd zijn.'

720 Elektrocutie door elektronische gangmakers. Bij 2 patiënten met een totaal atrioventriculair blok ontstond een storing in de pacemaker, waardoor circa 500 impulsen per minuut werden afgegeven. Eén patiënt overleed, bij de ander kon de pacemaker op tijd worden verwijderd. Door een barst in de rand van de pacemaker was lichaamsvocht naar binnen gegaan met kortsluiting als gevolg.

926 **Ventriculaire tachycardie behandeld met elektroshock.** Een 50-jarige man werd na hartkloppingen in de voorafgaande nacht opgenomen. De bloeddruk was toen niet te meten. Er werd besloten zonder narcose een energiestoot van 100 watt/s toe te dienen. 'Direct na de shock slaakte de patiënt een kreet, veerde op en sprak, rechtop in bed zittend, nog enige verwijtende woorden.'

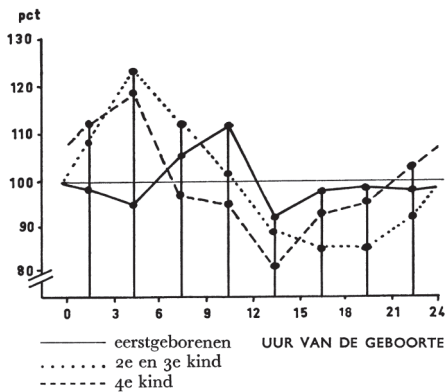


De precordiale afleiding V1 toont het beeld van een ventriculaire tachycardie.



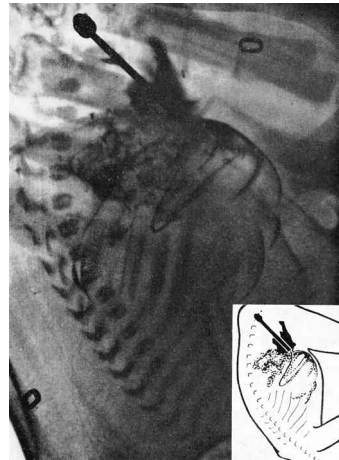
Na de elektroshock is er een sinusritme ontstaan, waarbij de ST-elevatie in afleiding V3 wijst op een vers myocardinfarct.

1039 **Het uur van de geboorte.** Bij later geboren en ligt de top bij 3-6 uur in de nacht en bij primiparae, bij wie de bevalling langer duurt, ongeveer 6 uur later. Het lijkt erop dat tegen de avond een factor in werking treedt, die bij hiervoor gevoelige zwangersen de bevalling doet beginnen.



Geboorteritme naar geboorterangnummer van het kind.

1085 **Intra-uteriene bloedtransfusie bij ernstige resusensibilisatie.** Deze ingreep was in 1963 voor het eerst in Nieuw-Zeeland uitgevoerd. In Leiden werden in 1965 2 patiënten op deze wijze met succes behandeld. Beide keren werden ongeveer 140 ml O resusnegatief gewassen packed cells intraperitoneaal toegediend.



Patiënte A. De catheter bevindt zich in de vrije buikholt van de foetus; het contrastmiddel is verspreid over het buikvlies van het kind.

1646 **Retroperitoneale fibrose tijdens gebruik van methysergide (Deseril).** Het 30e geval in de literatuur en het eerste in Nederland van retroperitoneale fibrose tijdens gebruik van methysergide, een alkaloid uit moederkoren. Dit middel wordt gebruikt als profylacticum tegen migraine. De 38-jarige patiënte had in anderhalf jaar in totaal 1400 mg geslikt. Zij was gaan klagen over rug- en buikpijn. De creatinineklaring was sterk verminderd en het retrograad pyelogram liet de typische afwijkingen zien. Na het inbrengen van ureterkatheters en het staken van het gebruik van methysergide herstelde patiënte.

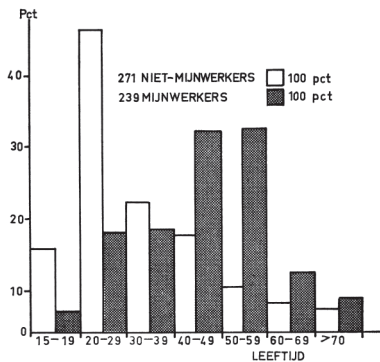


Retrograad pyelogram aan het begin van de behandeling. Afvoerbelemmering van de contraststof in de ureteren, die in mediale richting verplaatst zijn.

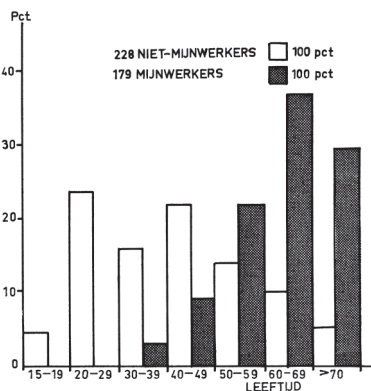
2159 **De behandeling van hartinfarcten met thrombolytica.** In 1966 was in het Dtsch. Med. Wschr. een dubbelblind onderzoek bij 558 patiënten met een hartinfarct gepubliceerd. De conclusie was dat streptokinasetoediening vooral zinvol is in de eerste 12 uur. De schrijvers bespreken hun eerste ervaringen bij 12 patiënten.

2163 Malaria tropica. ‘Het snelle verkeer en de toenemende contacten met tropische gebieden vereisen een voortdurende waakzaamheid. Het verzuimen van een bloedonderzoek op malariaparasieten bij patiënten met koorts, die in de tropen zijn geweest, is als een kunstfout te beschouwen.’ In het Rotterdamse Havenziekenhuis werden vanaf 1955 90 patiënten met malaria tropica opgenomen. Acht patiënten overleden omdat voor opname de ziekte niet tijdig herkend was.

2211 Kolenstof beschermt tegen tuberculose. In Zuid-Limburg waren 11 steenkolenmijnen met een kleine 30.000 mijnwerkers. De schrijver vond dat mijnwerkers op latere leeftijd open tuberculose kregen dan niet-mijnwerkers. Hij vermoedt dat kolenstof tijdens mijnarbeid een beschermende werking heeft. ‘De keerzijde van de medaille is echter, dat de patiënten in bijna alle gevallen daarvoor in de plaats een abundante fibrose krijgen, waaraan zij meestal via een rechtszijdige hartinsufficiëntie te gronde gaan.’

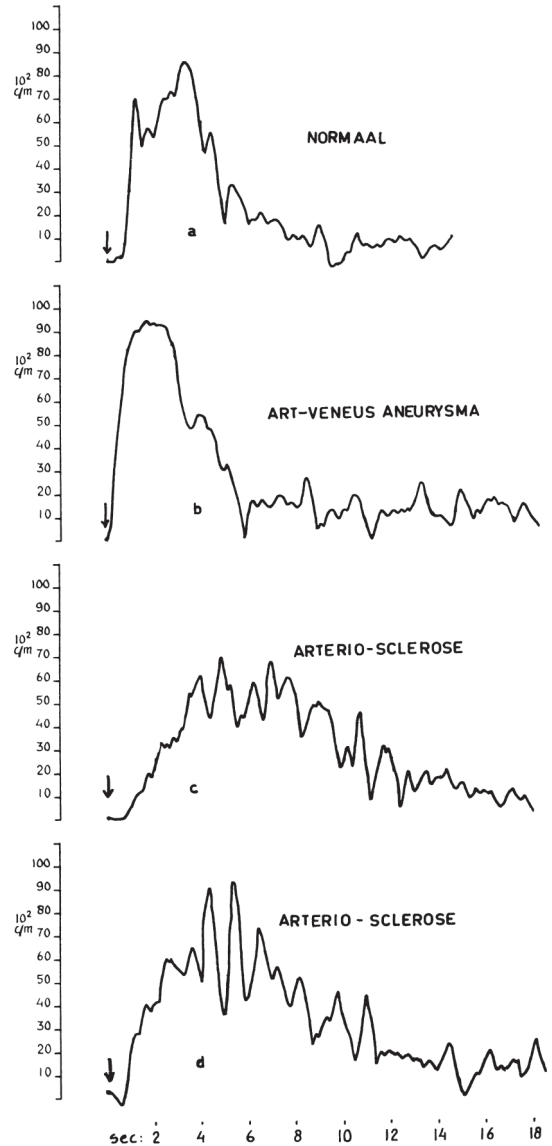


Relatie van het percentage open tuberculose bij mannelijke mijnwerkers (zwart) en niet-mijnwerkers (wit) tot de leeftijds groepen. District Heerlen 1942-1951.



Relatie van het percentage open tuberculose bij mannelijke mijnwerkers (zwart) en niet-mijnwerkers (wit) tot de leeftijds groepen. District Heerlen 1952-1961. Opschuiving van één decennium.

De schrijver heeft bij 277 patiënten dit onderzoek verricht en is van mening dat het van waarde is bij de diagnostiek van de ziekte van Alzheimer en verschillende vasculaire aandoeningen.



Occipitale curven, a: normaal; b: arterio-veneus aneurysma; c en d: ischaemia cerebri ten gevolge van arteriosclerosis cerebri.

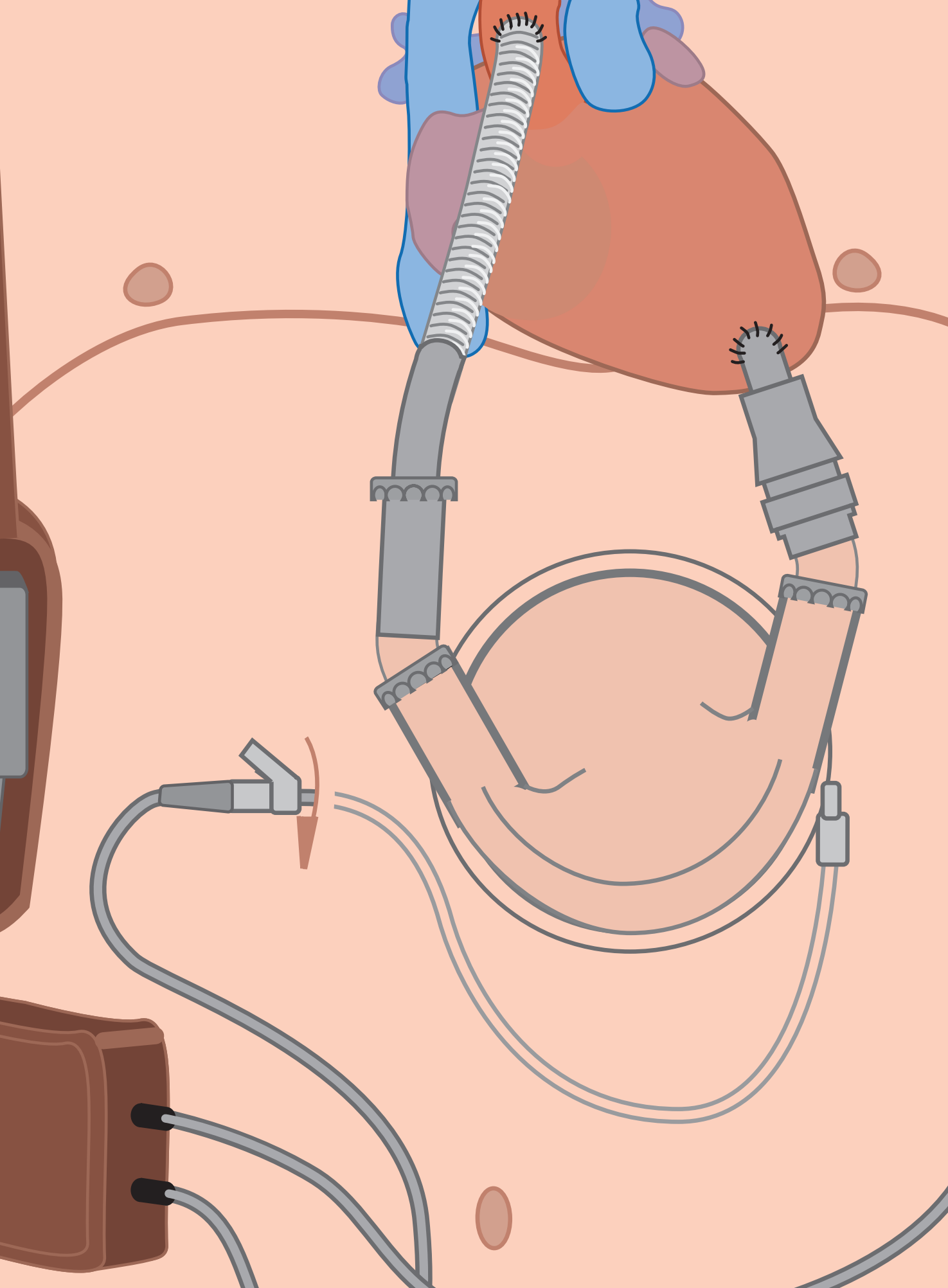
2248 Meting van de hersencirculatie met behulp van radioactieve isotopen (radio-encefalografie). In de A. carotis wordt jodium-131 gekoppeld aan humaan serumalbumine ingespoten. Op drie plaatsen op de schedel wordt de radioactiviteit gemeten. De halveringstijd van de curve is een maat voor de circulatie.

3

Macht en onmacht

Maatschappelijke vraagstukken in het NTvG

FEMINISERING VAN HET BEROEP	139
MIGRATIE: IMPORTZIEKTEN	141
JURIDISERING VAN DE GENEESKUNDE	149
ETHIEK: DOKTEREN AAN DE GRENZEN	157
DE FARMACOTHERAPEUTISCHE REVOLUTIE	184
RAMPEN	188
VAN KWAKZALVERIJ TOT ALTERNATIEVE GENEESWIJZEN	197
MEDISCHE OPLEIDING	204
BESLUIT	211



Wetenschappelijke ontwikkelingen veranderden in de afgelopen 50 jaar de geneeskunde én de Nederlandse samenleving. De farmacologische revolutie leverde met de anticonceptiepil een enorme bijdrage aan de emancipatie van de vrouw en bracht geneesmiddelen voor aandoeningen die vroeger niet behandeld konden worden, zoals vaccins tegen besmettelijke ziekten die eeuwenlang endemisch waren. Echter, elke vooruitgang heeft zijn prijs. De geneesmiddelenindustrie kwam meerdere malen in opspraak door medische rampen, maar ook door snoepreises voor artsen en apothekers, kunstmatig hoog gehouden medicijnprijzen en beïnvloeding van geneesmiddelenonderzoek. De voortgaande ontwikkeling van reproductietechnieken – in-vitrofertilisatie, kloneren – is ook een gigantische verandering, deels zegenrijk, deels bron van ethische en gezondheidskundige zorgen.

Enkele van de grootste veranderingen in de geneeskunde waren niet aan de wetenschap toe te schrijven, maar aan maatschappelijke omwentelingen. De sociale verhoudingen en de gezagsverhoudingen in de samenleving gingen vanaf de jaren zestig op de schop. Vrouwen eisten zeggenschap over eigen buik, homoseksuelen en transseksuelen kwamen uit de kast, patiënten wilden een respectvoller bejegening en inspraak in medische beslissingen. Dat bracht thema's op de agenda die tot dan toe ethisch ontoelaatbaar werden geacht: anticonceptie, abortus, geslachtsveranderingsoperaties en euthanasie. Homoseksualiteit verdween als psychiatrische ziekte uit de handboeken. De status van de arts als alwetende autoriteit kalfde af en een deel van de jongere generatie artsen kon daar wel mee instemmen. Vanaf eind jaren zeventig groeide het gezondheidsrecht (wetgeving over patiëntenrechten en over beroepsuitoefening), een proces dat juridisering van de gezondheidszorg wordt genoemd. Beroepsorganisaties ontwierpen tezelfdertijd striktere gedragscodes voor hun leden. Het beroep veranderde ook anderszins: het aantal beoefenaren nam exponentieel toe en het aantal vrouwen overtreft inmiddels in verscheidene vakgebieden het aantal mannen.

De wetenschappelijke en professionele vooruitgang ten spijt werd de reguliere geneeskunde in de jaren zeventig en tachtig fors dwarsgezet door 'alternatieve geneeswijzen'. Deze alternatieve stromingen hadden enige tijd het maatschappelijke en politieke tij mee.

Onvoorzien voor de geneeskunde waren de gevolgen van de grootschalige immigratie die vanaf de jaren zestig op gang kwam. In de jaren zestig kwamen de als tijdelijk bedoelde gastarbeiders uit het Middellandse Zeegebied, na 1970 mochten hun gezinnen zich bij hen voegen. Nog weer later

Tabel 3.1. Belangrijke jaartallen*

1948	kunstmatige inseminatie bij de mens in Nederland	157
1959	eerste geslachtsveranderingsoperatie in Nederland	176
1961	thalidomideaffaire	194
1962	<i>The battered child syndrome</i> van C.H.Kempe, et al.	[1964:2399]
1963	College ter beoordeling van geneesmiddelen opgericht	185
1964	Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen opgericht	185
1967	eerste hospice, Cecily Saunders, Londen	[1968:704]
1969	<i>Medische macht en medische ethiek</i> van J.H.van den Berg	167
1971	des volgens Food and Drug Administration (FDA) gecontraïndiceerd tijdens zwangerschap	195
1971	eerste abortuskliniek geopend in Arnhem	165
1973	huisartsenopleiding ingesteld	205
1973	eerste euthanasieproces (Leeuwarden): arts veroordeeld, eerste zorgvuldigheidseisen geformuleerd	168
1974	ontruiming zwakzinnigeninrichting Dennendal	150
1975	gasexplosie in Beek	189
1976	sluiting en bezetting abortuskliniek Bloemenhove	165
1976	eerste medisch-ethische commissie (MEC), Academisch Ziekenhuis Leiden	156
1978	geboorte eerste reageerbuisbaby (Louise Brown)	159
1981	Nederlandse des-actiegroep opgericht	196
1981	eindrapport Commissie Alternatieve Geneeswijzen (CAG)	199
1981	personal computer van IBM geïntroduceerd	209
1982	eindrapport Commissie Rechten van de Patiënt (Centrale Raad voor de Volksgezondheid)	151
1983	eerste Nederlandse reageerbuis kinderen	159
1984	abortuswet ingevoerd	166
1984	euthanasie toegestaan, mits zorgvuldig uitgevoerd (Hoge Raad)	172
1984	hiv-test ontwikkeld	179
1985	50% vrouwelijke geneeskundestudenten	139
1992	vliegtuigramp in Bijlmermeer	190
1994	Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)	152
1994	wettelijke meldingsprocedure voor euthanasie en hulp bij zelfdoding	173
1995	Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)	154
1997	Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG)	152
1997	geboorte schaap Dolly, eerste gekloonde levende wezen	162
1999	Infectieziektenwet	142
1999	Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met Mensen (WMO)	156
2000	vuurwerkcramp in Enschede	191
2001	cafébrand in Volendam	192
2002	Wet Handelingen met Voortplantingscellen en Embryo's	162
2002	Wet Toetsing Levensbeëindigend Handelen en Hulp bij Zelfdoding	174
2004	openbare trialregisters voor klinisch geneesmiddelenonderzoek	188
2005	palliatieve sedatie niet strafrechtelijk vervolgd, mits zorgvuldig uitgevoerd	174
2005	Groninger protocol (levensbeëindigend handelen bij zuigelingen) landelijk aanvaard	176

* De zwarte cijfers in de rechterkolom verwijzen naar bladzijden in hoofdstuk 3 en de blauwe naar jaargang en te bladzijde van artikelen die in de rubriek 'Jaargangen' van dit boek genoemd worden.

kwamen vluchtelingen en asielzoekers uit alle delen van de wereld. De immigratie ging gepaard met nieuwe medische en sociaal-medische uitdagingen.

De wetenschappelijke en maatschappelijke veranderingen – nieuwe behandelmethoden en -technieken, nieuwe thema's, nieuwe vakgebieden, nieuwe patiëntengroepen, het groeiend belang van empirisch onderzoek en de grotere aantallen studenten – dwongen vanaf de jaren zeventig ook geregeld tot veranderingen in het geneeskundeonderwijs en de vervolgoopleidingen.

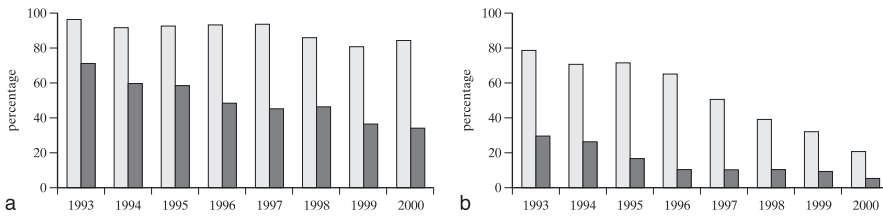
Wij kunnen uiteraard slechts een selectie uit de maatschappelijke invloeden op de geneeskunde bespreken. Net als in het vorige hoofdstuk geven we hier een tabel met een aantal belangrijke jaartallen [tabel 3.1].

FEMINISERING VAN HET BEROEP

Sinds vrouwen eind 19e eeuw tot de geneeskundestudie werden toegelaten, keerde geregeld de vraag terug naar hun 'rendement': vrouwen gaven vaker hun studie op, namen minder vaak het beroep op en verlieten het bij huwelijk of zwangerschap. Echter, dat was zeker in de jaren vijftig niet altijd uit vrije keus: 'Hoe dan ook, het is te wensen, dat het verdwijnen van vooroordelen, het afschaffen van bezwarende fiscale maatregelen en van starre voorschriften aan de vrouwen de mogelijkheid geeft haar beroep uit te oefenen, indien zij dat wensen,' schreef een van de weinige vrouwelijke redacteuren van het Tijdschrift in die tijd, mw.prof.A.Ch.Ruys [1957:510]. In Nederland werd al in de jaren zestig een artsentekort voorzien, maar pas in 2005 startte een herintredingsprogramma voor vrouwelijke artsen, jaren later dan in andere landen [2004:2506-7].

Van de afgestudeerde geneeskundestudenten is sinds de jaren negentig zo'n 60% vrouw. Van de specialisten die de opleiding afronden, steeg het aandeel vrouwen in dat decennium naar 40%, hoewel niet evenredig per specialisme. Van de opleiders was evenwel slechts 4,5% vrouw en ook van de hoogleraren in de geneeskunde was in 2003 maar 5% vrouw. Dat is wereldwijd een van de laagste percentages [2000:1171-4; 2005:815-20]. In 2003 promoveerden wel bijna evenveel vrouwen als mannen in het gebied 'gezondheid' (iets ruimer dan alleen geneeskunde), iets minder dan 400.* Vrouwelijke artsen publiceren echter gemiddeld minder dan mannen en zij laten onderzoek sneller dan mannen vallen ten gunste van patiëntenzorg.

* CBS Statline, laatst gewijzigd 5 oktober 2005.



Figuur 3.1
 Percentages van mannelijke (a)
 en vrouwelijke (b) artsen die
 hun studie waren begonnen in
 Groningen in 1982 of 1983 en die
 fulltime werkten (□) of fulltime
 wilden blijven werken (■).
 [2002:2477]

Een onderbelicht probleem voor vrouwelijke artsen in opleiding is seksuele intimidatie op de werkvloer. Tijdens hun stage bleek 0% van de mannelijke en 20% van de vrouwelijke coassistenten last te hebben gehad van ongewenste intimiteiten. Daders zijn vooral patiënten, maar ook artsen. De vrouwen vinden melding van het incident moeilijk en de afhandeling ervan ervaren zij vaak als onbevredigend [2005:764-8].

In verschillende landen, waaronder Nederland, sloeg men enkele jaren geleden opnieuw alarm over het dreigende tekort aan artsen, dat men vooral weet aan het in deeltijd werken van vrouwen. In Nederland werkt 5 jaar na hun afstuderen nog slechts 60% van de vrouwelijke artsen voltijd. Longitudinaal onderzoek schetste een nog schriller beeld: van de Groningse geneeskundestudenten die in 1982 of 1983 waren begonnen, werkte in 2000 nog slechts 20% van de vrouwen voltijd. Bij de mannen was dat meer dan 80% [figuur 3.1]. Hier past wel enige nuancering, want de werkweek van vrouwen bedroeg nog altijd gemiddeld 38 uur en in de rest van de samenleving geldt dat als voltijdbaan [2002:636 en 2474-8; 2004:1990-2 en 2411-2]. Bovendien waren er blijkbaar meer organisatorische belemmeringen voor vrouwen wanneer zij een gezin wilden stichten. In de jaren negentig had 80% van de voltijd werkende vrouwelijke specialisten geen kinderen, terwijl 80% van hun voltijd werkende mannelijke collega's die wel had [1999:1167-71]. Misschien zijn er ook andere redenen voor het hoge deeltijdpercentage bij vrouwen. In Nederland gaat twee derde van de vrouwen in deeltijd werken zodra zij kinderen krijgen; internationaal gezien is dat uitzonderlijk.¹ Zij willen een privéleven naast hun werk en anticiperen daarop in hun keuzen. Nederlands onderzoek wees uit dat mannelijke artsen opleidingsplaatsen kozen op grond van technische werkzaamheden, status, beloning en wetenschappelijk onderzoek, terwijl vrouwen zich lieten leiden door de mogelijkheden tot contact met patiënten, gunstige werktijden en relatief weinig diensten [2000:129-33].

In 1998 vond een Tijdschriftconferentie plaats over vrouwen en deeltijdarbeid in het medische beroep [1999:1167-71, 1161-6 en 1134-6]. De auteurs legden de nadruk op de positieve gevolgen van de feminisering voor patiënten. Zo heeft onderzoek in huisartsenpraktijken uitgewezen dat deeltijdwerken even grote of zelfs grotere continuïteit in de patiëntenzorg kan opleveren. Een briefschrijver wees er bovendien op dat het in deeltijd werken

vanwege kinderen niet principieel anders is, of een andere organisatie vergt, dan de situatie waarin voltijd werkende mannen deels moeten worden ont-heven van patiëntenzorg vanwege management-, onderzoeks- of onderwijs-taken of praktijk elders [1999:1717].

Ook jonge mannelijke artsen blijken inmiddels vaker in deeltijd te willen werken, te beginnen in de opleiding [2002:2474-8]. De wensen van vrou-wen en mannen zouden kunnen worden aangegrepen om twee vliegen in een klap te slaan. Dat lijkt echter toekomstmuziek, want economisch gezien waait er inmiddels een andere wind: er moet meer en langer gewerkt wor-den.

MIGRATIE: IMPORTZIEKTEN

Immigranten uit niet-westerse landen brachten de Nederlandse genees-kunde in contact met onbekende importziekten, maar ook met oude of uit Nederland verdwijnende aandoeningen. Ambonezen vormden begin jaren zestig de eerste groep alloctonen die grootschalig werd onderzocht, uit ongerustheid over mogelijk veel bij hen voorkomende geslachtsziekten. Inderdaad reageerde 35% van de mannen positief op een syfilistest, maar dit bleek meestal verband te houden met in de jeugd doorgemaakte framboesia, een besmettelijke huidziekte [1963:2324-7].

‘Een schijnbaar heel gewone patiënt’

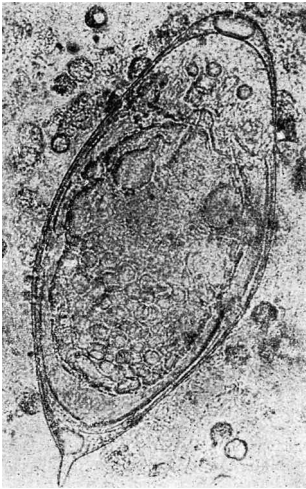
Importziekten waren in de afgelopen 50 jaar een belangrijk thema in het Tijdschrift. Dat was te danken aan de nestor van de tropische geneeskunde in Nederland, en tevens redacteur van het Tijdschrift, P.J.Zuidema [figuur 3.2]. Vanaf 1938 tot 1958 was deze door I.Snapper opgeleide internist werkzaam in Nederlands-Indië en van daaruit begon hij aan een fenomenale productie van klinische lessen, oorspronkelijke stukken en referaten over tropenziekten. Van 1958 tot 1977 was hij hoofd van de afdeling Tropische Hygiëne van het Koninklijk Instituut voor de Tropen en buitengewoon hoog-leraar Tropische Ziekten aan de Universiteit van Amsterdam, waar hij onder anderen A.de Geus opleidde, zijn opvolger als hoogleraar en redacteur van het Tijdschrift. Zuidema verzorgde tot vlak voor zijn overlijden in 1996 vele bijdragen voor het Tijdschrift.

Karakteristiek voor Zuidema’s artikelen is de educatieve methode. De waarneembare verschijnselen van importziekten zijn vaak doorsnee – koorts, vermoeidheid, hoesten, keelpijn, buikpijn, darmklachten – en kunnen daar-om door Nederlandse artsen gemakkelijk aan een andere oorzaak worden toegeschreven. Zuidema’s klinische lessen hadden tot doel hun daarvoor de ogen te openen. Onder de titel *Een schijnbaar heel gewone patiënt* beschreef hij



Figuur 3.2
P.J.Zuidema.

bijvoorbeeld een Indonesische man met een voetzweer en anemie die het gevolg bleek van meerdere tropische aandoeningen [1961:1-4]. Op dezelfde wijze benadrukte hij dat buikklachten kunnen wijzen op amoebe-infecties van de darmen [1959:1812-8] of dat de infectie met de mijnworm *Ankylostoma* symptomen geeft zoals hoesten, keelpijn en slikklachten en later soms buikklachten, maar vaak ook zonder klinische verschijnselen verloopt. Dit waren geen zeldzaamheden onder mensen die enige tijd in de tropen doorbrachten. Begin jaren zestig werden mijnwormen bijvoorbeeld aangetroffen bij een kwart van de uit West-Nieuw-Guinea teruggekeerde dienstplichtigen [1963:189-92; 1964:1664-9]. Een vermoeide, koortsige en hoestende Marokkaanse patiënt met bloed in zijn urine bleek blaasschistosomiasis te hebben, een veelvoorkomende aandoening in Afrika. ‘Voor de praktijk is het verstandig, dat U bij iemand afkomstig uit Afrika met hematurie direct aan blaasschistosomiasis denkt’ [1967:301-4]; [figuur 3.3]. Zuidema hamerde erop bij patiënten afkomstig uit tropische gebieden alert te zijn en goed laboratoriumonderzoek te verrichten om de precieze oorzaak vast te stellen. Dat betekende overigens niet veel of ingewikkelde bepalingen, maar de geschikte laboratoriumtechnieken weten te gebruiken. Die konden heel simpel zijn en zo de arts én de patiënt veel tijd besparen, zo legde hij uit in een klinische les getiteld *Een onnodig lange ziekte duur* [1984:241-3].



Figuur 3.3
Ei van *Schistosoma haematobium*.
[1967:301]

A.de Geus en P.A.Kager namen Zuidema's educatieve wijze van schrijven over, bijvoorbeeld in hun regelmatig terugkerende waarschuwingen om malaria tropica niet over het hoofd te zien: *Griep na bezoek aan de tropen, een valkuil*, schreef Kager in 1987 [1987:794-7]. Daar had Zuidema ruim 20 jaar eerder ook op gewezen [1964:109-12]. Hun credo was dat iemand die na een recente reis in de tropen griepverschijnselen krijgt malaria tropica heeft tot het tegendeel is bewezen.

Malaria is momenteel een van de vaakst voorkomende importziekten in Nederland. Ze neemt relatief meer toe onder allochtonen, omdat een groot deel van hen zich niet profylactisch laat behandelen voor een bezoek aan het land van herkomst [2000:83-5; 2003:658-62]. Het aantal officieel geregistreerde patiënten steeg van 19 in 1971 tot 311 in 1996 en dan was er nog sterke onderrapportage. In een onderzoek waarbij men de aantallen microscopisch vastgestelde gevallen in laboratoria optelde bij de door artsen gemelde gevallen en de ziekenhuisopnamen kwam men tot 774 nieuwe gevallen in 1996. Artsen hadden hiervan zo'n 40% gemeld, laboratoria 69% [2001:175-9]. Onder de voormalige Wet ter Bestrijding van Infectieziekten lag de aangifteplicht bij de arts die de diagnose stelde. De Infectieziektenwet die in 1999 is ingevoerd, verplicht het hoofd van het diagnostiserende laboratorium om vaststellingen van 9 sterk besmettelijke infectieziekten, waaronder malaria, centraal te melden.

De tropische worminfestaties bleven actueel, eerst door de toenemende migratie vanuit Suriname en de Nederlandse Antillen [1977:1126-30 en

1780; 1987:2305-8; 2308-12], later vanwege de grote stroom vluchtelingen en asielzoekers. Van de Afrikaanse asielzoekers bleek bijvoorbeeld ruim 40% gastheer van een darmparasiet [2002:1497-501]. Door de Surinaamse en Antilliaanse bevolkingsgroep ontstond aandacht voor ziekten die zelden bij blanken, maar geregeld bij Afro-Caribische mensen vóórkomen, zoals hemoglobinopathieën [1971:1306-10].

Vanuit het Middellandse Zeegebied verscheen de familiale mediterrane koorts, een autosomaal recessieve aandoening die wordt gekenmerkt door recidiverende buikklachten, koorts, gewrichtspijnen en huidproblemen. Uit onbekendheid met de aandoening werden de klachten wel eens ten onrechte als psychogeen afgedaan [1978:1281-3; 1989:676-9; 2003:1097-100]. Vanaf 1972 werd ook regelmatig aandacht besteed aan de ziekte van Behçet, een nog onverklaard syndroom bij patiënten uit mediterrane gebieden waarbij ulceraties in de mond, op de ogen en op de genitaliën kunnen ontstaan en ook de gewrichten, het maag-darmkanaal en het vaat- en zenuwstelsel aangetast kunnen raken (bijvoorbeeld [1972:1272-8; 1980:677-83; 2003:1969-71]).

Strongyloidiasis is nog een worminfectie die vaak onopgemerkt blijft [figuur 3.4]. De infectie kan buikklachten en huidaandoeningen veroorzaken, maar verloopt ook wel symptomeloos. Van de voormalige krijgsgevangenen die aan de Birma-Thailand-spoorlijn hadden gewerkt, bleek een kleine 20% 45 jaar na hun besmetting nog drager van *Strongyloides stercoralis*. In die fase zijn er geen herkenbare klachten. Vooral bij de mensen met huidklachten werd vaak een onjuiste diagnose gesteld [1990:2529-33]. Het gebruikelijke fecesonderzoek was bovendien niet sensitief genoeg: enkele jaren later uitgevoerd serologisch onderzoek toonde meer besmette personen aan [1994:1174-7]. Het niet-herkennen van de aandoening is niet zonder gevaar en ook symptomeloze dragers lopen risico; zo kan bij de toediening van immunosuppressieve middelen of cytostatica een hyperinfectie ontstaan. Dit was verschillende keren gebeurd, onder andere na niertransplantaties, en kan dodelijk aflopen wanneer men deze situatie niet onderkent [1984:261-3 en 2449-51].

Oude bekenden

De tuberculose leek halverwege de jaren zestig uit Nederland te verdwijnen [zie bl. 42], maar al in 1964 schreef B.van Vliet, de directeur van de Amsterdamse Vereniging tot Bestrijding der Tuberculose, een waarschuwend brief: het grote aantal buitenlandse arbeidskrachten vormde een reëel gevaar voor de Nederlandse bevolking [1964:1822-3]. De arbeiders waren toen nog voornamelijk afkomstig uit Spanje, Italië, Turkije en Griekenland, waar veel tuberculose heerste. Hij bepleitte een verplichte keuring op de consultatiebureaus, 3 tot 4 keer per jaar. Dit werd van harte ondersteund in brieven



Figuur 3.4
Larve van *Strongyloides stercoralis*.
[1976:1851]

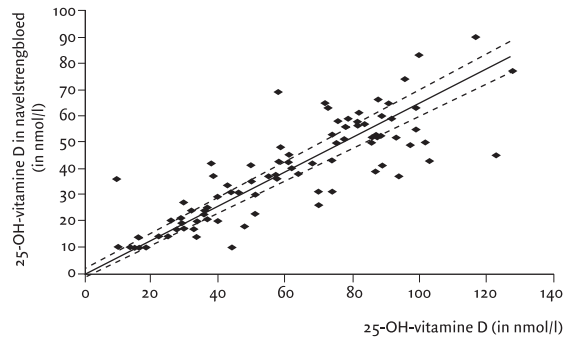
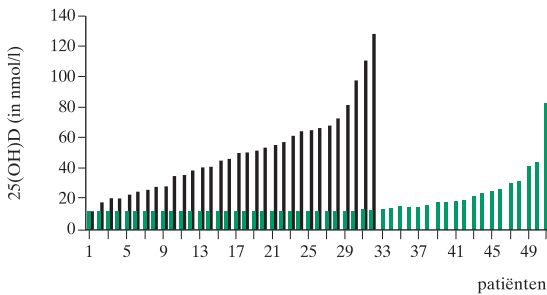
en een commentaar [1964:1813-4]. Eén briefschrijver vroeg en passant ook aandacht voor de vermeende verspreiding van geslachtsziekten en lepra door immigranten [1964:2188]. Een en ander leidde tot politieke onrust: er werd opdracht gegeven tot onderzoek en potentiële buitenlandse werknemers moesten voortaan ook gekeurd worden op geslachtsziekten [1964:2326]. De ongerustheid bleek onnodig, over zowel geslachtsziekten als tuberculose, maar het ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken besloot in 1966 toch dat buitenlandse arbeiders alleen een verblijfsvergunning zouden krijgen als zij door een consultatiebureau tuberculosevrij waren verklaard [1966:982].

Enkele Spaanse arbeiders die in de jaren zestig bij Philips in Eindhoven werkten, leden inderdaad aan tuberculose. De schets van de culturele verschillen met Nederlanders is 40 jaar later onherkenbaar: ‘Volgens Spaanse opvatting is men óf ziek, wordt behandeld en kan niet werken, óf men is niet ziek, werkt, maar wordt dan ook niet behandeld.’ De beschrijving van de situatie in het thuisland lijkt sterk op de manier waarop in recenter jaren over Marokkanen of Turken werd gesproken: ‘Een eventuele echtgenote is echter vaak analfabeet en heeft nooit verder buiten haar dorp gereisd dan een muildier haar dragen kan. Zonder begeleiding van dorpspastoor en schoonvader kan en mag zij niet naar Nederland reizen’ [1967:1912-6].

Toch leidde de immigratie uiteindelijk pas vanaf 1987 tot een stijgende incidentie van tuberculose in Nederland. Een groot deel van de patiënten kwam toen uit Azië en Zuid-Amerika [1998:180-4]. Vanaf dat jaar deed zich ook een toename voor van hepatitis A, waarvan het aantal besmettingen al sinds begin jaren zeventig was gestabiliseerd. Vooral niet-ingeënte kinderen van migranten raakten besmet tijdens vakanties in het land van herkomst [1998:1919-23].

Rachitis veroorzaakt door vitamine D-tekort was een ander ogenschijnlijk uitgebannen verschijnsel in Nederland. Het laatste artikel erover was in 1964 verschenen, maar in 1982 en opnieuw in 1999 meldden klinische lessen dat rachitis weer vaker werd waargenomen bij buitenlandse kinderen. Te weinig zonlicht en slechte voeding bleken de voornaamste oorzaken [1982:610-3; 1999:593-7]. Onder de titel *Hypovitaminose D: een versluierde diagnose* stelde een huisarts in 2001 het vitamine D-tekort aan de orde omdat zij dit geregeld constateerde bij gesluierd gaande vrouwelijke migranten, vooral bij degenen die gepigmenteerd waren en weinig melkproducten gebruikten. De verschijnselen waren spierzwakte en bot- en spierpijnen als symptomen van osteomalacie [2001:2057-60]. Het bleek te gaan om aanzienlijke aantallen vrouwen en om aanzienlijke tekorten [2002:1100-1]. Van 51 onderzochte gesluierte Turkse – en overwegend jongere – vrouwen bleek 82% een 25(OH)D-concentratie < 20 nmol/l te hebben, wat werd aangemerkt als een ernstige deficiëntie (de minimumconcentratie is 30 nmol/l).

Figuur 3.5
Turkse (n = 51) en Nederlandse vrouwen (n = 32), gerangschikt op serumconcentratie 25-hydroxyvitamine D (25(OH)D). [2002:1101]



Figuur 3.6
Verband tussen de concentraties van vitamine D (calcidiol) bij 92 atermen zwangeren en hun pasgeborenen (navelstrengbloed): spreidingsdiagram met mediaan (doorgetrokken lijn) en 95%-betrouwbaarheidsinterval (stippellijnen), berekend met orthogonale-regressieanalyse. [2006:497]

Dit was een groot verschil met de Nederlandse vrouwen, van wie slechts 6% een ernstig tekort had; bovendien betrof dat vooral oudere vrouwen [figuur 3.5].

Hypovitaminose D bij de moeder heeft ook gevolgen voor de foetus en voor pasgeborenen. Door hypocalciëmie kunnen convulsies bij zuigelingen optreden [2005:257-60]. Uit een onderzoek onder zwangere vrouwen in de regio Amersfoort bleek dat ruim de helft van de niet-westerse allochtone zwangere vrouwen én van hun pasgeborenen een ernstige vitamine D-deficiëntie had. Bij de autochtone groep lag dit rond de 5% [2006:495-9]; [figuur 3.6].

Cultuurverschillen: permanent of veranderlijk?

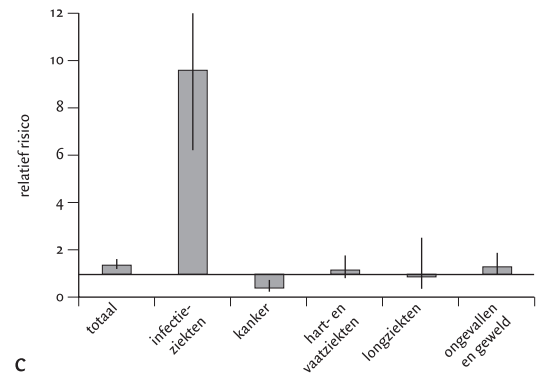
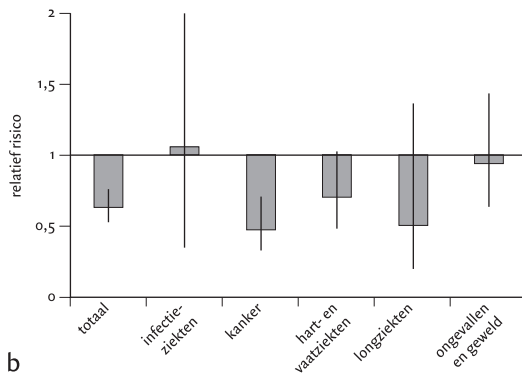
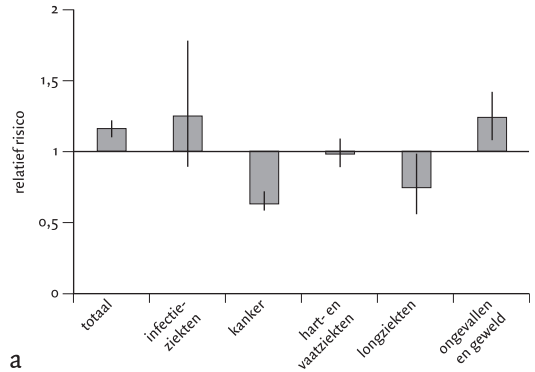
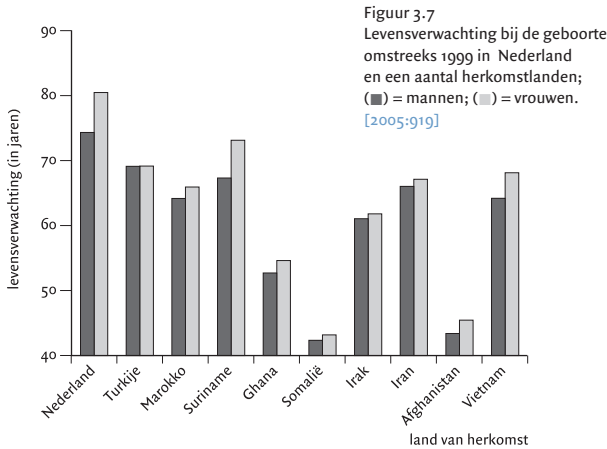
De groeiende Turkse en Marokkaanse bevolking bracht in de jaren zeventig het thema ‘culturele verschillen in de spreekkamer’ op de agenda. Een vroeg artikel over *Islam en medische ethiek* poogde de Nederlandse arts enig begrip bij te brengen voor de manier waarop islamitische geboden en verboden soms doorwerken in arts-patiëntcontacten [1970:63-5]. Veertien jaar later volgde een artikel waarin de auteur beschrijft hoe in islamitische landen over ziekteorzaken en gebruikelijke behandelwijzen wordt gedacht [1984:964-7]. De communicatieproblemen werden niet alleen geweten aan een gebrekkige taalbeheersing van de patiënten, maar vooral aan een verschillende presentatie van problemen en klachten. In enkele artikelen werd beschreven hoe met name Marokkaanse mensen in hoge mate psychische problemen somatiseren en groot belang hechten aan behandeling met medicijnen [1978:1555-8; 1982:892-5; 1986:725-7]. Dat leidde een enkele keer tot een krenkende bejegening van de patiënt. Een Marokkaanse vrouw met jarenlang vage buik- en darmklachten kwam van vakantie terug met een enorme

lading medicijnen, voorgeschreven door een cardioloog in Rabat. De Nederlandse internist begon bij het zien van die medicijnen te lachen, haalde er collega's bij om in de pret te delen en gooide vervolgens alles in de prullenbak. Hij schreef zonder verdere uitleg driemaal daags 50 mg oxazepam voor. De vrouw bleef ervan overtuigd dat de weggegooide medicijnen haar redding waren [1986:725-7].

Bij taboeonderwerpen zoals seksuele problemen was het culturele verschil onoverbrugbaar, daar seksuologen, in tegenstelling tot allochtone cliënten, juist geheel ingesteld waren op het 'bespreekbaar maken' van sociale en psychische omstandigheden. Pogingen tot behandeling verliepen voor beide partijen uitermate frustrerend [1984:1145-50]. De seksuele problemen en de gezondheidsklachten die gepaard gaan met vrouwenbesnijdenis en infibulatie kwamen ook enkele keren in het Tijdschrift aan de orde [1989:2557-61; 1999:1721-4; 2005:2603-6].

De verschillen in aandoeningen en in presentatie van klachten werden vanaf de jaren negentig epidemiologisch onderzocht. Men bekeek bij groepen allochtone en autochtone Nederlanders bijvoorbeeld de gezondheid en de gezondheidsbeleving, de prevalentie van verschillende ziekten en seksueel overdraagbare aandoeningen, de deelname aan preventieprogramma's voor zuigelingen, en de verschillen in zorggebruik en sterftepatronen [1992:1044-9 en 1065-8; 1994:2188-92; 1995:2726-30; 1996:980-4; 2003:1362-6]. Allochtone en autochtone Nederlanders hebben deels andere klachten en diagnoses. Allochtonen hebben bijvoorbeeld meer maag-darmklachten, oogproblemen, problemen met het bewegingsapparaat en luchtweginfecties. Surinamers verschilden het meest van Nederlanders [1998:2105-9]. De bevindingen waren echter niet altijd eenduidig en er leken ook veranderingen in de loop van de tijd op te treden. In recent onderzoek vertoonden Turken, Marokkanen en autochtone Nederlanders die bij hetzelfde ziekenfonds waren aangesloten géén verschillen in zorggebruik. Bovendien waren de kosten van geneesmiddelengebruik door Turken en Marokkanen lager dan die van autochtonen [2004:1243-7]. Werd de afwijkende presentatie van klachten door allochtonen voorheen geweten aan taal- of cultuurproblemen, inmiddels lijkt dat vooral een gevolg van opleidingsverschillen te zijn. Huisartsen wisten de klacht alleen bij laagopgeleide Marokkaanse patiënten niet altijd te achterhalen, hoewel zij het gesprek in de taal van de patiënten voerden [2000:219-24].

Onder allochtonen die zijn geboren in landen met een lagere levensverwachting zijn de sterftcijfers niet altijd hoger dan bij autochtonen. Wanneer ze worden gecorrigeerd voor demografische variabelen – onder meer leeftijd, urbanisatiegraad en sociaal-economische status – liggen ze vaak gelijk of zelfs lager. Wel sterven leden van bepaalde etnische groepen vaker aan bijvoorbeeld infectieziekten, ongevallen en geweld, en minder vaak aan kanker of hart- en vaatziekten. De cijfers vertonen soms nog een ander



Figuur 3.8
Relatieve risico's voor sterfte aan verschillende doodsoorzaken in 1995-2000 in enkele groepen niet-westerse alloctonen in vergelijking met autochtone Nederlanders: (a) Turkse mannen, (b) Iraakse mannen en vrouwen, (c) Somalische mannen en vrouwen. [2005:921]

patroon: jonge alloctonen hebben een hogere mortaliteit dan autoctonen, oudere een lagere. Dit wordt geweten aan ongevallen en geweld [2005:917-23]; [figuur 3.7 en 3.8].

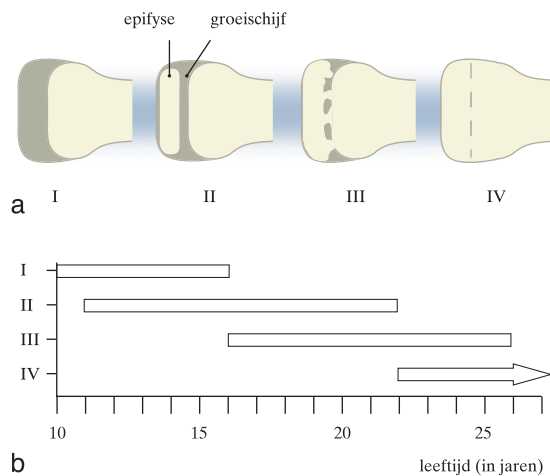
Bij psychiatrische ziekten is het beeld nog onduidelijk, maar er zijn sterke aanwijzingen voor enkele reële etnische verschillen. In 1994 rapporteerde onderzoek een 'onrustbarende' incidentie van schizofrenie onder de eerste generatie mannelijke migranten uit Suriname, de Nederlandse Antillen en Marokko, alsook onder Surinaamse vrouwen. Alleen voor Turken weken de cijfers niet af van die voor autochtone Nederlanders [1994:345-50]. Het onderzoek kon geen duidelijke verklaring geven. De hypothese van selectieve migratie door schizofrene mensen werd later weerlegd door onderzoek in Suriname naar migratiepatronen van (pre)schizofrene patiënten [1998:464-8]. De onderzoekers konden in 1994 niet uitsluiten dat culturele verschillen in de uiting van psychiatrische problemen tot diagnostische vergissingen hadden geleid. Onderzoek in Amsterdam ontcrachtte de meeste bevindingen uit 1994, maar onderzoek in Den Haag bevestigde ze juist weer [1996:368-71; 2001:1647-51]. Sterker nog, de incidentie bleek niet alleen

hoger voor Surinaamse, Antilliaanse en Marokkaanse mannen van de eerste generatie, maar ook voor Surinaamse en Marokkaanse mannen van de tweede generatie.

In 2003 vond een korte discussie plaats over de vraag of de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap voldoende informatie over culturele diversiteit bevatten [2003:1668-71; 1691-6 en 2194-5]. Ook bepleiten sommige auteurs meer aandacht voor etnische ziekteverschillen in het medisch onderwijs [2003:789-92 en 815-9]. De onderwijsbevolking is overigens inmiddels zelf aardig intercultureel: een kwart van de geneeskundestudenten is van buitenlandse herkomst; zo'n 18% is van niet-westerse oorsprong [2003:806-9].

Politiek en medische ethiek

De vluchtelingenstroom noopte de Nederlandse politiek aan het eind van de 20e eeuw tot strengere toelatingscriteria. Vanwege internationale afspraken moeten alleenstaande minderjarige asielzoekers (ama's) sneller worden toegelaten, maar de Nederlandse overheid vermoedde misbruik van deze mogelijkheid – het aandeel van 'minderjarigen' in de asielzoekersstroom steeg snel – en introduceerde daarom een leeftijdonderzoek [2001:229-33]. Daar er geen eenvoudige medische test is, werden meerdere onderzoeken uitgevoerd: een leeftijdonderzoek om antropologische maten op te nemen, de mate van seksuele ontwikkeling te bepalen en eventuele ontwikkelingsstoornissen vast te stellen; en röntgenfoto's van de linker hand en een sleutelbeen om skeletrijping te bepalen. Sluiting van de epifysaire schijf in de pols wijst erop dat een vrouw ouder is dan 14,5 jaar en een man ouder dan 16, en via het sleutelbeen is vast te stellen of een individu ouder is dan 20 [figuur 3.9].



Figuur 3.9
 (a) Ontwikkelingsstadia van het mediale uiteinde van een clavicula:
 I: geen verbening zichtbaar;
 II: gedeeltelijke verbening;
 III: beginnende sluiting;
 IV: volledige sluiting;
 (b) spreiding van de leeftijden waarop deze stadia zich voordoen, op basis van CT-onderzoek.
 [2004:2276]

Artsen stonden voor een ethisch dilemma. De leeftijdonderzoeken werden niet betrouwbaar geacht en er golden in het algemeen ethische bezwaren tegen de procedure. Medewerking van de asielzoekers was vrijwillig, maar er was volgens onderzoekers toch moeilijk van vrijwilligheid of ‘informed consent’ te spreken bij mensen die minimale uitleg krijgen, in grote afhankelijkheid verkeren, niet van hun rechten op de hoogte zijn en bovendien slechte ervaringen hebben met de autoriteiten in hun land van herkomst [2001:229-33]. Daarbij, hoe betrouwbaar waren de röntgenfotobeoordelingen van skeletrijping nu eigenlijk? De techniek wierp belemmeringen op: een verkeerde stralenrichting of overprojectie van wervel- of ribstructuren kon de beoordeling van de röntgenfoto’s sterk bemoeilijken. Er bleek dan ook een grote interwaarnemervariatie te zijn. Het oordeel luidde dat deze methode ‘vanuit radiologisch perspectief (a) niet goed wetenschappelijk onderbouwd is; (b) technisch niet adequaat is; en (c) subjectief en niet toetsbaar is’ [2004:2274-9]. Dat oordeel werd in een begeleidend commentaar weer genuanceerd: de bruikbaarheid van de methode diende nader empirisch onderzocht te worden [2004:2259-61].

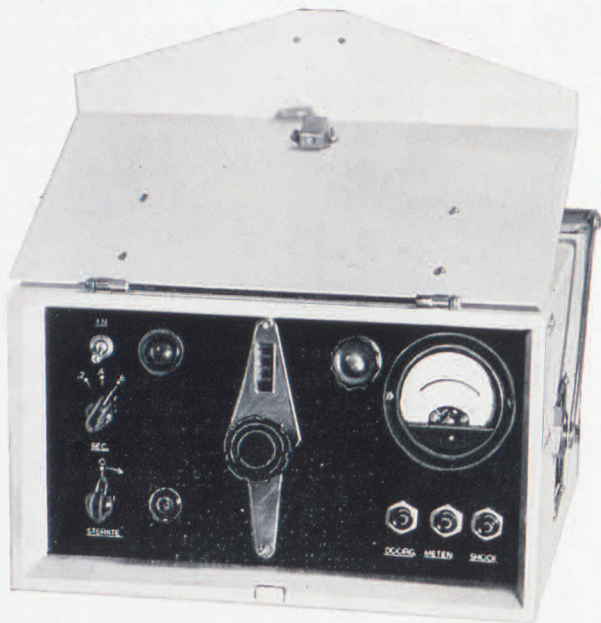
JURIDISERING VAN DE GENEESKUNDE

De verhouding tussen arts en patiënt was tot de jaren tachtig zeer ongelijk, paternalistisch en gebaseerd op vertrouwen, zo memoreerde C. Spreeuwenberg, hoogleraar Zorgwetenschappen te Maastricht, in 1994 vlak voor de invoering van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO): ‘Vertrouwen hield toen in dat de arts zijn best deed en dat hij alles vermeed om onnodige schade te berokkenen. Vertrouwen betekende tevens dat de patiënt zich aan de arts overgaf zonder al te veel verder te vragen. Het paste in die opvatting van vertrouwen om patiënten niet op de hoogte te stellen van een levensbedreigende aandoening en hen niet te informeren over de risico’s van ingrepen’ [1994:2452-5]. Rond 1975 begon dit te veranderen, althans bij jongere artsen. Want toenmalig hoofdredacteur L.B.W. Jongkees bijvoorbeeld vond het spreken van de waarheid aan het ziekbed een afkeurenswaardige mode met slechte gevolgen voor de patiënt [1978:921-3]. Andere artsen worstelden. ‘Hoe kunnen we weten wat de patiënt kan dragen?’ vroeg een auteur van een klinische les in 1981 [1981:1321-6]. ‘Vragen naar waarheid zijn vaak vragen naar aandacht.’

Dat was niet helemaal waar. Het ging patiënten ook om het recht om over eigen lijf, leden en geest te beschikken, dus het kunnen instemmen met of weigeren van een behandeling. Dat werd het voor het eerst tot maatschappelijk probleem verheven door psychiatrische patiënten en hun sympathisanten. Patiëntenverenigingen bestonden in Nederland al lang (in 1921 werd de Vereniging tot Behartiging der Belangen van Tuberculosepatiënten in

Draagbaar model

Universele uitvoering

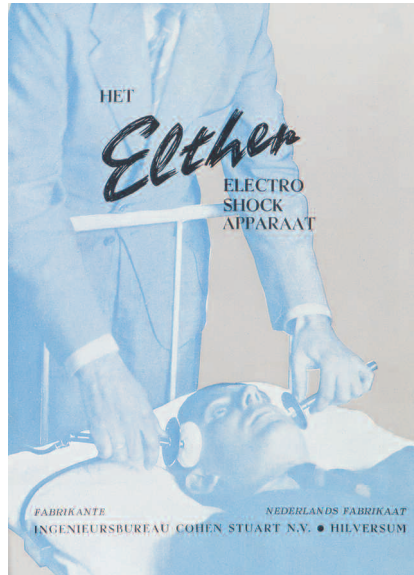


Het systeem van de uitgestelde shock, in de Amerikaanse literatuur elektrische narcose genoemd, is reeds in verschillende klinieken in Nederland in gebruik. Er zijn al veelbelovende resultaten mede bereikt. De eerste onderzoeken hiermede gedaan in de St. Willibrordus Stichting te Heiloo bevestigen de gunstige verwachtingen.

Terwijl bij de gewone shock, doseringen worden toegepast in de orde van grootte van $\frac{1}{2}$ sec. en 1000 milli-Ampère, wordt hier begonnen met een tijd van ± 30 sec. en 160 milli-Amp. Na de shock die hierbij optreedt wordt de dosering verminderd tot een gemiddelde van 50 oplopend tot 100 milli-Amp. en ± 7 minuten volgehouden. Het regelmatig toedienen van zuurstof is in bijna alle gevallen gewenst.

Een eerste publicatie over dit systeem is verschenen in: The Journal of Nervous and Mental Disease, Vol. 103, February 1946, No. 2.

„Electronarcosis, its applications and therapeutic effect in Schizophrenia”, by A. van Harreveld, Wiersma etc.



Figuur 3.10
Reclamefolder draagbaar
ECT-apparaat.



Figuur 3.11
De ontruiming van Dennendal,
afdeling voor zwakzinnigen van de
Willem Arntz Stichting, in 1974.
De ontslagen directeur Carel Muller
was onder de bezetters die zich
gewillig door de politie weg lieten
leiden.

Nederland opgericht, in 1924 de Centrale Vereniging ter Behartiging van de Maatschappelijke Belangen van Zenuw- en Zielszieken), maar in de jaren zeventig begonnen nieuwe organisaties voor psychiatrische patiënten publiekelijk te protesteren tegen de vaak inhumane behandeling in psychiatrische ziekenhuizen, waar dwangbehandeling, isolatie, ‘platspuiten’ en elektroshock geen uitzonderingen waren [figuur 3.10].

In enkele klinieken startten jonge, idealistische hulpverleners ‘antipsychiatrische’ experimenten waarbij zij naar andere behandel- en omgangsvormen zochten. Het voorbeeld dat de meeste media-aandacht trok, was Dennendal, de afdeling voor zwakzinnigen van de Willem Arntz Stichting in Den Dolder. Hier ontstond een bitter conflict dat in 1974 met overheidsingrijpen werd beëindigd [figuur 3.11].

Een en ander leidde in 1975 tot de instelling van de werkgroep ‘rechtspositie patiënten in psychiatrische ziekenhuizen’, onder voorzitterschap van de Groningse hoogleraar Psychiatrie W.K.van Dijk. De rapporten van deze commissie hadden een enorme maatschappelijke impact.

Dat de wetgeving over patiëntenrechten alle patiënten moest omvatten, was snel duidelijk en dit werd gesteund door de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, J.P.M.Hendriks. W.Schuurmans Stekhoven, arts én jurist, die in die jaren veel bijdragen aan het Tijdschrift heeft geleverd, reageerde hierop [figuur 3.12].

Hij reproduceerde in het Tijdschrift een Amerikaans document over de rechten van in ziekenhuis opgenomen patiënten, in 1972 uitgebracht door de American Hospital Association [1977:73-4]. Enkele jaren later wees hij op het Verdrag van Rome over de Rechten van de Mens. Dit was ook voor het patiëntenrecht van belang, zoals het recht om over het eigen leven te beschikken en het verbod op onmenselijke behandeling. Het was volgens Schuurmans Stekhoven ‘dringend noodzakelijk’ dat de artsenwereld en de overheid zich hiermee bezighielden [1979:55-7]. Dat gebeurde: in 1978 werd een commissie Rechten van de Patiënt geïnstalleerd bij de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, die in 1982 rapporteerde. Een belangrijk lid hiervan was H.J.J.Leenen.² Daarnaast ontplooidde de KNMG activiteiten. Ze bracht bijvoorbeeld in 1990, in samenwerking met de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), een modelregeling ‘Arts-patiënt’ uit, waarin rechten en plichten van beiden werden vastgelegd.



Figuur 3.12
W.Schuurmans Stekhoven.

Patiëntenrechten en kwaliteit van zorg

Aan het eind van de 20e eeuw kwam in Nederland een groot aantal gezondheidswetten tot stand die uitgingen van de lichamelijke en geestelijke integriteit van patiënten en hun zelfbeschikkingsrecht centraal stelden. Naast de genoemde Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst

(WGBO), zijn er ook specifiekere wetten, zoals de Wet inzake Medische Experimenten, de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector en de Wet Persoonsregistraties [1994:2449-51]. Zelfs de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ), die in 1994 de meer dan honderd jaar oude Krankzinnigenwet verving en die een uitzondering regelt op de toestemmingseis, is doortrokken van het idee van een zo groot mogelijke zelfbeschikking van de gedwongen opgenomen patiënt.

Daarnaast werden patiëntenrechten onderdeel van algemeen overheidsbeleid om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG), ingevoerd in 1997, regelt de kwaliteit van de individuele beroepsuitoefening; de Kwaliteitswet Zorginstellingen, van kracht sinds 1996, richt zich op de zorgkwaliteit op instellingsniveau. De Nederlandse wetgever stelt algemene normen op, maar mengt zich niet in de directe hulpverlening van de arts aan de patiënt. De WGBO verwijst naar 'goed hulpverlenerschap' en doelt daarbij op de professionele standaard zoals omschreven door de beroepsorganisaties. Een bijkomende nieuwigheid van al deze gezondheidswetgeving was dat ze regelmatig geëvalueerd zou gaan worden op effecten, knelpunten en doelmatigheid.

In het Tijdschrift hielden gezondheidsjuristen zoals H.J.J. Leenen, mw.H.D.C. Roscam Abbing en J.K.M. Gevers de lezers op de hoogte van de ontwikkelingen. Het volgende is grotendeels aan hun stukken ontleend. Artsen lieten zich niet onbetuigd aangezien de wetgeving hun beroepsuitoefening beïnvloedde en soms bemoeilijkte. Vanwege die sterke verbinding tussen beroepsuitoefening, kwaliteit van zorg en patiëntenrecht gaan wij nader in op de Wet BIG en de WGBO.

Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

Tussen 1865 en 1992 genoten artsen beroepsbescherming volgens de Wet Uitoefening Geneeskunst (WUG). Die verbood niet-erkende, want niet officieel opgeleide genezers het uitoefenen van de geneeskunst. De wet werd echter grootschalig overtreden en een staatscommissie adviseerde haar te vervangen. Dat proces duurde van 1973 tot 1992. Toen werd de Wet BIG aanvaard, die vanaf 1997 gefaseerd is ingevoerd. De beroepsbescherming is vervangen door titelbescherming voor bepaalde beroepsbeoefenaren die voldoende kwalificatie hebben verkregen via erkende opleidingen. Dit geldt voor artsen, tandartsen, apothekers, klinisch psychologen, psychotherapeuten, verloskundigen en fysiotherapeuten, mits zij zich registreren. Ook de al eerder door de beroepsgroep opgezette specialistenregistratie kreeg een wettelijke basis. Niet-erkend opgeleide genezers kunnen zich niet registreren en dus geen beschermde titel voeren, maar zij mogen wel hun 'geneeskunst' uitoefenen zolang zij geen schade toebrengen. Dat wordt wel 'vrijheid onder voorbehoud' genoemd [1999:210-3]. Dat was een bittere pil voor artsen, zoals hierna wordt beschreven [zie bl. 200].

Er is wel een beperkte vorm van beroepsbescherming gehandhaafd: er zijn enkele verrichtingen omschreven die dusdanige risico's voor patiënten inhouden dat ze uitsluitend mogen worden uitgevoerd door aangewezen beroepsgroepen. Het gaat bij deze 'voorbehouden handelingen' bijvoorbeeld om puncties, injecties, katheterisaties en endoscopieën, heel- en verloskundige handelingen, narcotiseren, gebruiken van radioactieve stoffen of stralingstoestellen of toedienen van elektroshocks. Er werd op wetgevingsniveau veel gedelibereerd over deze lijst en over de additionele eis dat de uitvoerder niet alleen gekwalificeerd, maar ook bekwaam en dus ervaren moet zijn. Ook veel discussie was er over het omgekeerde, namelijk dat deze handelingen soms toch mogen worden uitgevoerd door een onbevoegde, maar bekwaame hulpverlener, echter uitsluitend in opdracht en onder toezicht van een bevoegde persoon die zo nodig zelf kan ingrijpen [1992:1742-5].

Behalve kwaliteitseisen in de vorm van titelbescherming is in de Wet BIG ook kwaliteitscontrole ingevoerd: voor een aantal beroepen geldt een periodieke herregistratie, die alleen kan geschieden wanneer voldoende na- en bijscholing is gevolgd.

Met de Wet BIG veranderde ook het sinds 1928 geldende medisch tucht-recht. Zo kunnen sindsdien meer mensen dan alleen de direct getroffene, de naaste betrokkenen of de Inspectie voor de Gezondheidszorg een klacht indienen. De procedure is in principe openbaar, als gevolg van Europese jurisprudentie. Tevens werd het tucht-recht uitgebreid tot klinisch psychologen en fysiotherapeuten. Het geldt uiteraard niet voor niet-erkende genezers, daar die niet onder de Wet BIG vallen. Die zijn alleen strafrechtelijk aan te pakken en niet preventief, maar alleen repressief, dus pas *nadat* schade is aangericht [1987:22-5; 1992:2380-4].

In 2001-2002 werd de Wet BIG geëvalueerd [2003:893-5]. Hoewel op onderdelen duidelijke kwaliteitsverbetering was opgetreden, bleken er toch ook tekortkomingen. Ter ondervanging van de ruimte die aan alternatieve genezers wordt gelaten, werd de mogelijkheid geschapen dat het Openbaar Ministerie (OM) een genezer zou bevelen zich van bepaalde handelingen te onthouden. Het OM bleek echter inactief. Sommigen achtten de Inspectie geschikter om op te treden, maar of deze instantie dat ook zou doen, bleef de vraag. In een onderzoek bleek de Inspectie ná invoering van de Wet BIG minder klachten te hebben ingediend dan in de periode ervoor [2004:135-9]. Het aantal ingediende klachten van patiënten was na de invoering van de Wet BIG ongewijzigd, terwijl een stijging was verwacht. Dit zou een gevolg kunnen zijn van de invoering van de Wet Klacht-recht Cliënten Zorgsector, waardoor mogelijk meer klachten door klachtencommissies zijn afgehandeld. De aangeklaagde beroepsbeoefenaren waren nog steeds voor 92% artsen, meestal wegens 'geen of onvoldoende zorg' of 'onjuiste behandeling'. Het aantal gegrond verklaarde klachten was gedaald van 19 naar 15%, wat in verband werd gebracht met de veranderde samenstelling van de tuchtcom-

missies: meer juristen, minder artsen. Deze verhouding was echter juist gewijzigd vanwege het verwijt dat artsen elkaar de hand boven het hoofd houden.

Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

Ook de WGBO had een lange voorbereidingstijd, ongeveer 15 jaar. De wet werd aanvaard in 1994 en trad in werking in 1995. Nederland was in Europees verband uniek daar deze algemene regeling van patiëntenrechten werd uitgewerkt binnen overeenkomstenrecht: er werd uitgegaan van een samenwerkingsrelatie tussen hulpverlener en patiënt. Kernelementen zijn het recht op informatie, het toestemmingsvereiste en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënt [1994:2452-5]. De arts behoort een patiënt alle benodigde informatie te verstrekken over diens ziekte en over mogelijke behandelingen en risico's daarvan. Alleen onder uitzonderlijke omstandigheden heeft de arts het recht geen informatie te geven – de 'therapeutische exceptie'. De patiënt zelf mag wél bepalen niet geïnformeerd te willen worden en ook dat dienen hulpverleners te respecteren. Het uitgangspunt van de 'samenwerkingsrelatie' maakte de arts-patiëntrelatie misschien minder ongelijk, maar iedereen beseftte ook dat ze nooit totaal gelijkwaardig kon worden: 'Zelfs de meest mondige en geïnformeerde patiënt heeft er moeite mee zich ten opzichte van de arts staande te houden. De patiënt merkt hoe ongelijk de positie, de macht en de deskundigheid zijn. Dit is geen verwijt, maar een vaststelling' [1994:2452-5].

Het was ook de vraag of dat erg was. Jaren eerder had de voormalige hoofdredacteur van *The New England Journal of Medicine*, F. Ingelfinger, beweerd dat deze ongelijkheid zelfs nodig was voor goede patiëntenzorg. Ingelfinger was een expert op het gebied van slokdarmkanker, de aandoening waaraan hij zelf kwam te lijden. In een vertaald artikel dat na zijn dood in het Tijdschrift werd geplaatst, beschreef hij hoe zijn kennis en alle tegenstrijdige adviezen van bevriende specialisten hem radeloos en besluiteloos maakten. Hij bleek behoefte te hebben aan een ouderwetse, kundige dokter met overwicht, die de beslissingen niet overliet aan zijn patiënt, maar er zelf de verantwoordelijkheid voor nam [1982:41-5].

De WGBO gaat verder in op de dossierplicht, het inzagerecht van de patiënt, de gegevensverstrekking aan derden, de positie van minderjarigen en wilsonbekwame meerderjarigen, en op het toestemmingsvereiste voor het gebruik van patiëntengegevens of lichaamsmateriaal in wetenschappelijk onderzoek. Enkele mensen vreesden dat die toestemmingsverplichting wetenschappelijke ontwikkelingen in de geneeskunde zou kunnen schaden. Tot dat moment konden patiëntengegevens en lichaamsmaterialen voor onderzoek zonder toestemming van de patiënt worden gebruikt. De WGBO bepaalde dat patiëntengegevens konden worden overgeheveld naar een spe-

ciaal onderzoeksbestand, waar dan de Wet Bescherming Persoonsgegevens op van toepassing is. Indien de gegevens geanonimiseerd werden, hoefde geen toestemming van de patiënt te worden verkregen. Bij niet-geanonimiseerde patiëntengegevens is die wel vereist, en ook voor elk onderzoek opnieuw. Echter, zo betoogden onderzoekers, bepaald onderzoek vergt het op naam opvragen van gegevens van grote groepen patiënten. Dat geldt bijvoorbeeld voor epidemiologisch onderzoek naar een bepaald type hartklepprothese – in dit geval van Björk-Shiley – dat vermoedelijk ondeugdelijk is [1998:1645-8]. Het artikel ging vergezeld van een fel commentaar van J.P.Vandenbroucke: ‘De medisch-ethicus en de gezondheidsjurist menen het primaat te hebben van het juiste uitgangspunt, enerzijds zich baserend op de autonomie van de patiënt, anderzijds op de grondwet, hetgeen, vrij samengevat, erop neerkomt dat niemand verplicht kan worden bij te dragen aan het goed van een ander, zelfs niet als men daar niet de minste last van heeft’ [1990:5-6].

Sommige auteurs vroegen zich af in hoeverre patiënten zelf zulke vergaande privacybescherming eisen. Een grote meerderheid van de mensen die voor eigen gebruik geneesmiddelen kwamen afhalen in hun apotheek in elk geval niet. Zij antwoordden op een enquête er geen bezwaar tegen te hebben als hun arts of apotheker de door hen ervaren bijwerkingen van geneesmiddelen zouden melden aan de Inspectie, zelfs als dat met naam en adres zou gebeuren. Zij hadden evenmin bezwaar als hun medische gegevens zonder hun toestemming in onderzoek zouden worden gebruikt, mits dat onder medische geheimhouding zou gebeuren [1996:1989-92].

Het evaluatierapport van de WGBO uit 2000 concentreerde zich op het geven van informatie, het verkrijgen van toestemming en de omgang met persoonsgegevens. De auteur van een commentaar meende dat het rapport ‘amper als een werkelijke effectbeoordeling kan worden gezien.’ Hij kritiseerde vooral het ontbreken van concrete problemen die als ijkpunt golden om te beoordelen of na invoering van de wet verbetering was opgetreden [2001:512-5]. De auteur van een ander commentaar oordeelde echter ‘met enige reserves’ dat artsen de wet in het algemeen redelijk kennen en naleven. Wel bleek dat met medische gegevens niet altijd werd omgegaan op de wijze die vereist werd door de regelgeving [2001:509-12]. Er ontbrandde een korte discussie in het Tijdschrift, waarin ook de bewaartermijn van medische gegevens en hun gebruik voor onderzoek aan de orde werden gesteld. Medische gegevens moesten 10 jaar bewaard blijven; daarna dienden ze te worden vernietigd. De motivatie hiervoor was de privacybescherming van de patiënt. Een uitzondering gold dossiers waarvan uit oogpunt van goede zorgverlening langer bewaren noodzakelijk werd geacht, zoals bij patiënten met een chronische aandoening, mensen die aan een erfelijke ziekte lijden, desmoeders of ivf-kinderen. Wederom wezen auteurs op de belemmering

voor epidemiologisch onderzoek of de studie van langetermijneffecten van geneesmiddelen en behandelingen. Kennisvergaring daarover is niet louter van theoretisch belang, zo betoogden zij, en ook niet louter voor bovengenoemde patiëntengroepen, maar valt vaak óók onder ‘goed hulpverlenerschap’ te scharen [2001:455-60]. Een soortgelijke argumentatie geldt voor onderzoek met lichaamsmateriaal.

De discussies brachten een commissie van de Gezondheidsraad in 2004 tot het advies de bewaartermijn van dossiers te verlengen tot 30 jaar en bovendien een aparte regeling te ontwerpen voor de bewaartermijn van patiëntengegevens voor onderzoek, op grond van het ‘algemene belang van een goede gezondheidszorg’ [2004:743-7]. In afwachting van een definitief besluit is de bewaartermijn in 2005 voorlopig verlengd tot 15 jaar.

Dat patiënten niet alleen inzagerecht hebben, maar ook hun dossier kunnen laten vernietigen, kreeg eveneens kritiek. De wetgever had hier het recht op zelfbeschikking en privacybescherming zwaar laten wegen, maar een artikel uit 2000 verduidelijkte hoe dat na de invoering van elektronische patiëntendossiers tot bizarre situaties kon leiden. Een huisarts verhaalde over een echtpaar in scheiding dat onafhankelijk van elkaar bij hem langskwam. De vrouw wilde in haar elektronische dossier selecteren welke gegevens naar haar nieuwe huisarts zouden worden gezonden, maar wilde ook bepaalde gezinsgegevens achteraf wijzigen om die in de scheidingsprocedure tegen haar man te gebruiken; de man wilde alle gegevens over hemzelf laten vernietigen [2000:2037-40].

Nog een belangrijke wet voor biomedisch onderzoek is de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met Mensen (WMO), die in 1999 in werking trad. Met deze wet werden medisch-ethische commissies (MEC’s) een verplicht orgaan in medische behandelinstellingen. Elk medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen dient tevoren te worden goedgekeurd door een MEC en patiënten dienen toestemming te verlenen voor medewerking. De WMO staat echter in bepaalde uitzonderingsgevallen onderzoek toe met kinderen en wilsonbekwamen. Het toetsingsdocument is de Verklaring van Helsinki, een internationaal protocol voor experimenten met mensen (de eerste versie ervan is opgesteld door de KNMG) [2003:898-900]. Bij de invoering van de wet publiceerde de redactie van het NTvG de volledige Verklaring van Helsinki, vergezeld van een standpunt waarin zij haar beleid verduidelijkte: ‘Tijdschriftredacties behoren ervoor te zorgen dat zij uitsluitend onderzoek publiceren dat aan de hoogste ethische normen voldoet.’ Daarom kan een artikel over onderzoek uitsluitend worden aanvaard indien expliciet vermeld wordt dat het onderzoek medisch-ethisch is goedgekeurd – wat te controleren valt omdat redacties inzage kunnen vragen in MEC-rapporten – en dat de deelnemers toestemming hebben verleend [1999:33-6].

De opvattingen over de bejegening van patiënten veranderden in de afgelopen 30 jaar niet zozeer onder dwang van wetgeving; de wetten waren

veeleer de weerslag van een mentaliteitsverandering die samenhang met sociaal-culturele omwentelingen. ‘De WGBO codificeert wat in het medische tuchtrecht en door de beroepsorganisatie als de KNMG reeds als eigentijdse patiëntenrechten werd beschouwd,’ aldus Spreeuwenberg [1994:2452-5]. Die ontwikkeling vond in meer westerse landen plaats. Bij onderzoek in de jaren tachtig noteerde men een internationale trend om de plichten van de arts te herformuleren als rechten van de patiënt [1993:1892-4]. Verschillende internationale medische en politieke organisaties houden zich met patiëntenrecht bezig, zoals de Wereldgezondheidsorganisatie, de World Medical Association, de Verenigde Naties, de Europese Unie en de Raad van Europa. Binnen de EU zijn wetten en verordeningen rechtstreeks bindend en moeten ze via nationale regelingen worden uitgevoerd. In 1997 constateerde Leenen dat gezondheidswetgeving steeds meer onder internationale invloed kwam en dat binnen Europa enige gelijkstemmigheid viel te bespeuren [1997:162-4].

ETHIEK: DOKTEREN AAN DE GRENZEN

‘Anticonceptie, kunstmatige inseminatie met donorsperma en abortus provocatus zijn voorbeelden van medisch handelen die nog niet zo lang geleden door de redactie van het tijdschrift nauwelijks werden aanvaard, hoewel anderen meenden dat de tijd er rijp voor was. Nu kan worden vastgesteld dat dit handelen niet alleen plaatsvindt, maar wij publiceren ook uitkomsten, aanwijzingen voor een zo goed mogelijke uitvoering en de begeleiding van degenen die hulp daarin vragen.’ Aldus de hoofdredactie in 1983 in een bijzonder hoofdartikel onder de titel *Over verantwoordelijkheid* [1983:945-6]. Het Tijdschrift stond ambivalent tegenover maatschappelijke en ethische vraagstukken. Anticonceptie en abortus waren lang uit de kolommen geweerd, indachtig de waarschuwing die hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie G.J.Kloosterman al van zijn leermeesters meekreeg: ‘Bemoei je nooit met anticonceptie, want je eindigt als aborteur!’* Maar ten langen leste had de redactie geconstateerd dat ze artsen hiermee geen dienst bewees, daar deze vragen geregeld in elke praktijk aan de orde kwamen.

Hoe de verschillende ethische discussies over medische onderwerpen in de Nederlandse samenleving verliepen, kan uiteraard niet volledig worden weergegeven. Wij concentreren ons op wat zich in het Tijdschrift afspeelde en daarin was kunstmatige inseminatie eind jaren vijftig een belangrijke morele kwestie.

* Interview met G.J.Kloosterman, 13 augustus 1991.

Voortplantingstechnieken: KI, ivf en kloneren

Vanaf begin jaren vijftig ontspoon zich met tussenpozen een intensief debat in het Tijdschrift over kunstmatige inseminatie (KI), aangewakkerd door enkele artsen die deze uitvoerden. Zij pasten KI in eerste instantie toe bij echtparen die niet werkelijk onvruchtbaar waren. Het was volgens hen louter een techniek die ‘in geval van onvermogen tot normale paring, het zaad van de echtgenoot te bestemder plaatse brengt.’ Tot degenen die deze ‘homologe inseminatie’ vóór 1970 bepleitten en zelf ook toepasten, behoorden de arts-seksuoloog L.H.Levie en de gynaecoloog L.I.Swaab, die tevens voorstanders waren van anticonceptie [zie bl. 84]. Bij werkelijke onvruchtbaarheid van de man kon de vrouw alleen worden bevrucht met zaad van een vreemde donor; dat noemde men heterologe of kunstmatige inseminatie door een donor (KID). Deze methode stuitte op groter, voornamelijk religieus verzet: ze zou de foetus tot een ‘overspelige vrucht’ maken [1957:2019]. Er waren meer bezwaren, namelijk dat KID de adoptie concurrentie aandeed en het kind onwetend liet over zijn of haar biologische vader. Men sprak wel over het ‘frauduleus binnenleiden van een kind in een gezin’. Bovendien vreesde men het gevaar van toekomstige huwelijken tussen mensen die zonder het te weten bloedverwanten waren. Dat bleek een verwaarloosbaar risico [1966:1939-43].

Hoewel voorstanders als Levie en Swaab in het Tijdschrift een forum vonden, lukte het hun niet het debat uit de morele sfeer te halen. Zij waren ook in de minderheid: het had een haar gescheeld of de KNMG had KI op het ledencongres van 1962 in de ban gedaan [1984:2045-7]. Buiten medische kringen was de situatie niet anders. Tegenstanders ontwaarden bij beide vormen van inseminatie vele juridische, psychologische en zedelijke problemen voor alle betrokken partijen. Was een kind wettig als een huwelijk feitelijk niet was geconsumeerd of als de juridische vader niet de biologische was? Kon men traumatische effecten voor het kind en voor de niet-biologische vader verwachten? Begaf men zich op het gevaarlijke terrein van de eugenetica? Dan de rol van de arts: nam hij de rol van de Schepper op zich? En wat te denken van de donor: was hij niet slechts een ‘prostitué de l’onanisme’ die vader werd van kinderen ‘die hij niet kent en die hem niet interesseren’ [1958:826-9]?

Verschillende commissies wijdde vanaf eind jaren vijftig dikke rapporten aan deze vragen, meestal met behoudende conclusies. Desondanks begonnen vanaf midden jaren zestig de grenzen van de medische ethiek te verschuiven, schreef Levie zo’n 20 jaar later in een terugblik. Daaraan droegen verschillende omstandigheden bij. In de medische wereld overheerste tot begin jaren zestig een ‘conspiracy of silence’ jegens seksualiteitsvraagstukken, omdat de artsen vóór de oorlog waren opgeleid en gevormd. Seksualiteit was geen onderdeel van de geneeskundeopleiding. Echter, de jongere generatie maakte seksualiteit bespreekbaar. Na de liberalisering van abor-

TABEL I
OVERZICHT VAN DE UITGEVOERDE DONOR-INSEMINATIES

	<i>Aantal</i>	<i>Graviditeiten</i>	<i>Mislukkingen</i>
<i>Eerste inseminatie-reeksen:</i>			
groep A (t.m. 1964)	302	190 (63%)	112
groep B (1965-1969)	216	134 (62%)	82
	518	324 (63%)	194
<i>Vervolgreeksen:</i>			
groep A	158	125	33
groep B	35	23	12
	193	148 (77%)	45
Totaal	711	472 (66%)	239

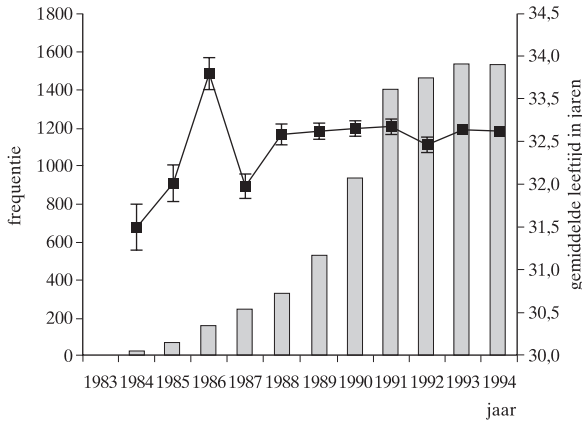
Figuur 3.13
[1974:494]

tus begin jaren zeventig nam bovendien het aantal adoptiekinderen af. Uit onderzoek bleek bovendien dat desastreuze sociale of psychische gevolgen van KI voor kind, gezin en samenleving uitbleven [1974:493-8; 1984:2045-7; 1991:1476-8]; [figuur 3.13].

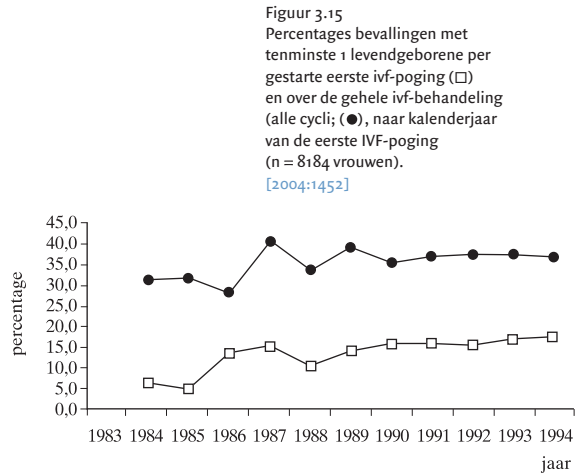
In een spiraal waarin oorzaak en gevolg in elkaar overgaan, nam de bereidwilligheid tot KI onder artsen toe, steeg de bekendheid ervan onder het publiek en groeide de vraag ernaar. In 1960 was ruim 92% van de gynaecologen tegen KID, in 1970 nog maar 42%. Van de medisch studenten was dat laatste jaar nog slechts 3,5% tegen [1971:33-5; 1972:2381-4].

Hieraan droeg wellicht bij dat de technologie voortschreed. Eind jaren zestig kwam de mogelijkheid van in-vitrofertilisatie (ivf), reageerbuisbevruchting, in het vizier. De morele bezwaren tegen donorinseminatie verbleekten bij de veel verderstreckende implicaties van ivf. Zowel de eicel als het sperma kon worden gedoneerd en na bevruchting bij een willekeurige vrouw geïmplantemd of zelfs buiten het lichaam tot ontwikkeling worden gebracht. Zette de eerste mogelijkheid de juridische status van een vader en moeder op losse schroeven, de tweede maakte bovendien termen als ‘geboorte’, ‘bevallen’, ‘natuurlijk’ en ‘buitenechtelijk’ juridisch zinledig [1969:676-7].

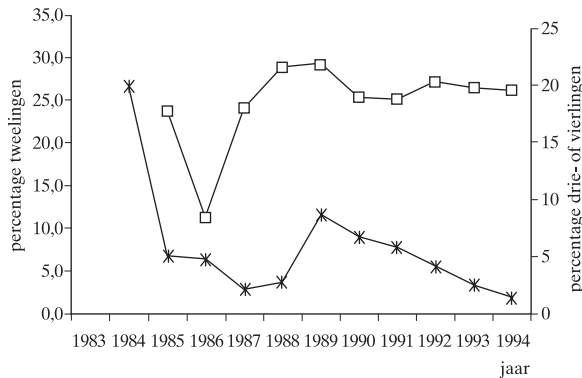
De ontwikkelingen stelden de ethische discussie echter voor voldongen feiten. In 1978 werd in Engeland het eerste reageerbuiskind ter wereld geboren, Louise Brown, en vanaf 1983 volgden kinderen in Nederland [2004:1448-55]. Artsen gedroegen zich in de praktijk maatschappelijk zeer verantwoord. Voor de behandeling kwamen aanvankelijk alleen gehuwde vrouwen in aanmerking die vruchtbare eicellen produceerden, maar complicaties aan de eileiders hadden; daarbij gaat het als het ware om een variant van de ‘homologe inseminatie’ [figuur 3.14]. Een paar jaar later was ivf het experimentele stadium ontgroeid en werd poliklinisch uitvoerbaar. Het is wel opmerkelijk, gezien de angsten die er tevoren over ivf leefden, dat onder-



Figuur 3.14
 Het aantal gestarte eerste cycli (■) en de gemiddelde leeftijd (■), met daarbij aangegeven de standaardfout, bij de eerste IVF-poging, naar kalenderjaar (n = 8184 vrouwen).
 [2004:1450]



Figuur 3.15
 Percentages bevallingen met tenminste 1 levendgeborene per gestarte eerste ivf-poging (□) en over de gehele ivf-behandeling (alle cycli; ●), naar kalenderjaar van de eerste IVF-poging (n = 8184 vrouwen).
 [2004:1452]



Figuur 3.16
 Percentages (per bevalling) van meerlingen ten gevolge van de IVF-behandeling (alle cycli) naar kalenderjaar van de eerste IVF-poging; (□): tweelingen; (*): drie- of meerlingen (n = 8184 vrouwen).
 [2004:1453]

zoek naar de langetermijengevolgen voor kind en ouders achterwege bleef. In geen enkel land werd een goede registratie van ivf-geboorten opgezet. In Nederland duurde het tot 1996 voordat de ivf-centra gegevens verzamelden en openbaarden. Die betroffen echter louter technische aspecten zoals doelmatigheid van de behandeling en meerlingzwangerschappen [figuur 3.15 en 3.16]. Er werd ook landelijk onderzoek opgezet naar het risico op gynaecologische aandoeningen na ivf, het Omega-project [2004:1448-55].

Reeds vanaf 1980 bepaalden vooral de medische en financiële aspecten de discussie over ivf in het Tijdschrift. Slechts één keer ging een ethicus nog in op ethiek. Naar aanleiding van een interim-advies van de Gezondheidsraad stelde L.Fretz zich op het standpunt dat uitsluitend vanuit medisch-ethisch oogpunt moest worden geredeneerd en niet vanuit oogpunt van seksuele moraal. Omdat er soms overtollige embryo's ontstonden, was voor hem de cruciale vraag: 'Mag embryonaal menselijk leven überhaupt zuiver instrumenteel worden gebruikt?' Een antwoord gaf hij niet [1985:393-5]. Dat lijkt kenmerkend voor de latere stukken in het Tijdschrift: men wilde de belangrijkste punten uit de discussie voor de lezers weergeven, niet een mening opdringen.

Inmiddels was de ethische discussie over KI verstomd en werd de behandeling op grote schaal toegepast. Weinig echtparen hadden na de geboorte moeite met hoe het kind was verwekt [1974:493-8]. In 1984 stelde een auteur dan ook dat er vele morele argumenten vóór KI waren, die erop neerkwamen dat kinderen het (samen)leven verrijken en dat sociaal ouderschap van groter belang bleek dan biologisch ouderschap [1980:581-7; 1984:2051-5]. De technologische mogelijkheden breidden zich opnieuw uit. Spermata bleek door invriezen bruikbaar te blijven. Zo konden echtparen geholpen worden waarvan de man een medische behandeling moest ondergaan die hem onvruchtbaar zou kunnen maken. Maar wat als de man overleed? Mocht zijn weduwe zich dan alsnog laten insemineren met zijn zaad? Elke nieuwe mogelijkheid bleek een nieuwe – zij het soms in omvang kleine – vraag te scheppen [1984:2045-7].

Ethische vragen over reproductie waren nog maar nauwelijks opgeworpen of er doemden door de technologische vooruitgang weer nieuwe vergezichten op: bepaling van het geslacht van het embryo, genetische diagnostiek, embryochirurgie en genetische manipulatie. ‘Slaan we een weg in die stapje voor stapje uiteindelijk leidt naar een “Brave new world”? Men denke zich in dat vrijwel iedere technische verworvenheid de mogelijkheid tot misbruik in zich bergt. Is dit een reden om een dergelijke ontwikkeling af te wijzen en daarmee de potentiële zegeningen eveneens de pas af te snijden?’ [1984:2039-45]. Die zegeningen waren de geboorte van gewenste kinderen en soms ook de opheffing van een ander ethisch bezwaar. Toen zich na 1989 de mogelijkheid aandeed van pre-implantatiegenetische diagnostiek (PGD) bij bevruchte eicellen, dook het schrikbeeld op van selectie van embryo’s op geslacht of andere gewenste lichamelijke kenmerken. Voor mensen met ernstige, onbehandelbare erfelijke aandoeningen in de familie, waar soms al een kind door was getroffen, was PGD evenwel een uitkomst [zie ook bl. 112]. Door bevruchte eicellen vóór implantatie te testen kon latere, belastende prenatale diagnostiek bij de foetus worden voorkomen, evenals een eventuele abortus [1998:2441-4]; [figuur 3.17].



Figuur 3.17
Microscopisch beeld van biopsie
van een embryo 3 dagen na
bevruchting.
[2004:2487]

De ethische grenzen schoven verder op. KI en ivf, aanvankelijk alleen bedoeld voor heteroseksuele, gehuwde paren, werden ook aanvaardbaar voor alleenstaande vrouwen of lesbische paren. Het fenomeen draagmoederschap ontstond. De leeftijdsgrenzen voor deelname aan ivf werden opgerekt [2005:992-5]. Bovendien was inmiddels het kloneren van cellen mogelijk geworden. De maatschappelijke discussie concentreerde zich op de toelaatbaarheid van het kloneren van levende of overleden volwassenen. Een artikel in het Tijdschrift verduidelijkte echter dat er 4 categorieën moesten worden onderscheiden [2000:926-31]. Behalve volwassenen kan men pre-implantatie-embryo's kloneren, door embryosplitsing of celkerntransplantatie. Daarnaast kan men kloneren voor reproductie of voor therapeutische doeleinden. Er bestaan moreel relevante verschillen tussen de diverse toepassingen en die vragen om 'een gedifferentieerde stellingname'. Een aantal van de bezwaren tegen reproductief kloneren van volwassenen gold volgens de auteurs niet voor embryo's, zoals het bezwaar dat het onnatuurlijk is of een aantasting betekent van het recht op genetische uniciteit. Gezondheidsrisico's en psychosociale risico's voor het kloonkind waren nog onduidelijk. De angst voor eugenetische toepassingen achtten de auteurs irreëel, want om willekeurig welke gewenste genetische combinatie te verkrijgen is een onrealistische hoeveelheid embryo's nodig. De bezwaren tegen therapeutisch kloneren, bijvoorbeeld voor transplantatiedoeleinden, kwamen neer op bezwaar tegen het louter instrumenteel kweken of gebruiken van (pre-)embryo's. Volgens de auteurs kon dit soms gerechtvaardigd zijn indien geen alternatieven voorhanden zijn of indien de alternatieven moreel niet beter zijn.

Sinds 2002 is in Nederland beperkt onderzoek met geslachtscellen, embryo's en stamcellen mogelijk [2004:2491-6]. De Embryowet verbiedt het uitsluitend kweken van embryo's voor onderzoekdoeleinden. Er mag wel onderzoek worden verricht met geslachtscellen en embryo's die door mensen ter beschikking worden gesteld omdat ze niet meer voor eigen zwangerschap worden gebruikt. Hieruit mogen ook embryonale stamcellen worden gekweekt. De voorwaarden voor onderzoek zijn dat er een zwaarwegend gezondheidsbelang mee is gediend, dat het onderzoek niet op een embryosparende manier is uit te voeren en dat de Centrale Commissie voor Mensgebonden Onderzoek vooraf toestemming heeft verleend.

Dit bracht mensen weer tot verdergaande verzoeken: via ivf en pre-implantatiegenetische diagnostiek een gezond kind ter wereld brengen dat als stamcelldonor kan dienen voor een ernstig ziek zusje of broertje. Dat is nog verboden, maar de ethische discussie is niet ten einde. Ethici zagen wel ernstige bezwaren: is het acceptabel een kind als donor te laten fungeren zonder dat het daar toestemming voor kan geven, en mag men louter om deze reden een kind verwekken [2004:2491-6]? Een briefschrijver wist het antwoord wel: 'Ik vermoed dat het niet lang meer zal duren of dezelfde ethici zullen met een goed geweten hun zegen aan deze methode geven' [2005:783].

*Abortus: van misdrijf tot hulpverlening**

Volgens de eerdergenoemde gynaecoloog Kloosterman wezen artsen het gebruik van voorbehoedmiddelen af uit vrees dat het tot abortus zou leiden. Hoe vreemd die gedachte nu ook lijkt, Kloosterman constateerde achteraf met ironie dat ze klopte: hijzelf, aanvankelijk tegenstander, ontwikkelde zich op grond van praktijkervaringen halverwege de jaren zestig tot voorstander van anticonceptiebeleid en van een legale abortusregeling. Zo verging het vele andere gynaecologen en verloskundigen, onder wie ook prof. dr.P.E.Treffers. Hij schreef in 2006 een terugblik op de abortusdiscussie [2006:567-73]. Die discussie verliep niet zonder slag of stoot, maar achteraf gezien heeft in korte tijd een enorme mentaliteitsverandering plaatsgehad.

Begin jaren zestig kwam de abortusdiscussie in verschillende landen op gang. Toen het thalidomideschandaal eind 1961 losbarstte [zie bl. 194], werd de discussie verbreed met de vraag of abortus geoorloofd was bij vrouwen die dit middel gebruikten tijdens de zwangerschap. Bovendien had de introductie van de pil een onverwacht gevolg: door onzorgvuldig gebruik traden ongewenste zwangerschappen op. De arts voelde zich daarvoor medeverantwoordelijk en kon een abortusverzoek dan niet gemakkelijk afwijzen [2006:567-73].

Medisch Contact publiceerde in 1965 een artikel over de vraag of in Nederland een centrale commissie ingesteld zou moeten worden om abortusaanvragen op sociale en medische indicatie te beoordelen. In het Tijdschrift reageerde de schrijver van een redactioneel commentaar afwijzend [1966:253-4]. Later dat jaar nam het Tijdschrift een artikel op dat tegelijkertijd verscheen in het *Nederlands Juristenblad*, getiteld *Abortus op medische indicatie en strafrecht*. De auteur, de hoogleraar Strafrecht Ch.J.Enschedé, meende dat de wet een strafuitsluitingsgrond voor abortus kende. Een arts kon besluiten tot zwangerschapsafbreking als hij meende dat de gezondheid van de vrouw in gevaar was door voortzetting van de zwangerschap of door de bevalling. De beoordeling werd door de wet uitdrukkelijk aan de arts overgelaten [1966:1349-53].

In een klinische les in hetzelfde nummer sloot prof.dr.P.Muntendam zich bij Enschedé's uitleg aan, maar hij waarschuwde meteen voor een brede interpretatie van het begrip *gezondheid* van de vrouw, 'vooral als men daartoe ook (ten onrechte) het maatschappelijk welbevinden rekent. Dan is het hek van de dam, en de sociale indicatie, al zal men haar sociaal-medisch noemen, ingevoerd.' Muntendam was in die periode een van de invloedrijkste personen in de gezondheidszorg. Hij was hoogleraar Sociale Geneeskunde in Leiden, maar was tijdens zijn lange loopbaan onder meer Inspecteur van de volksgezondheid geweest, directeur-generaal op het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en staatssecretaris van Volksgezond-

* Dit was de titel van een in 1978 verschenen boek van E.Ketting.

heid. Muntendam biechtte op ooit als huisarts, 40 jaar eerder, een abortusverzoek van een jong meisje verkeerd te hebben afgehandeld. Hij wees haar verzoek af, waarna zij zelfmoord pleegde. Zijn antwoord was in moreel opzicht juist geweest, meende Muntendam, maar als hulpverlener had hij gefaald. ‘Daar waar ik nu eens huisarts (family doctor) had kunnen zijn (...) daar volstond ik met de rol van zedeprediker in plaats van mij als arts te verdiepen in de nood van een in haar relaties gestoord meisje, een zieke’ [1966:1337-41].



Figuur 3.18
G.J. Kloosterman

In 1967 debatteerden seksuoloog C. van Emde Boas en G.J. Kloosterman op tv over abortus. Kloosterman herhaalde Enschedé's argument dat abortus op medische indicatie soms mogelijk was en bekende er zelf onder bijzondere omstandigheden toe bereid te zijn [figuur 3.18]. Daags erna werd hij met abortusverzoeken overladen.³ De uitzending bracht de discussie in Nederland in een stroomversnelling. Kloosterman besloot tot de oprichting van het eerste Nederlandse abortusteam in zijn kliniek van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam, een voorbeeld dat spoedig werd gevolgd door andere ziekenhuizen. In de teams werden naast gynaecologen en huisartsen ook psychiaters, psychologen en maatschappelijk werkers opgenomen.

De sociale indicatiestelling werd toch onderwerp van medisch debat. Dat kon ook niet anders, stelde hoogleraar Psychiatrie G.A. Ladee in 1969. Abortus op strikt medische indicatie kwam nauwelijks meer voor. Hij beschreef voor het eerst enkele van de 60 vrouwen die zich in de 2 jaar ervoor tot zijn abortusteam hadden gewend. In 31 gevallen was tot ‘therapeutische abortus’ besloten, maar de redenen hiervoor bleken moeilijk in categorieën te vatten. Het ging vrijwel altijd om het geestelijk of sociaal welzijn van de zwangere zelf of haar directe omgeving. ‘In vrijwel alle bij ons terechtgekomen gevallen zijn wij getroffen door de ernst, de oprechtheid en de nood van de patiënten, waarbij zij, afgezien van voor sommigen hunner te zware financiële offers van een illegale weg, bepaald niet de weg van de minste weerstand van een criminele abortus gaan. De psychische belasting van een in kort tijdsbestek meermalen herhaalde anamnese en team-onderzoek moge niet worden onderschat.’ Ladee waarschuwde ervoor geen eigen normen en levensbeschouwing te laten meespelen en ook de vrouw niet te overstemmen: ‘Men hoort, m.i. terecht, tegenwoordig hier en daar doorklinken, dat de indicatiestelling voor abortus nog vaak te veel een mannenzaak is, waarbij de vrouw zelf, veel meer dan bij andersoortige, óók heel serieuze medische ingrepen, al te zeer als onmondig wordt beschouwd’ [1969:641-9].

Het bracht een briefschrijver in het geweer: ‘Wij verloskundigen (...) moeten bedenken, dat een psychiater voor ons, in geval van ongewenste zwangerschap, geen goede gids is. (...) Niet alleen de mens in het eerste stadium van zijn ontwikkeling, maar ook de patiënt en niet minder ons beroep zijn in gevaar’ [1969:1747]. De abortusteams kwamen zelf rond 1970

tot de conclusie dat hun werk zinloos was, maar om een andere reden: de vrouw kon het beste zelf beslissen. De teams droegen wel bij aan het aanvaardbaar maken van abortushulpverlening onder medici en in de maatschappij [2006:567-73]. Enschedé bepleitte in een vervolg op zijn artikel uit 1966 een geclausuleerd verbod: abortus mag, mits uitgevoerd door een 'bevoegde aborteur' en mits 'deze zich bij zijn besluitvorming en bij de uitvoering aan een aantal regels houdt.' De bevoegde aborteur zou in de toekomst misschien een paramedicus kunnen zijn. Die suggestie wekte meer verzet van Tijdschriftlezers dan het geclausuleerde verbod [1970:1219-21 en 1410-1].

Toen de technieken van prenatale diagnostiek verbeterden, kon in een vroeg stadium een aantal zeer ernstige chromosomale afwijkingen en erfelijke stofwisselingsstoornissen bij de foetus worden vastgesteld [zie bl. 112]. De auteurs die hierover berichtten, meenden dat dit bij de abortusdiscussie moest worden betrokken [1970:1959-65]. Een begeleidend commentaar stelde: 'Als zo vaak, is het probleem hier de plaats van de grens.' Het beslissingsproces lag vooral bij de ouders; de arts was verantwoordelijk voor goede voorlichting. 'De arts is vrij, abortus provocatus te weigeren, maar hij is voor de weigering wel verantwoordelijk, hij moet steekhoudende argumenten voor zijn weigering hebben.'

Inmiddels was in 1970 een initiatiefwetsontwerp ingediend door 2 PvdA-kamerleden. De KNMG bracht in 1971 een standpunt uit: lichamelijke, maar ook geestelijke en sociale omstandigheden konden indicaties voor abortus zijn. Een hoofdredactioneel commentaar in het Tijdschrift onderschreef dit standpunt en bracht een eerder aangeroerd onderwerp opnieuw op de agenda: tot welke week mocht een zwangerschap dan worden afgebroken [1971:1119-20]? De grens zou later op 12 weken worden gesteld, hoewel incidenteel op 'rampindicatie' ook ná dat tijdstip nog tot abortus werd overgegaan. Mettertijd werden daarvoor ook indicaties opgesteld en geschikte methoden ontworpen [1976:2255-63; 1979:1103-10 en 1110-4]. Twintig jaar later bleek zwangerschapsonderbreking na 24 weken, wanneer de vrucht buiten het moederlichaam levensvatbaar is, een eigenstandig probleem. Ook deze ontwikkeling was een gevolg van verbeterde diagnostische technieken. De ingreep bleek bovendien geen zeldzaamheid [1996:590-2 en 600-4]. Overigens werd vanaf 1974 ook abortus in een zeer vroeg stadium mogelijk middels de 'overtijdbehandeling'. Dat was psychisch een minder belastende ingreep voor vrouwen – en voor artsen. Door te spreken van het opwekken van de menstruatie vermeed men de morele en juridische implicaties die waren verbonden aan abortus [1977:1847-52].

Politieke en maatschappelijke incidenten waar de kranten destijds vol van stonden (bijvoorbeeld de bezetting van abortuskliniek Bloemenhove in 1976), zal men niet in het Tijdschrift aantreffen [figuur 3.19]. Echter, toen in 1971 een kabinet aantrad dat abortus wilde decriminaliseren, berichtte



Figuur 3.19
Bezetting abortuskliniek
Bloemenhove in 1976.

W.Schuurmans Stekhoven, zich excuserend dat hij politiek te berde bracht, over ‘het merkwaardigste document, waarmee de artsenwereld ooit is geconfronteerd, nl. een “aborteer-regeerakkoord”.’ Abortus zou niet meer strafbaar zijn indien een arts zich hield aan strikte voorwaarden bij de beoordeling en de uitvoering ervan. De auteur was niet enthousiast en had vooral bezwaar tegen de voorgestelde meldingsplicht bij de Geneeskundige Inspectie, die moest nagaan of de arts volgens de regels had gehandeld [1972:203-5].

Toen in 1975 opnieuw initiatiefwetsontwerpen bij de Tweede Kamer werden ingediend, ruimde het Tijdschrift nog eenmaal plaats in voor twee bijdragen, één voor en één tegen. De redactie waarschuwde tevoren dat hierover geen ingezonden brieven zouden worden opgenomen, omdat geen nut meer viel te verwachten van een gedachtewisseling [1976:809]. De voorstander besprak uitgebreid de humanistisch-ethische overwegingen die abortus volgens hem toelaatbaar maakten; de tegenstander trachtte op biologische gronden aan te tonen dat een embryo al direct na conceptie een individu was, wat vruchtafdrijving tot moord maakte [1976:809-14 en 815-6].

In 1977 werd een abortuswet door de Tweede Kamer aangenomen, maar vervolgens door de Eerste Kamer verworpen. Een nieuw wetsvoorstel werd met nipte meerderheid in 1981 aangenomen en in 1984 ingevoerd. Abortus viel niet langer onder het strafrecht, de arts zou alleen tuchtrechtelijk wor-

den getoetst. Hij moest wel vaststellen of de zwangere vrouw in een ‘onontkoombare noodsituatie’ verkeerde en haar 5 dagen verplichte bedenktijd geven. P.E.Treffers, inmiddels voorstander van legalisering aangezien de abortushulpverlening al jaren goed functioneerde en het aantal zwangerschapsafbrekingen laag was, uitte in een commentaar kritiek: er bestaat geen objectief criterium om een noodsituatie vast te stellen en de bedenktijd is onzin. ‘Het nieuwe gewaad van de abortushulpverlening vertoont veel gelijkenis met de nieuwe kleren van de keizer: het houdt de schijn van een restrictieve besluitvorming op voor hen die erin willen geloven’ [1984:1476-8].

Levensbeëindigend handelen: euthanasie

‘Voor niemand is de dood zo probleemloos als voor de dokter,’ stelde hoogleraar Psychiatrie H.C.Rümke in 1959 [1959:2097-102]. Dat zou echter niet lang meer het geval zijn. De toenemende kennis en technologie om mensen in leven te houden, riep de vraag op of het ook altijd juist was die aan te wenden. Dit leidde in de jaren zestig in westerse landen tot discussie over het recht op een waardige dood. De Nederlandse euthanasiediscussie van de afgelopen 30 jaar was niet uniek, maar het resultaat was dat wel. Historicus J.C.Kennedy analyseerde het euthanasiedebat in Nederland tussen 1968 en 1985.⁴ De discussie werd volgens hem gekenmerkt door pragmatiek. Cruciaal was dat de discussianten de euthanasiekwestie snel tot een medische aangelegenheid bombardeerden, waarmee zij de ethische kwestie of euthanasie überhaupt toelaatbaar was op een zijspoor rangeerden. Toen consensus was bereikt dat euthanasie toegestaan kon worden, mits door artsen beoordeeld en uitgevoerd, begon volgens Kennedy een juridische fase: moest de wet worden aangepast en zo ja, hoe? In het Tijdschrift zijn die medische en juridische fasen terug te zien, evenals de 5 centrale kenmerken die Kennedy aan de Nederlandse discussie ontwaarde: bespreekbaarheid, onvermijdelijkheid, medemenselijkheid, zelfbeschikking en toetsbaarheid.

In 1969 verscheen *Medische macht en medische ethiek* van de zenuwarts prof. dr.J.H.van den Berg [figuur 3.20]. Hij beargumenteerde dat de vroegere medische onmacht om ziekte te bestrijden en handicap te verhelpen was veranderd in medisch-technische macht. Deze had goeds te bieden, maar maakte ook slachtoffers, zoals hij illustreerde met enkele schrijnende patiëntengeschiedenissen en foto’s. Van den Berg bepleitte een nieuwe medische ethiek: ‘het is de arts geboden menselijk leven te behouden, te sparen en te verlengen, waar en wanneer dit zinvol is.’⁵

Binnen en buiten medische kring sloeg het boekje in als een bom. In het Tijdschrift reageerde Schuurmans Stekhoven sympathiserend voor zover het ging om het staken of nalaten van medisch zinloze behandelingen: ‘Ik



Figuur 3.20
Omslag *Medische macht en medische ethiek* van prof.dr.J.H.van den Berg uit 1969.

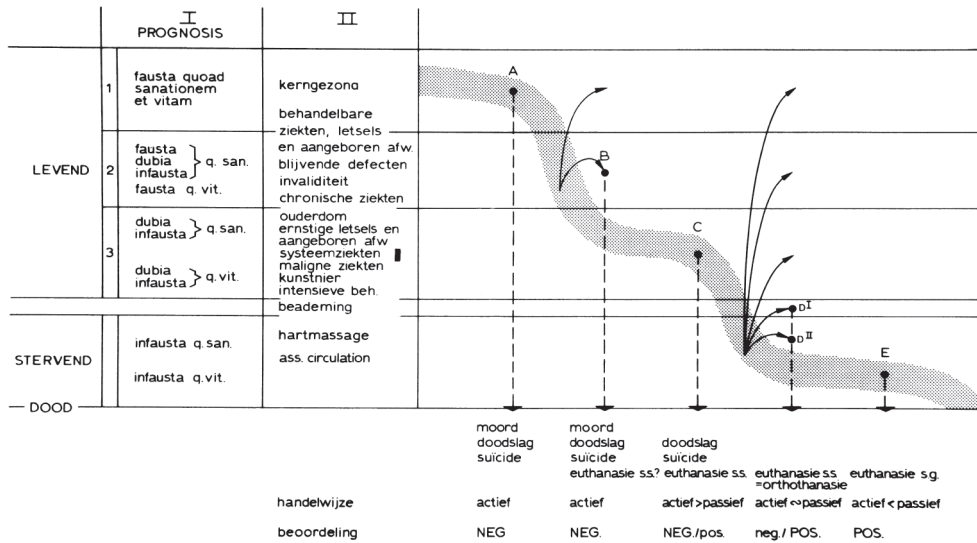
acht het zelfs in strijd met de “rechten van de mens” iemand te beletten zijn natuurlijke dood te sterven (...).’ Het ging hem echter te ver dat Van den Berg ook actieve euthanasie bepleitte. Voorts zat het hem dwars dat Van den Berg zich ‘uitdrukkelijk over de hoofden van de behandelende artsen heen ook tot de patiënten richt, ja zich speciaal tot hen richt met de aanmoediging zelf te bepalen of zij waardig of onwaardig willen sterven (...).’ [1969:1358-60].

Het idee dat de patiënt zich ermee zou gaan bemoeien – dat was wel wat veel gevraagd voor de gemiddelde arts in die tijd. Toch was dergelijke bemoeienis er al, blijkens een vraag in de rubriek ‘Vraag en antwoord’ in 1969 over een patiënt die zich in het ziekenhuis voor een operatie had gemeld met een op schrift gestelde wilsverklaring [1969:1395-8]. In 1973 vond in Leeuwarden de allereerste rechtszaak wegens euthanasie plaats. De arts mw.G.E.Postma-van Boven had haar dodelijk zieke moeder geëuthanaseerd, op uitdrukkelijk en herhaald verzoek van de patiënte zelf. Zij werd niet veroordeeld vanwege de euthanasie per se, maar vanwege een onzorgvuldige uitvoering. De rechtbank formuleerde de eerste eisen voor zorgvuldige euthanasie, die alleen door een arts mocht worden uitgevoerd.

Dat jaar verzocht de redactie van het Tijdschrift L.Meyler, hoogleraar Klinische Farmacologie te Groningen, een bijzonder hoofdartikel over euthanasie te schrijven. Meyler sprak zich net als Van den Berg uit tegen ‘misplaatste therapeutische activiteit’ bij zeer zieke mensen die vroeger een zachte dood zouden zijn gestorven. Er werd te veel onnodige pijn geleden: ‘De mens is vaak barmhartiger tegenover zijn huisdieren dan tegenover zijn allernaaste’ [1973:553-5]. De arts diende het geduld op te brengen om met de patiënt te bespreken of deze verder behandeld wilde worden. Meyler omschreef euthanasie breed als ‘de toepassing van handelingen om doodsstrijd te verlichten’. Dat kon actief zijn, toediening van een dodelijke dosis, en passief, het staken van behandeling of het toepassen van terminale sedatie. Hij gaf de voorkeur aan het laatste, omdat dit primair diende om het lijden te verzachten. Actieve euthanasie kon alleen geoorloofd zijn in de laatste fase van het stervensproces. Meyler meende dat behalve ondraaglijk lichamelijk ook geestelijk lijden een indicatie daarvoor kon zijn. Hij adviseerde artsen om het geweten te toetsen bij een ervaren collega.

Bij Meylers artikel had de hoofdredactie de lezers uitgenodigd tot discussie. Er kwamen in de loop van het jaar 11 uiteenlopende brieven binnen. Een bestuurslid van de net opgerichte Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) vond het onderscheid tussen passieve en actieve euthanasie verkeerd. Het voornaamste punt was het *vrijwillige* verzoek van de patiënt om te sterven [1973:936]. Dit werd later inderdaad het cruciale onderscheid tussen ‘levensbeëindigend handelen’ bij wilsbekwamen en bij wilsonbekwamen.

Tot begin jaren tachtig ontbrak echter overeenstemming over zowel de definitie van euthanasie als de zorgvuldigheidscriteria. Sommigen vonden



Figuur 3.21
Levensbeëindiging en menselijk handelen bij verschillende prognosen. [1975:110]

de grens tussen sederende of actieve levensbeëindiging gradueel en moreel zinloos, anderen deden moeite de verschillende vormen van levensbeëindiging medisch-theoretisch te onderscheiden. G.den Otter, hoogleraar Heelkunde aan de Vrije Universiteit, ontwierp een schema met levens- en stervensfasen. Bij verschillende prognoses kregen levensbeëindigende handelingen volgens hem een andere beoordeling [1975:107-10]; [figuur 3.21]. Het gerekte overlijdensproces van de Spaanse dictator Franco vormde in 1976 een aanleiding om hierop terug te komen. De Spaanse artsen grepen volgens Den Otter eerst terecht curatief in, maar maakten ook vergissingen en onderkenden niet wanneer zij moesten ophouden. Daardoor hadden zij 'de patiënt (en zijn familie) een zinloze hoeveelheid leed berokkend en een menswaardig sterven onmogelijk gemaakt. Zulks behoort een medicus niet te doen' [1976:18-20]. Het kwam Den Otter op de kritiek te staan dat hij zich niet aan intercollegiale toetsing via krantenberichten had moeten bezondigen. Het bleek echter dat de hoofdredactie hem dat had gevraagd [1976:446-7].

De patiënt zelf had geen stem in het Tijdschrift. Zelfbeschikking werd door sommige artsen wel een argument gevonden, maar niet het belangrijkste, want de arts hoorde uiteindelijk de beslissing te nemen. Het medisch primaat werd ook buiten medische kring breed aangehangen. De NVVE heeft steeds op het zelfbeschikkingsrecht van de mens gewezen, maar tegelijkertijd uitgedragen dat het uitvoeren van euthanasie voorbehouden moest blijven aan artsen. De KNMG zou vanaf 1995 het standpunt innemen dat hulp bij zelfdoding te verkiezen was boven euthanasie: dit onderstreept dat arts en patiënt samenwerken, maar dat de patiënt beslist en handelt.⁶ Het standpunt van de KNMG werd geactualiseerd in 2003, waarbij de voorkeur voor hulp bij zelfdoding bleef gehandhaafd.

Bespreekbaarheid als norm

De eerste oproep tot debat in het Tijdschrift, in 1973, had wel tot reacties geleid, maar niet tot medisch zinvolle conclusies. De hoofdredactie organiseerde in 1980 een rondetafelgesprek over de vragen die zich in de feitelijke praktijk van euthanasie aan artsen voordoen. Hierbij werd ook de eerste Nederlandse hoogleraar Gezondheidsrecht H.J.J. Leenen [figuur 3.22] betrokken, die zich zou ontpoppen tot een van de invloedrijkste personen in het euthanasiedebat. Hij zou later veel in het Tijdschrift publiceren. Een verslag van het rondetafelgesprek, onder de titel *De houding van de arts tegenover een verzoek om euthanasie*, verscheen in 1982. Het stelde pragmatisch: ‘Over de ethische en juridische aspecten van de euthanasie bestaan weliswaar verschillen van mening, doch geconstateerd kan worden dat euthanasie in toenemende mate maatschappelijk wordt aanvaard’ [1982:553-6]. De 5 door Kennedy genoemde kenmerken van het Nederlandse debat – bespreekbaarheid, onvermijdelijkheid, medemenselijkheid, zelfbeschikking en toetsbaarheid – kwamen alle aan de orde. Euthanasie werd gedefinieerd als ‘opzettelijk levensverkortend handelen of een opzettelijk nalaten van levensverlengend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek.’ Het staken van een medisch zinloze behandeling zonder verzoek was dus geen euthanasie, evenmin als terminale sedatie dat was. Er volgden praktische wenken over hoe de arts met een euthanasieverzoek moest omgaan: informatie geven over de toestand waarin de patiënt zich bevindt; gewetensbezwaren meteen uitspreken; zich op de hoogte stellen of de aangewezen zorg werd gegeven, inclusief pijnstilling; collega’s consulteren; de overlijdensverklaring naar waarheid invullen.



Figuur 3.22
H.J.J. Leenen.

Het verslag ging vergezeld van een nieuwe oproep tot discussie. Daartoe werd een aparte rubriek ‘Discussie euthanasie’ in het leven geroepen, waarvan lezers dankbaar gebruik maakten. Eén arts was het ‘zeuren over euthanasie’ inmiddels al flink beu. Hij bestreed dat euthanasie een medische handeling was: ‘Hoe oneindig veel beter zou het zijn om de euthanasie, als men die dan met alle geweld wil invoeren, juist in handen te geven van de niet-medici’ [1982:1106-8]. Enkele artsen biechtten anoniem op dat zij euthanasie hadden gepleegd en een ervan was ‘dankbaar (...) dat er bij ons artsen een sfeer gaat ontstaan waarin wij elkaar over dit probleem kunnen raadplegen en waarbij wij niet meer alleen hoeven te staan, met onze kennis, noch met onze emoties’ [1982:1323-4].

Eén bijdrage bepleitte medisch hanteerbare spelregels ter voorkoming van ‘een (te) lichtvaardige toepassing van een handelwijze waarvoor geen weg terug bestaat.’ Uit vrees voor maatschappelijke excessen wilden de auteurs euthanasie expliciet voorbehouden aan artsen en slechts laten geschieden op grond van toetsbare medische indicaties, zoals dat de dodelijk zieke in het eindstadium verkeerde en ondraaglijk leed of voordurend ingrijpende maatregelen behoefde om te blijven leven. Het overlijdens-

formulier moest naar waarheid ingevuld en achteraf getoetst worden door bijvoorbeeld postmortaal onderzoek [1982:1286-8]. Een collega reageerde verheugd dat deze auteurs paal en perk wilden stellen aan een ongebreideld ‘euthanasiasme’ [1982:1608-9], maar een ander ontwaarde toch een paternalistische houding: ‘Vele medici moeten er blijkbaar nog aan wennen dat het zelfbeschikkingsrecht van de mens hem de onvervreembare bevoegdheid geeft om zelf over zijn eigen leven te beslissen’ [1982:1969-70]. Een enkele tegenstander bleef voorstanders er toch van verdenken bepaalde patiëntengroepen op het oog te hebben: al sinds honderd jaar was de euthanasiediscussie doortrokken van economische en sociale motieven, meende hij, ‘al hangt er, zeker de laatste tien jaar, het dunne gordijn van het recht op zelfbeschikking voor’ [1983:472-3].

Terwijl de brieven nog binnendruppelden, werd om niet helemaal duidelijke redenen in 1983 opnieuw discussie over het onderwerp aangekondigd. ‘De redactie heeft de verantwoordelijkheid de ontwikkelingen in de geneeskunde te volgen en de daarbij rijzende problemen aan de orde te stellen,’ aldus het bijzondere hoofdartikel bij 4 bijdragen over euthanasie [1983:945-6]. Waarschijnlijk speelde een rol dat A.J.Dunning, die net daarvoor Jongkees als voorzitter van de hoofdredactie was opgevolgd, een proactieve en misschien zelfs leidende rol van de hoofdredactie wenste. De term ‘actieve rol’ kenmerkt ook de artikelen. Een commentaar beschreef de bruikbare euthanatica en hun juiste toedieningswijze [1983:964-6]. Dit was geschreven door P.V.Admiraal, anesthesioloog en auteur van de brochure *Verantwoorde euthanasie* die in 1980 door de NVVE onder alle Nederlandse artsen was verspreid. Een klinische les en een artikel *Hoe leert de huisarts leven met euthanasie?* verduidelikten dat huisartsen geregeld euthanasieverzoeken kregen, maar dat de besluitvorming en uitvoering moeilijk bleven [1983:946-50 en 961-4]. Omdat artsen zelden het overlijdensformulier naar waarheid invulden, benadrukte Leenen opnieuw de noodzaak daarvan en de verplichting daartoe [1983:966-8].

De hernieuwde oproep tot discussie pakte anders uit dan verwacht. De eerste brief was afkomstig van een redacteur van het Tijdschrift, F.L.Meijler, hoogleraar Cardiologie te Utrecht. Hij waste de hoofdredactie flink de oren: ‘Door dit beleid van de hoofdredactie heeft de actieve euthanasie een glans van medische en formele rechtschapenheid gekregen op een tijdstip dat binnen de geneeskunde en daarbuiten hierover nog volop discussie gaande is (...)’ Hij wenste geen medeverantwoordelijkheid voor de artikelen te nemen en verwoordde het aloude standpunt van Vereniging en redactie: ‘De ware verantwoordelijkheid van de “redactie” is gelegen in het bewaren, het bewaken en vooral het uitdragen van een, het leven boven alles respecterende, geneeskunde en niet in het zich tot spreekbuis maken van maatschappelijke tendensen, die met geneeskunde weinig of niets van doen hebben.’ De hoofdredactie stelde in reactie hierop dat plaatsing van artikelen

geen instemming van alle redacteuren inhield, en dat plaatsing ‘is gebeurd in de overtuiging dat een open discussie de zaak beter dient dan verzwijgen of ontkennen’ [1983:1354-5].

Het was meteen gedaan met de discussie in het Tijdschrift. Dit voorval illustreert dat ook in het Tijdschrift voorstanders van een pragmatische, medische benadering van euthanasie botsten met degenen die vanwege de ethische complicaties liever zagen dat artsen zich afzijdig van de discussie zouden houden. Niet lang daarna was het maatschappelijke debat eveneens beslecht. Halverwege de jaren tachtig ontstond consensus dat euthanasie toegestaan kon worden, mits in medische setting. De Hoge Raad had dat bevestigd in 1984, de KNMG had zorgvuldigheidsrichtlijnen opgesteld, een meerderheid der Nederlanders aanvaardde euthanasie en een Staatscommissie Euthanasie bepleitte een wettelijke regeling. Zoals historicus Kennedy vaststelde, werd de medische fase van de discussie hiermee afgesloten en begon een juridische fase.

Wetgeving en onderzoek

Tussen 1985 en 1990 schreven vooral gezondheidsjuristen en ethici commentaren en artikelen naar aanleiding van staatsrapporten, rechtszaken en wetsvoorstellen [1985:414-7, 1980-2, 2292-3 en 2294-6; 1986:223-5 en 601-4; 1988:1702-5]. Opmerkelijk genoeg verscheen juist in deze periode de enige bijdrage die het euthanasiedebat in historisch perspectief plaatste, namelijk dat van de Duitse discussie hierover tussen 1850 en 1933 [1987:958-64]. De aanleiding was een geruchtmakende publicatie van de hoogleraar Criminologie C.I.Dessaur (ook bekend als de schrijfster Andreas Burnier) met als titel *Euthanasie: de zelfmoord op zieken en bejaarden*.⁷ Zij suggereerde een verband tussen de Nederlandse discussie en de nazipraktijken uit de periode 1933-1945. De auteur die in het NTvG reageerde, de kinderarts R.W.M.Croughs, vond dit een ongenueanceerde vergelijking, maar laakte in navolging van Dessaur de ahistorische opvatting ‘volgens welke het bij de huidige euthanasiediscussie zou gaan om een geheel nieuwe problematiek, opgeroepen door de recente explosie van medisch-technische macht en de daardoor ontstane mogelijkheid om zinloos menselijk leven eindeloos te rekken.’ Hij waarschuwde: ‘Bij de huidige meningsvorming over euthanasie blijft daarom gelden dat wie niet van het verleden wil leren, maakt dat de toen gemaakte fouten zich kunnen herhalen’. Hij meende dat ernstig zieke of gehandicapte kinderen en dementerende ouderen een risico liepen. Familieleden zouden zich misschien moeilijk kunnen verzetten tegen externe druk om hun leven te beëindigen, zeker wanneer er ook economische druk bestond. Er kwam slechts één reactie op dit artikel [1987:1498-9].

Tijdens de juridische fase is in het Tijdschrift ook al het begin van een nieuwe periode te bespeuren, een ‘onderzoeksfase’. In 1990 onderzocht een staatscommissie de vraag hoe vaak verschillende vormen van levensbeëin-

TABEL 2. Ervaring van artsen met euthanasie, hulp bij zelfdoding en levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt in 1990, 1995 en 2001, gebaseerd op artseninterviews; weergegeven zijn percentages

<i>antwoord</i>	1990 (n = 405)	1995 (n = 405)	2001 (n = 410)	p*
euthanasie of hulp bij zelfdoding				
oït uitgevoerd	54	53	57	0,33
uitgevoerd in de afgelopen 24 maanden	24	29	30	0,08
nooit uitgevoerd, maar wel denkbaar onder bepaalde omstandigheden	34	35	32	0,51
zal die nooit uitvoeren, maar wel doorverwijzen naar een andere arts	8	9	10	0,22
zal die nooit uitvoeren en ook niet doorverwijzen	4	3	1	0,002
levensbeëindigend handelen zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt				
oït uitgevoerd	27	23	13	< 0,0001
uitgevoerd in de afgelopen 24 maanden	10	11	5	0,009
nooit uitgevoerd, maar wel denkbaar onder bepaalde omstandigheden	32	32	16	< 0,0001
zal dit nooit uitvoeren	41	45	71	< 0,0001

Figuur 3.23
[2003:1796]

*Waarde van p bij logistischeregressieanalyse met het onderzoeksjaar als voorspellende variabele.

Figuur 3.24
[2003:1797]

TABEL 4. Opvattingen van artsen over medische besluitvorming rond het levenseinde in 1990, 1995 en 2001, gebaseerd op interviews

<i>stelling</i>	<i>percentage artsen dat (volledig) instemde</i>			p*
	1990 (n = 405)	1995 (n = 405)	2001 (n = 410)	
iedereen heeft het recht om te beslissen over eigen leven en dood	64	52	56	0,02
indien patiënten weten dat een arts bereid is euthanasie toe te passen als het echt nodig is, zullen ze minder snel om euthanasie vragen	46	53	47	0,20
adequate pijnbestrijding en stervensbegeleiding maken euthanasie overbodig	37	31	33	0,04
het is te verwachten dat in tijden van forse bezuinigingen in de gezondheidszorg de druk op artsen om levensbeëindigend te handelen zal toenemen	9	12	15	0,005
gedurende de afgelopen 5 jaar zijn opvattingen over euthanasie				
permissiever geworden	25	18	12	< 0,0001
restrictiever geworden	14	12	20	0,02
hetzelfde gebleven	61	70	69	0,01

*Waarde van p bij logistischeregressieanalyse met het onderzoeksjaar als voorspellende variabele.

diging werden toegepast en hoe zorgvuldig de praktijk was. De cijfers voor euthanasie vielen mee, maar niet die voor levensbeëindiging zónder uitdrukkelijk verzoek [1991:1593-8, 2073-82 en 2082-8]. Het internationaal unieke onderzoek, uitgevoerd onder leiding van de arts-epidemioloog prof. dr.P.J.van der Maas van de Erasmus Universiteit, werd nog tweemaal herhaald in samenwerking met de onderzoeksgroep van de Vrije Universiteit van prof.dr.G.van der Wal, sociaal-geneeskundige [1997:98-105; 2003:1793-9]; [figuur 3.23 en 3.24]. In 1994 was een meldingsprocedure bij wet vastgelegd. Na een aanvankelijke stijging van euthanasiegevallen in 1995 vond de jaren erna stabilisering plaats. Artsen werden wel terughoudender. Zij hadden nog zelden bezwaar tegen levensbeëindiging op uitdrukkelijk verzoek, maar meer moeite met levensbeëindigend handelen zónder uitdrukkelijk verzoek.

Euthanasie wordt grotendeels uitgevoerd door huisartsen en die houden zich goed aan de wettelijk gestelde zorgvuldigheidseisen. Jaarlijks wordt slechts een kleine minderheid van de euthanasieverzoeken ingewilligd. Sommige patiënten overlijden voortijdig, een deel van de verzoeken wordt ingetrokken en een ander deel geweigerd. De voornaamste redenen voor weigering zijn beperkte wilsbekwaamheid van de patiënt, reële behandelingsalternatieven en een mindere mate van ondraaglijk of uitzichtloos lijden [2006:249-54]. Hulp bij zelfdoding komt opmerkelijk weinig voor blijkens de onderzoeken, ondanks de stellingname van de KNMG dat hier-

aan de voorkeur moet worden gegeven. Dat gold ook in de psychiatrie. Een grote meerderheid van de psychiaters bleek voor een psychiatrische patiënt hulp bij zelfdoding op zich aanvaardbaar te vinden. Van de 552 onderzochte psychiaters hadden 204 (37%) ooit een uitdrukkelijk verzoek gekregen, maar hadden slechts 12 (2%) dat ingewilligd. De voornaamste redenen voor weigering waren twijfel aan de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden, geloof in de behandelbaarheid van de psychiatrische aandoening en principiële bezwaren tegen hulp bij zelfdoding [1997:2244-8].

Ten tijde van de invoering van de Wet Toetsing Levensbeëindigend Handelen en Hulp bij Zelfdoding in 2002 was de praktijk van medische besluitvorming rond het levenseinde gestabiliseerd [2003:1772-4]. Een vergelijkend onderzoek in 6 Europese landen wees uit dat in al die landen levensbeëindigend wordt gehandeld. Niet verrassend kwam euthanasie het vaakst voor in Nederland. Wel verrassend was dat in andere landen levensbeëindiging zonder verzoek vaker voorkomt dan euthanasie, en ook dat veel minder met de patiënt of diens familie wordt overlegd dan in Nederland [2003:1800-7].

Er is in het verleden wel de kritiek gehoord dat in Nederland te weinig aandacht was voor terminale of palliatieve sedatie. Daarin is verandering aan het komen. De aanleiding hiervoor vormden de recht- en tuchtzaken die in 2004 werden ingesteld tegen een arts wegens het laten inslapen van een patiënt. Hij werd zelfs enige tijd in hechtenis genomen. Deze gebeurtenissen veroorzaakten grote onrust onder artsen [2006:1689-92]. Blijkens verschillende artikelen in het Tijdschrift komt palliatieve sedatie vaker voor dan euthanasie en hulp bij zelfdoding: bij 4 à 10% van alle sterfgevallen, terwijl 2 à 3% van de gevallen euthanasie of hulp bij zelfdoding betrof [2005:467-71]. Er bestaan onder artsen geen morele bezwaren tegen: 'Sedatie moet gezien worden als normaal medisch handelen en is van een andere orde dan euthanasie' [2005:458-61]. De bedoeling is de bestrijding van refractaire symptomen zoals pijn, onrust en benauwdheid in het stervensproces, niet de bekorting van het leven. Palliatieve sedatie mag dan ook alleen worden toegepast bij mensen die naar verwachting zeer kort te leven hebben. Toch blijkt levensbekorting bij artsen én patiënten als overweging mee te spelen, als een soort 'sympathiek alternatief' van euthanasie. Zowel de arts als de patiënt vindt deze methode emotioneel minder belastend.

In de zaak van de arts die palliatieve sedatie had toegepast, bevestigden de vrijspraak door de rechtbank (en in hoger beroep het gerechtshof) en de uitspraak van het tuchtcollege dat palliatief sederen tot het gebruikelijke medische handelen behoort [2006:1689-92].

Levensbeëindiging zonder verzoek: pasgeborenen

Ook in de perinatale geneeskunde kwamen artsen voor het vraagstuk van actieve levensbeëindiging te staan. Medische ontwikkelingen hadden bijgedragen aan grotere overlevingskansen voor pasgeborenen, maar 'de keer-

zijde van goede levenskansen voor velen is echter ernstige schade en blijvende handicaps voor enkelen' [1984:841-4]. Het was geen punt van discussie meer om een baby zonder overlevingskansen te laten sterven door het nalaten of staken van behandeling. Echter, wat als het kind wel overlevingskansen had, maar alleen ernstig gehandicapt kon voortleven? Was dan uit barmhartigheid levensbeëindiging aanvaardbaar?

Deze kwestie leidde tot een van de grootste controversen in de afgelopen 50 jaar van het Tijdschrift. In 1984 schreef de Rotterdamse hoogleraar Kinderchirurgie J.C.Molenaar: 'Het gaat niet aan euthanasie te reserveren voor hen die in staat zijn tot een verzoek het leven opzettelijk of door nalaten van behandeling te bekorten. Dit zou betekenen dat een goede zachte dood voor ernstig mismaakte pasgeborenen niet aan de orde kan zijn.' Wanneer prenataal ernstige aangeboren afwijkingen werden vastgesteld, stelde hij, werd abortus acceptabel gevonden. Waarom was levensbeëindiging van zulke kinderen direct na de geboorte dan moord [1984:866-7]?

Gezondheidsjurist Leenen wees dit standpunt echter resoluut af: 'Het doden van geboren leven, hoe gebrekkig dat ook is, valt buiten de normen van onze rechtsorde.' Kwaliteit van leven was niet meetbaar en bovendien kon niemand over de kwaliteit van leven van een ander oordelen. 'Zo er al een discussie zou moeten worden gevoerd over "quality of life", dan is dat toch nog geen medische discussie' [1984:863-6].

Molenaar en twee medeauteurs meenden echter van wel en beschreven dat aan de hand van een voorbeeldcasus. Pasgeborenen met downsyndroom en een darmafsluiting moeten geopereerd worden om te blijven leven. Echter, als de ouders geen operatie wensten en dus ervoor kozen het kind te laten sterven, respecteerden de auteurs deze beslissing. De geneeskunst, stelden zij, heeft immers primair tot doel de kwaliteit van leven te verbeteren; vandaar de titel van hun artikel *Geneeskunde, dienaars der barmhartigheid* [1988:1913-7].

Er kwamen 16 verontwaardigde brieven op dit artikel binnen. 'Begrijp ik de auteurs goed, dan hangt de behandeling van een pasgeborene met een darmafsluiting af van het chromosomenpatroon en de wens van de ouders. Ik dacht dat de grondwet anders bepaalt'. En: 'Samengevat stellen [de auteurs] dat voor een mens met trisomie 21 het niet de moeite waard is zijn of haar leven door een behandeling te verlengen' [1989:86-91 en 573]. De auteurs antwoordden: 'Als een ingreep de enige mogelijkheid is om een zwakzinnig leven te behouden, dan mag dus aan de zin en de toelaatbaarheid van een dergelijke ingreep worden getwijfeld. Als een ingreep echter de kwaliteit van het leven van een zwakzinnige verbetert, dan mag niets het uitvoeren van zo'n ingreep in de weg staan' [1989:91]. Deze discussie kreeg een taalkundig staartje [zie bl. 229].

Uit herhaald onderzoek naar gestorven o-jarigen bleek dat kinderartsen niet alleen medische criteria hanteren, maar ook beoordelingen maken van de te verwachte kwaliteit van leven van een baby. Slechts 1% van de baby's

was overigens door opzettelijk levensbeëindigend handelen gestorven [1997:1913-7; 2005:2047-51]. Voor de melding en toetsing van deze gevallen zijn in 1997 landelijk geldende zorgvuldigheidseisen opgesteld. A.A.E. Verhagen et al. analyseerden alle gevallen die tussen 1997 en medio 2004 in Nederland waren gemeld: 22 zaken in totaal, dus gemiddeld 3 per jaar. In alle casussen was voldaan aan de zorgvuldigheidseisen en ze waren daarom geseponoerd. Opvallend was dat het in alle gevallen zuigelingen met spina bifida betrof, wat mogelijk samenhang met een gunstige rechterlijke uitspraak uit 1996. Het lijkt aannemelijk dat artsen in die periode niet alle gevallen van actieve levensbeëindiging van pasgeborenen hadden gemeld bij justitie [2005:183-8].

Inmiddels hebben kinderartsen en het landelijke Openbaar Ministerie een richtlijn aanvaard over actieve levensbeëindiging van baby's, het 'Groninger protocol' (zo genoemd omdat het werd opgesteld door artsen en het Openbaar Ministerie in Groningen). Net als bij euthanasie bij wilsbekwamen zal een commissie van artsen en een jurist meldingen van levensbeëindiging bij pasgeborenen gaan toetsen aan de zorgvuldigheidseisen. De commissie beslist of een casus wordt doorgestuurd naar het Openbaar Ministerie.

Actieve levensbeëindiging van baby's is uiteraard geen zuiver Nederlands probleem. Voor Vlaanderen werden cijfers gepubliceerd die vergelijkbaar zijn met de Nederlandse [2006:377-82]. Echter, de openlijke Nederlandse discussie en praktijk leidden tot heftige reacties in het buitenland en tot vergelijkingen met nazipraktijken. Verhagen werd uitgenodigd een artikel te schrijven in *The New England Journal of Medicine*.⁸ Een hatelijke e-mail die hij hierna uit de Verenigde Staten ontving, verklaarde: 'Hitler is alive and he lives in Groningen.'⁹

'Biology is no destiny': transseksualiteit

De grenzen van de medische ethiek verschoven de afgelopen 50 jaar niet alleen voor het ingrijpen aan het begin en het einde van het leven. Er werd ook gedokterd aan het fundamenteelste onderscheid tussen mensen: hun geslacht. In 1959 verscheen in de reeks 'Nuttige notities' een opmerkelijk verslag van een stafvergadering van het Arnhemse Gemeente-Ziekenhuis over een vrouwelijke patiënte die van geslacht wilde veranderen [1959:2647-9]. Zij had 7 jaar eerder buiten Europa haar borsten laten verwijderen en zich laten castreren. Zij leefde al jaren als man en wilde nu haar uterus en vagina laten verwijderen en een penis krijgen. Een zenuwarts-seksuoloog en een 'psychoanalytische groep' steunden haar verzoek en verzochten de operatie uit te voeren. De plastisch chirurg stelde zich op het standpunt 'de autoriteit van deze deskundigen te moeten aanvaarden.' De gynaecoloog en de chirurg voelden er niets voor. De chirurg erkende dat hij 'voor wezens zoals hier

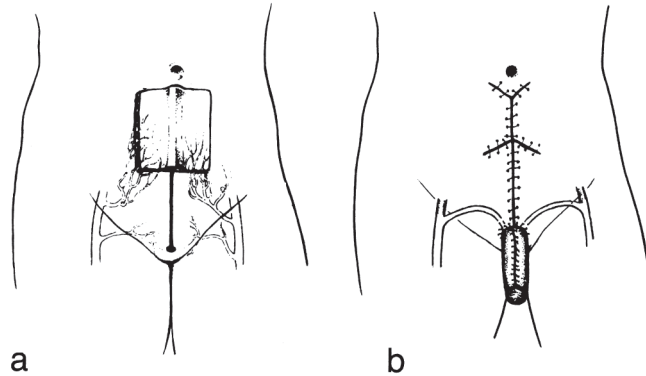
bedoeld, gevoelens van diep medelijden, maar ook van enige afkeer' had. Hij meende dat zijn teamleden hem niet tegen zijn zin tot 'bepaalde geneeskundige handelingen' konden dwingen. De internist meende daarentegen 'dat een zieke zoals deze vrouw, een onnoemlijk leed te dragen heeft, en dat het wel degelijk onze plicht is, dit leed te verzachten, zelfs als daarvoor een behandeling nodig is, waarvan wij eigenlijk afkerig zijn.' Het mededogenargument telde blijkbaar zwaar, maar wellicht gaf de doorslag dat de geneesheer-directeur geen bezwaar tegen de ingreep zag. De staf besloot tot de operatie en daar eindigt het verslag.

Bij andere ethische kwesties stuurden lezers vaak afkeurende, maar fatsoenlijke brieven. Nu echter gaven veel van de 11 briefschrijvers ongeremd blijk van hun weezin: zo sprak iemand van 'het monstrum dat men nu heeft vervaardigd' en prees een tweede zich gelukkig niet in Arnhem te wonen, zodat zijn twee dochters niet aan deze 'man' werden blootgesteld. Een derde beperkte zich tot één woord: 'Krankzinnig!' [1960:302-3 en 356-7]. De auteurs van de 'Nuttige notitie' toonden zich teleurgesteld over de grievende toonzetting en zij kregen bijval van hoofdredacteur Prakken: 'Het moet ons van het hart, dat wij in veel van de ingezonden stukken iets hebben gemist: respect voor de ernst waarmee de Arnhemse groep met het haar opgedrongen probleem heeft geworsteld en voor de moed waarmee zij haar overwegingen en het besluit openbaar heeft gemaakt' [1960:558-9]. Het ging ten slotte om een uiterst moeilijk probleem: 'Het inzicht daarin kan verhelderd worden door eerlijke en openlijke gedachtenwisseling, niet door het vraagstuk buiten discussie te stellen.' De term was nog niet in zwang, maar ook hier vond men 'bespreekbaarheid' een groot goed.

Prakken meldde ook nog dat de operatie tot tevredenheid van de patiënt(e) was geslaagd. Hetzelfde Tijdschriftnummer bevatte een artikel dat in principe afwijzend tegenover chirurgische geslachtsverandering stond: 'een diepgaande wijziging van de menselijke natuur, een verminking van een normaal lichaam, om te voldoen aan een toch altijd ziekelijke neiging.' Er was slechts één indicatie voor de operatie, namelijk wanneer een persoon zijn of haar 'geslachtsbewustzijn' had verloren. De auteur stelde een aanpak voor die later is ingevoerd: gefaseerde behandeling, met een periode waarin men bekeek of de persoon zich succesvol aanpaste. Pas daarna zou tot chirurgische geslachtsverandering kunnen worden overgegaan [1960:571-4].

De discussie werd in brieven voortgezet. Een lezer complimenteerde het Tijdschrift 'dat gelukkig elk medisch wetenschappelijk probleem durft aan te snijden' en de Arnhemse groep die 'zo onbevooroordeeld heeft durven handelen volgens de edelste beginselen van ons officium' [1960:740]. Behalve bespreekbaarheid was mededogen met het lijden van de patiënte een terugkerend argument ten gunste van de ingreep. Dat kreeg bijval, maar ook kritiek. 'Medelijden met een patiënt houdt beslist niet in, dat men zelfs bereid is tot een verwerpelijke behandeling over te gaan. (...) Hier gaat het

Figuur 3.25
Falloplastiek uit de onderbuik (a, b).
Een huid-vetlap wordt opgenomen,
opgerold, omlaaggeklapt en juist
ventraal van de clitoris ingehecht
(vooraanzicht).
[1992:1905]



erom, dat een geesteszieke kans heeft gezien, artsen bereid te vinden haar onzinnige streven te realiseren (...)’ [1960:741]. De minder afkeurende reacties gingen ook in op de vraag of chirurgen zich moesten voegen naar het advies van psychiaters. Daarover bestond geen eenstemmigheid.

Na 18 brieven sloot de hoofdredactie in 1960 de discussie. Het duurde tot begin jaren negentig voor er weer artikelen in het Tijdschrift over transseksualiteit verschenen. In de tussenliggende jaren waren 2 academische ziekenhuizen begonnen aan de behandeling en het onderzoek van transseksuelen, dat van de Vrije Universiteit Amsterdam en dat van Groningen. In 4 capita selecta werden de diagnostiek en het behandelproces beschreven van de Vrije Universiteit [1992:1893-5, 1895-7, 1898-901 en 1901-6]; [figuur 3.25]. Weerzin en onbegrip waren uit deze artikelen geheel verdwenen. Ervoor in de plaats gekomen was vanzelfsprekendheid: zulke mensen bestaan – volgens schattingen komt transseksualiteit voor bij 1 op de ongeveer 13.000 mannen en 1 op de 30.000 vrouwen – en zij behoeven hulp. Dat betekent overigens niet dat altijd aan hun verzoek wordt voldaan. De auteurs spraken van genderdysforie, die vaak al op jonge leeftijd aan het licht komt. Er zijn aanwijzingen dat transseksualiteit een substraat heeft in het centrale zenuwstelsel, namelijk in de seksueel dimorfe kern [1992:1893-5]. Op grond van verschillende argumenten en bevindingen was men zelfs tot het inzicht gekomen dat een geslachtsverandering de beste kans van slagen heeft bij jongeren in de puberteit. Dit zou een slechte sociale en intellectuele ontwikkeling voorkomen, evenals vervreemding van het eigen lichaam en emotionele problemen. Bovendien zijn lichamelijke transformaties succesvoller in de puberteit. Follow-uponderzoek bevestigde dit. Degenen die als jongeren zijn behandeld, functioneren later in psychisch en sociaal opzicht beter dan personen die op volwassen leeftijd zijn behandeld [2000:698-702].

Wilden vele artsen in 1959 een persoon met transseksuele gevoelens psychiatrisch behandelen om hem of haar het biologische geslacht te leren aanvaarden, ruim 30 jaar later hadden artsen zelf een aanvaardingsproces

doorlopen: ‘Transseksualiteit is een imponerend voorbeeld van hoe iets “geestelijks” als geslachtelijke identiteit een groter waarheidsgehalte heeft dan lichaamskenmerken’ [1992:1893-5].

Testen op hiv: in wiens belang?

Eind 1984 kwam een bloedtest beschikbaar waarmee antistoffen tegen hiv konden worden aangetoond [zie bl. 49]. Dat verschafte de mogelijkheid om besmette personen op te sporen. Men zou zelfs risicogroepen of de gehele bevolking anoniem kunnen screenen. Hieraan waren ethische en gezondheidsrechtelijke vragen verbonden, want er waren verschillende belangen en rechten in het geding. Er ontwikkelde zich een langdurige controversie tussen voornamelijk artsen en medisch onderzoekers enerzijds en gezondheidsjuristen en ethici anderzijds, die in het Tijdschrift goed is te volgen.

Aanvankelijk speelden er 3 kwesties. Over het belang van mensen die bloedtransfusie nodig hadden, was weinig discussie: bloeddonoren dienden anoniem getest te worden. Bloedbanken begonnen daarmee vanaf 1985. De vraag die zich toen aandeede, was: moeten de donoren ook horen dat zij besmet waren? Dat mocht pas zodra er een goede bevestigingstest beschikbaar kwam en zodra niet-donoren die hun serostatus wilden weten zich elders zouden kunnen laten testen [1985:1058-9]. Die bevestigingstest, de western blot-methode, kwam er snel en enkele GGD's begonnen de hiv-test vanaf 1985 aan te bieden. Het aantal besmette donoren die door de bloedbanken ingelicht moesten worden, bleek laag [1989:523].

De tweede kwestie was het belang van een mogelijk met hiv besmette persoon. Die had het recht om daar onkundig van te blijven, vonden de meeste gezondheidsjuristen en ethici. Zolang er geen behandeling bestond, veroorzaakte een positieve testuitslag alleen maar persoonlijk leed en kon tot discriminatie leiden bij aanstellingskeuringen of bij het afsluiten van verzekeringen. Dat hij of zij zo een risico voor anderen en dus voor de volksgezondheid vormde, zoals hulpverleners betoogden, was van ondergeschikt belang. Iedereen kon en moest immers veilig vrijen. De overheid nam dit standpunt over en sprak zich ook uit tegen het screenen van risicogroepen, omdat dit een inbreuk op grondrechten als privacybescherming en lichamelijke integriteit zou inhouden. Nederland week hierin af van bijvoorbeeld de Verenigde Staten en Groot-Brittannië en van het WHO-standpunt.¹⁰

De derde kwestie betrof de belangen van medische hulpverleners, met name in de snijdende beroepen. Zij wisten niet altijd of zij met een besmet persoon te maken hadden en vonden dat patiënten eventueel zelfs ongevroegd gescreend moesten kunnen worden. Prevaleerde hier de autonomie van de patiënt of het belang van de hulpverleners? De gezondheidsjuriste mw.prof.H.D.C.Roscam Abbing meende het eerste. De WGBO was nog niet ingevoerd, maar het principe van *informed consent* bij medische handelingen

was in feite al regel. Testen zonder medeweten van de patiënt was ongeoorloofd [1987:1420-2]. Mw.H.M.Dupuis, hoogleraar Medische Ethiek, zag een uitzonderingssituatie wanneer zich in een klinische situatie een patiënt presenteerde met klinische symptomen die aids of hiv deden vermoeden. De patiënt zou dan wel op de hoogte moeten worden gesteld en zou ook de uitslag van de test moeten vernemen [1987:1422-3].

Er volgde een serie brieven in het Tijdschrift [1987:2044-9]. Met de gegeven juridisch-ethische argumenten negeerde men volgens de briefschrijvers de verantwoordelijkheid van de patiënt: hij of zij kon ongediagnosticeerd en dus ongeïnformeerd anderen blijven besmetten. Waarom was bij hiv en aids ethisch onacceptabel wat in de geslachtsziektebestrijding al sinds jaar en dag als beleid gold? 'Zou het niet kunnen zijn dat het testen op HIV momenteel door juristen en ethici er alleen uitgelicht wordt, omdat HIV-infecties in Nederland nog steeds in hoofdzaak onder minderheidsgroepen voorkomen en daardoor tot een politiek item verheven zijn?' Enkel vonden de toestemmingseis te zwaar tellen en strijdig met hun artsensplicht: ziekte opsporen. Het kwam toch ook bij andere ziekten voor dat routineonderzoeken ongevraagd een diagnose opleverden waarvoor geen (goede) behandeling bestond en die psychisch of maatschappelijk belastend was? 'Struisvogelpolitiek hoort in de geneeskunde niet thuis.' De te opereren patiënt had trouwens wel belang bij een hiv-test omdat een besmetting zijn afweersysteem al kon hebben aangetast. De arts had ook belang: verzaakte hij of zij tijdig antibiotica te geven, ook al was het uit onwetendheid, dan zou tuchtrechtelijke vervolging dreigen.

De briefschrijvers achtten de uitzonderingssituatie die Dupuis had beschreven irrelevant. Hulpverleners liepen meer gevaar bij hiv-positieve mensen zónder duidelijke verschijnselen, omdat zij bij hen minder op mogelijke besmetting bedacht waren. Mensen met duidelijke symptomen werden als seropositief beschouwd tot het tegendeel was bewezen. Bij onduidelijke symptomen diende de hiv-test niet zozeer om hulpverleners te beschermen als wel om de diagnostiek te ondersteunen. In dat geval had de arts zelfs de plicht zulk onderzoek te doen. Het stond een patiënt uiteraard vrij te weigeren, maar dan kon de arts de hulpverlenersrelatie verbreken.

'De reacties op mijn artikel lijken vooral te zijn ingegeven door de hulpverlenersvisie,' reageerde Roscam Abbing. Een arts mocht volgens haar de hulpverlenersrelatie alleen verbreken op grond van gewichtige redenen en het weigeren van een hiv-test door een patiënt viel daar niet onder: 'Er is sprake van normale beroepsrisico's.' Waar het voor haar om draaide: 'Hulpverleners in de gezondheidszorg moeten zich ervan bewust worden dat waar rechten van de patiënt in het geding zijn, de patiënt daar ook afstand van kan doen. Het kan niet zo zijn, dat de hulpverlener rechten als die op informatie en het geven van toestemming omzet in plichten' [1987:2048].

Hoe groot was het beroepsrisico eigenlijk? Voor snijdende beroepen en tandartsen leek het reëel, maar voor de overige disciplines was het gering. Zelfs bij een hoge hiv-prevalentie en veel blootstelling aan bloed zou met de juiste voorzorgsmaatregelen weinig personeel besmet raken [1987:2183-6 en 2207-8]. Cardioloog F.L.Meijler ergerde zich er desondanks aan dat aids vooral een politieke kwestie was geworden: de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid had gedreigd met het tuchtrecht tegen artsen die ongevraagd patiënten testten of die behandeling weigerden als de patiënt zich niet wilde laten testen [1988:1445-6]. Roscam Abbing gaf de staatssecretaris gelijk, waarop Meijler schreef: ‘Moet voortaan het gehele mensdom co-habiteren met een condoom ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer van een enkeling? Horen mensen die een vaste relatie of een huwelijk aangaan niet te weten, of ze mogelijk besmet zijn?’ Hij constateerde mismoedig dat de arts-patiëntrelatie niet langer door arts en patiënt, maar door juristen werd bepaald. ‘Het zou goed zijn als juristen die menen zich met de geneeskunde te moeten bemoeien de dialoog zochten in plaats van het dictaat (...)’ [1988:1707-8].

Men bedenke dat eind jaren tachtig nog schrikbarende voorspellingen circuleerden over de verwachte omvang van de epidemie [zie bl. 51]. Dat verhitte wellicht de gemoederen van de discussianten. Een briefschrijver luchtte zijn woede over de met het tuchtrecht dreigende staatssecretaris: ‘Ik wil de zaak graag omkeren: ik hoop van harte dat de huidige beleidsmakers en adviseurs vanuit de Gezondheidsraad zich realiseren dat zij in de toekomst door de dan levende maatschappij ter verantwoording kunnen worden geroepen en misschien ook nog juridisch aansprakelijk gesteld kunnen worden wanneer, mede vanwege dit overheidsbeleid, de ziekte AIDS zich sneller gaat uitbreiden dan thans wordt voorzien’ [1988:1946-7].

Een ander verwoordde helder waar voor veel medici waarschijnlijk de crux zat. Volgens hem gaan arts en patiënt impliciet een overeenkomst aan op het moment dat de patiënt zich onder behandeling stelt, gebaseerd op wederzijds vertrouwen. De arts spant zich in om tot een goede diagnose en therapie te komen en de patiënt mag geen wezenlijke informatie verzwijgen. Indien de arts een onvermelde hiv-besmetting vermoedde, moest hij ‘de vrijheid hebben om zonder een aparte zogenaamd “informed consent” de patiënt daarop te onderzoeken. Deze informed consent dient reeds te liggen in een boven al aangeduid contract waarin uitgegaan moet worden van wederzijds vertrouwen (...)’ [1989:44-5]. Dit wees op een fundamenteel verschil in denkwijze. Artsen gingen uit van vertrouwen, juristen stelden de formele patiëntenrechten voorop en leken daardoor de artsen te wantrouwen.

Huisartsen moesten inmiddels sterke ‘pre-test-counsel’-vaardigheden aanleren, aldus een klinische les [1991:401-3]. Patiënten overwogen om allerlei redenen een test te doen, en een rol daarbij speelden dwang of drang van anderen (een verzekeraar of een partner), angstgevoelens (vanwege

riskant seksueel gedrag of bepaalde ziekteverschijnselen) en verschillende onduidelijke motieven. De arts moest door uitvragen de uiteenlopende elementen zien te schatten en deze vervolgens tegen elkaar afwegen.

In 1988 had de Gezondheidsraad zijn standpunt herhaald dat ongeraagd testen niet toelaatbaar was. De beroepsorganisaties hadden dit tot gedragsregel verheven. Er diende zich echter een nieuwe kwestie aan. De Gezondheidsraad bepleitte in 1989 om prevalentiegegevens over hiv te verzamelen, bijvoorbeeld middels anonieme tests bij zwangere vrouwen die risico liepen of hadden gelopen. Risicofactoren waren: intraveneus druggebruik, bloedtransfusies in de periode 1982-1985, herkomst uit een hiv-endemisch gebied of een partner die risico had gelopen. Het risico dat hun kind bij de bevalling ook besmet raakte, werd geschat op 25 à 40%. *Is het op grote schaal uitvoeren van HIV-tests bij zwangere vrouwen moreel aanvaardbaar?* vroeg een ethicus zich af [1989:2114-7]. Hij meende dat van de mogelijke argumenten alleen het wetenschappelijke argument om prevalentiegegevens te verzamelen aanvaardbaar was. Dat moest gebeuren met informed consent van de vrouw en blind voor zowel de behandelende artsen, de patiënt als de onderzoekers. De uitslag mocht niet worden meegedeeld aan de vrouw.

De GG&GD Amsterdam was onder leiding van R.A.Coutinho echter al in 1988 gestart met onderzoek, met toestemming van de Geneeskundige Inspectie. Zo'n 2100 zwangere vrouwen werden bereid gevonden om zich te laten testen, van wie de overgrote meerderheid op naam. De hiv-prevalentie lag hoger onder de groep vrouwen die risicofactoren hadden gemeld dan onder de risicoarme groep: respectievelijk 2,78 versus 0,05%, ofwel 27,8 per 1000 versus 5 per 10.000 [1989:978-80]. De onderzoekers breidden het onderzoek uit naar alle Amsterdamse ziekenhuizen en een groot aantal verloskundige praktijken. In 1996 maakten zij een tussenbalans op. Voor de risicoarme groep lag de prevalentie nog steeds op 0,05%, voor de risicovolle groep op 2,4%. Waar vóór 1993 intraveneus druggebruik de waarschijnlijkste besmettingsoorzaak was, was na die tijd het aandeel van heteroseksuele overdracht toegenomen. Het was inmiddels duidelijk geworden dat het vroegtijdig verstrekken van zidovudine aan een hiv-besmette moeder het risico van overdracht op haar kind verkleinde van ruim 25 naar circa 8% [1996:2296-8]. Dat maakte het recht om niet te weten ingewikkelder, althans voor de zwangere vrouwen. (Later zou blijken dat door de combinatie van antiretrovirale middelen, keizersnedebevalling en afzien van borstvoeding het besmettingsrisico zelfs tot onder de 1% daalde [2003:1232-6]; [zie bl. 50]).

Dezelfde auteurs hadden door onderzoek onder bezoekers van infertilitets-, abortus- en soa-poliklinieken, en onder prostituees en prostituanten in de regio Amsterdam, inzicht in de prevalentie en de verspreidings-

vormen van hiv. In 1992 hadden zij al een nieuwe poging tot discussie over een actief testbeleid en contactopsporing gewaagd [1992:933-7]. Uit de cohortstudies was gebleken dat mensen die hun serostatus kenden veiliger seksueel contact hadden dan mensen die hun serostatus niet kenden. De laatste groep, die vooral bestond uit heteroseksuelen, vormde dus een risico voor de volksgezondheid. Contactopsporing zou zich op hen moeten concentreren. Veel later bleek dat deze waarschuwing juist was: de epidemie onder heteroseksuelen volgde die van de andere groepen met een vertraging van enkele jaren en piekte in 1996 [zie bl. 52]. De hetero's wisten op het moment dat zij ziek werden minder vaak dat zij besmet waren dan leden van de andere groepen [1998:2861-5].

Hoewel rond 1995 met de nieuwe antiretrovirale middelen reële behandelingsmogelijkheden beschikbaar waren gekomen, wijzigde de overheid haar standpunt over testen niet. De Gezondheidsraad ging uiteindelijk pas in 1999 overstag. Nu konden de jarenlange pleitbezorgers van een actiever beleid hun gram halen: 'Het terughoudend testbeleid heeft er in Nederland toe geleid dat slechts een minderheid van de HIV-geïnfecteerden op de hoogte is van de HIV-status. (...) Het hameren van sommige belangengroepen en gezondheidsjuristen op de nadelen van het kennen van de HIV-status heeft ongetwijfeld tot deze situatie bijgedragen en heeft ook de artsen voorzichtig gemaakt. (...), maar het wordt tijd om HIV en aids te beschouwen als een ziekte waarvoor dezelfde regels gelden als voor andere ernstige chronische aandoeningen' [1999:598-9].

Wanneer alle zwangeren werden getest in plaats van alleen degenen die in de risicogroep vielen, werden er meer besmette vrouwen gevonden. In 2002 waren er 10.752 zwangeren in de regio Amsterdam, van wie 24 vrouwen besmet waren. Van hen waren 8 niet eerder bekend. Van deze 8 zouden 4 niet zijn opgespoord indien alleen de risicogroep was onderzocht [2003:1232-6]. Het weigeringspercentage onder vrouwen uit risicogroepen, vooral uit aids-endemische gebieden, was onrustbarend hoog. De onderzoekers bepleitten daarom algemene screening volgens de 'opting-out'-methode: de hiv-test moest naast de tests op hepatitis B en syfilis worden opgenomen in het algemene screeningspakket en moest worden uitgevoerd tenzij de vrouw expliciet bezwaar maakte.

Zo geschiedde uiteindelijk. De Tweede Kamer sprak zich uit voor standaardscreening van zwangere vrouwen. Het eerste Amsterdamse screeningsonderzoek volgens de opting-outmethode leverde een dalend weigeringspercentage op en een iets hogere hiv-prevalentie: 0,3% [2004:2035-7]. Onder andere vanwege deze bevindingen werd per 1 januari 2004 landelijk een opting-outscreeningsprogramma bij zwangeren ingevoerd. De tijden waren definitief veranderd.

DE FARMACOTHERAPEUTISCHE REVOLUTIE

De farmaceutische industrie is wereldwijd een sterke economische kracht geworden. In Europa hebben zo'n 600.000 mensen emplooi in deze sector. Alleen al in Nederland verdubbelden tussen 1997 en 2002 de jaarlijkse uitgaven aan geneesmiddelen tot 3,4 miljard euro [2004:194-9; 2005:1007-9]. De relatie tussen artsen en de farmaceutische industrie was vanaf het begin op zijn zachtst gezegd ambivalent. Al eind jaren vijftig getuigde hoofdredacteur Prakken daarvan: 'De industrie beijvert zich, haar afzet zo groot mogelijk te maken; zij doet dit misschien uit eigenbelang en zucht naar materieel gewin, maar dit streven is tevens noodzakelijk voor de vooruitgang van de farmacotherapie,' schreef hij in 1957. Hij zag gezondheidsrisico's voor mensen en ook gevaar voor artsen. 'Al is de bijdrage van de farmaceutische industrie nog zo belangrijk, alleen de arts kan de waarde van de aangeboden krachtige geneesmiddelen beoordelen en hij alleen is voor hun toepassing verantwoordelijk.' Prakken wees de industrie op haar verantwoordelijkheid om goed onderzoek naar een preparaat te doen en hierover te publiceren in wetenschappelijke tijdschriften alvorens er reclame voor te maken [1957:2373-5]. Hij en vele anderen stoorden zich aan die reclame, zoals op bl. 244 aan de orde komt.

'Deze verderfelijke bemoeienis met ons eigen terrein'

De redactie besloot in eerste instantie tot bijscholing van artsen en zocht J.Kok, hoogleraar in de Farmacie, aan om een artikel te schrijven. In *Recepteerkunde* besprak deze voorbeelden van uitgeschreven recepten met duistere bedoelingen en verkeerde uitwerkingen [1960:19-23]. Een redactionele kanttekening getiteld *Ars praescribendi* verzette zich tegen medicijnen in vaste doseringen van tabletten en capsules, en tegen combinatiepreparaten met een groot indicatiegebied. Artsen konden daardoor gemakkelijk fouten begaan. De farmaceutische industrie 'usurpeert een gebied waar alleen de arts tot oordelen bevoegd is; dit moet wel leiden tot een verarming van de geneeskunst. (...) Wij, artsen, dienen ons te verzetten tegen deze verderfelijke bemoeienis met ons eigen terrein, en mogen ons niet, wanneer wij aan een patiënt een bepaalde dosis van een belangrijk medicament geven, door de fabrikant laten voorschrijven, hoeveel van een ander middel daaraan moet worden toegevoegd' [1960:25-6].

In 1961 nam Prakken in verschillende hoofdartikelen stelling tegen 'de infiltratie van de grote industrie in het medische publikatie-systeem'. 'Iedere arts weet, dat de vooruitgang van de farmacotherapeutische mogelijkheden inderdaad fenomenaal is, maar ook, dat het lang niet zo mooi is als men ons wil doen geloven' [1961:1569-71]. Hij ontwaarde tekortkomingen in het geneesmiddelenonderzoek en bovendien selectieve publicatie van

gunstige resultaten. Er werden voortdurend geneesmiddelen op de markt gebracht die slechts varianten van oude waren en waarvan onduidelijk was of ze meerwaarde hadden. Wellicht vreesde Prakken afglijden naar onbekwaam handelen en zelfs kwakzalverij. Hij waarschuwde dat overheidsingrijpen alleen kon worden voorkomen ‘zolang wij de geneeskunde beoefenen naar de eisen die men aan wetenschappelijk gevormden mag stellen (...)’ [1961:1665-6]. Daarbij zag hij een rol voor de onafhankelijke medisch-wetenschappelijke tijdschriften. Dit leidde tot de instelling van de rubriek ‘Farmacotherapeutische overzichten’. Bij het eerste overzicht schreef de redactie: ‘De dynamische ontwikkeling van de farmacotherapie en de daarmee samenhangende problemen waarvoor de huisarts zich ziet gesteld, maken het steeds meer noodzakelijk, hem regelmatig bij te staan met zo objectief mogelijke gegevens en adviezen over de verantwoorde toepassing en selectie van geneesmiddelen’ [1961:27-8].

Prakken heeft nauwelijks kunnen bevroeden hoezeer hij gelijk zou krijgen. In 1961 brak internationaal het thalidomide- of Softenonschandaal uit [zie bl. 194]. Het leidde internationaal tot de oprichting van onafhankelijke instanties voor de controle van geneesmiddelen. In 1963 werd het College ter beoordeling van geneesmiddelen opgericht, dat beslist over de registratie van elk in de handel te brengen geneesmiddel. Het Rijksinstituut voor Geneesmiddelenonderzoek verricht het onderzoek hiervoor [1963:309; 1983:968-71]. Men zag echter in dat klinisch onderzoek vóór registratie niet alle zeldzame en op lange termijn optredende risico’s van medicijnen zou kunnen opsporen. Daarom werd net als in veel andere landen in 1964 ook in Nederland een Bureau Bijwerkingen Geneesmiddelen opgericht. In 1972 begon het Tijdschrift een rubriek onder de naam ‘Bijwerkingen van geneesmiddelen’.

Los hiervan verschenen in de loop der jaren in het Tijdschrift vele artikelen en berichten over werking, toedieningswijze, registratie, veiligheid en schadelijke gevolgen van (groepen) geneesmiddelen. Een groot aantal was van de hand van Chr.L.Rümke, in de jaren zeventig en tachtig vicevoorzitter van de hoofdredactie en tevens medisch statisticus. Hij legde in 1972 bijvoorbeeld de betekenis uit van de bijsluitermededeling ‘bijwerkingen werden niet aangetroffen’: ‘Het is mogelijk, dat iemand aan 500 patiënten een behandeling geeft zonder iets bijzonders waar te nemen, terwijl deze in 5% der gevallen de dood ten gevolge heeft’ [1972:345-7]. In 1976 schreef hij over 7 in opspraak geraakte geneesmiddelen(groepen), die korte of lange tijd voor werkzaam en veilig waren gehouden. Wanneer deze nog werden voorgeschreven, stelde hij, maakte de arts zich schuldig aan ‘laakbaar conservatisme’ in de farmacotherapie [1976:15-8].

Een zeer productief auteur met een originele, puntige stijl was de internist L.Offerhaus, eind jaren zeventig werkzaam op de afdeling Farmacotherapie van de Hoofdinspectie voor de Geneesmiddelen. Ondanks de vele

negatieve kanten die hij zag aan de geneesmiddelenrevolutie, beoordeelde hij deze in 1985 in het artikel *Veertig jaar geneesmiddelen* als spectaculair: ‘Nog in 1957 vermeldt een bekend farmacologisch leerboek dat men de verschillende de mensheid belagende wormsoorten te lijf kan gaan met tetrachloorkoolstof, hexylresorcinol, chenopodium, mannetjesvaren, santonine of met de nieuwste vinding, piperazine. Allemaal stoffen die de moderne toxicoloog de rillingen over het lijf doen lopen. De tegenwoordige generatie artsen weet niet eens meer, dat het eigenlijk nog maar kort geleden was dat het afdrijven van een worm een moeizamer en gevaarlijker zaak was dan de worminfestatie zelf!’ De belangrijkste vooruitgang betrof volgens Offerhaus de antibiotica, de middelen tegen infectieziekten, de cytostatica, de antihypertensiva, de anticoagulantia, vrijwel de gehele psychofarmacologie, de histamine-H₂-blokkers en bètablokkers, de bronchospasmolytica ‘en, niet te vergeten, “de pil”’ [1985:838-41].

‘The selling of the pharmacon’

Na Prakken oefende de hoofdredactie weinig directe kritiek uit op de geneesmiddelenindustrie, maar brieven schrijvers wilden nog wel eens van leer trekken. Een tv-documentaire getiteld ‘The selling of the Pentagon’, over hoe de Amerikaanse militaire industrie burgers voor haar karretje probeerde te spannen, bracht een brieven schrijver tot de vraag: ‘Zijn indrukwekkende “Wetenschappelijke symposia” gesponsord door de farmaceutische industrie en haar artsen, waarbij de medische VIP’s als vorsten in de duurste restaurants worden gefêteerd en hun Ego in duizend andere opzichten wordt opgepoetst, veel meer dan “the selling of the pharmacon”?’ [1971:1278]. Aan dit punt besteedde het Tijdschrift lange tijd nauwelijks aandacht. Pas in 1992 schreef Offerhaus er een artikel over. Industrie en artsen hebben elkaar nodig en zij hebben ook allebei schuld, concludeerde hij [1992:13-6].

Er waren ook hypes. Rond 1990 dook opeens veelvuldig het begrip ‘post-marketing surveillance’ ofwel PMS in de kolommen op. Het ging om onderzoek naar bijwerkingen van een geneesmiddel ná registratie. Er ontstond onmiddellijk een definitiekwestie: ging het alleen om de signalering van ernstige bijwerkingen met lage incidentie en lange latentietijd of om alle gewenste en ongewenste (bij)werkingen [1990:1886-9; 1992:7-8]? PMS was moeilijk uitvoerbaar, vereiste grote patiëntenaantallen en was erg kostbaar. Een brieven schrijver wees op de bedenkelijke rol van de deelnemende arts, die een forse beloning ontving als hij per uitgeschreven recept een formulier invulde. ‘De gegevens zijn wetenschappelijk van nul en generlei waarde, zoals de maatschappijen volmondig toegeven, en het enige doel is het marktaandeel van product A te vergroten. PMS is in die zin dan ook beter uit te leggen als “promote your market share”.’ Het voornaamste bezwaar was echter dat een arts door de relatie tussen voorschrijven en beloning een deel van zijn of

haar professionele autonomie prijs gaf. De auteur suggereerde enkele jaren later richtlijnen op te stellen voor het meedoen aan dergelijk onderzoek [1996:620-1; 1999:1668-71].

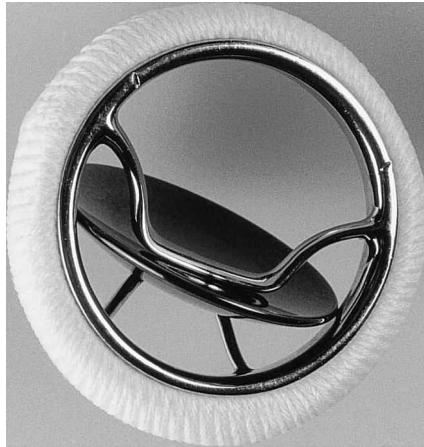
De industrie beïnvloedde of manipuleerde niet alleen artsen, maar ook klinisch onderzoekers. Een serie artikelen in 1999 gaf inzicht in de valkuilen. Een ongebruikelijke klinische les zette de toon: *Klinisch onderzoekers en farmaceutische industrie. Het onderzoekscontract is geen bijzaak* [1999:1345-9]. De casussen waren klinisch onderzoekers die uiteenlopende moeilijkheden met farmaceutische bedrijven hadden gekregen. Niet altijd was er hierbij kwade wil van het bedrijf, wel raakte steeds de academische vrijheid of de integriteit van de onderzoekers in het geding. De klinische les verstreekte een soort handleiding voor de elementen die in het onderzoekscontract aan de orde moesten komen.

In 2004 publiceerde de voormalige hoofdredacteur van *The New England Journal of Medicine*, Marcia Angell, een boek over de gebruiken van en misstanden in de farmaceutische industrie: *The truth about the drug companies: how they deceive us and what to do about it*. De industrie reageerde woedend; anderen vonden het een eye-opener. Lessen uit het verleden hadden bij de farmaceuten nog niet tot inzicht geleid, constateerde Offerhaus in *De geneesmiddelenindustrie in opspraak: Mercurius of Aesculapius?* [2004:2554-6]. Hij verwees naar de pijnstiller Glifanan (glafenine) en naar Vioxx (rofecoxib), die ondanks vele berichten over de ernstige bijwerkingen pas laat uit de handel werden genomen. De directeur van Organon Nederland constateerde: 'De publieke waardering voor de farmaceutische industrie is sinds 1997 gedaald tot dicht bij de tabaksindustrie en de olie-industrie.' Meer overheidscontrole wees hij af; de industrie zou aan zelfreiniging moeten doen [2005:1007-9].

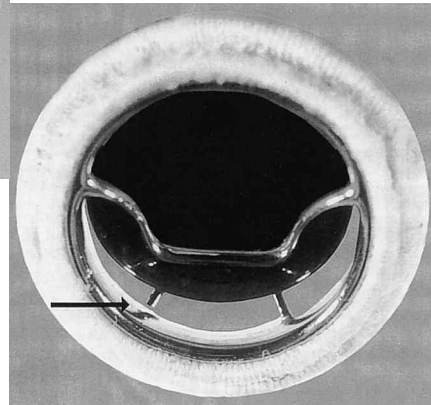
Inmiddels was bovendien regelrechte misleiding aan het licht gekomen in de rapportage van onderzoek naar antidepressiva bij kinderen en jeugdigen [zie bl. 103]. Tal van onderzoeken hadden vastgesteld dat ze bij deze groepen niet beter werkten dan placebo. Eén onderzoeker, een centrale figuur in het veld, had gunstige bevindingen gerapporteerd, naar later bleek onder druk van de fabrikant. De ernstige bijwerkingen zoals toegenomen suïcidepogingen waren verdonkeremaand. De auteurs van een commentaar stelden dat hieruit bleek dat onderzoekers noch redacties van wetenschappelijke tijdschriften onafhankelijk van de farmaceutische industrie konden werken [2005:1314-7].

De tijdschriftredacties waren zich er al langer van bewust dat vooral gunstige resultaten ter publicatie werden aangeboden. De schandalen rond Vioxx en de antidepressiva vormden de druppel die de emmer deed overlopen.* Het International Committee of Medical Journal Editors, een club

* Interview A.J.P.M. Overbeke, 18 november 2005.



Figuur 3.26
Hartklep prothese van Björk-Shiley:
tussen de in- en uitstroombegel
zweeft de klepschijf; de convexe
kant ligt bloedstroomafwaarts tegen
de kleine uitstroombegel van de
prothese.
[1998:1645]



Figuur 3.27
Dezelfde hartklep prothese als in
figuur 3.26. Let op de verplaatsing
als gevolg van de fractuur van één
arm van de kleine uitstroombegel
(pijl).
[1994:471]

van redacteuren van internationaal belangrijke tijdschriften (waarbij ook het Tijdschrift is aangesloten), kondigde in 2004 aan dat hun tijdschriften alleen nog artikelen over klinisch onderzoek naar geneesmiddelen zouden accepteren indien de trial bij een openbaar register was aangemeld vóórdat de eerste patiënt werd geworven. Zo ontstaat zicht op eventuele veranderingen gedurende het onderzoek en op onderzoek waarover niet wordt gerapporteerd [2004:1870-1]. De registratie-eis beperkt zich nu nog tot geneesmiddelenonderzoek, maar zal naar verwachting worden uitgebreid tot alle mensgebonden onderzoek. Om het belang hiervan in te zien, hoeft men maar terug te denken aan het schandaal rond de björk-shiley-hartklep prothese. Al in 1992 verscheen in het Tijdschrift een eerste publicatie over het risico op breuk in de prothese. Ook hier bleek dat de fabrikant, Shiley, een dochter van Pfizer, onderzoeksgegevens had achtergehouden en vervalst [1998:1645-8 en 1648-52]; [figuur 3.26 en 3.27].

RAMPEN

In 1953 braken tijdens een noordwesterstorm met springvloed in Zuidwest-Nederland de dijken door. De overstroming, bekend geworden als de watersnoodramp, kostte 1835 mensen het leven. In het Tijdschrift is van deze calamiteit nauwelijks iets terug te vinden. In de rubriek 'Binnenland' werd

HULP AAN SLACHTOFFERS VAN DE WATERSNOOD

Een collega, die onbekend wenst te blijven, verzoekt ons mede te delen, dat hij bereid is de jaargangen 1950 t/m 1952 af te staan ten behoeve van een arts in de getroffen gebieden. Degene, die hiervoor in aanmerking wenst te komen, wordt verzocht zich bij ons op te geven.

Amsterdam, 28 Februari 1953

REDACTIE

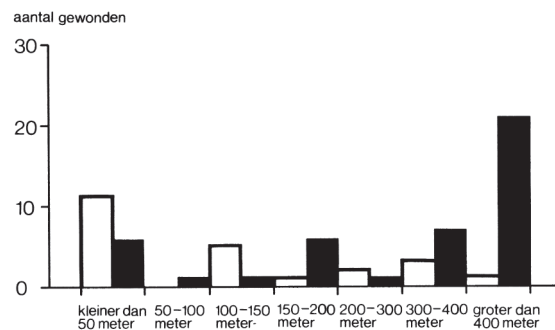
Figuur 3.28
[1953:643]

in een halve kolom gerefereerd aan een artikel in *Het Reddingwezen* [1958:1931]. Verder waren er berichten van lezers die oude jaargangen van het Tijdschrift aanboden aan gedupeerde collegae [figuur 3.28]. Was het omdat de ellende van de periode 1940-1945 de watersnoodramp nog zo overschaduwde dat de medische aspecten ervan onderbelicht zijn gebleven? In elk geval heeft het Tijdschrift in latere jaren ruime aandacht besteed aan rampen die de Nederlandse samenleving hebben getroffen, ook al kostten ze minder slachtoffers dan in 1953.

Gasexplosie Beek, 1975

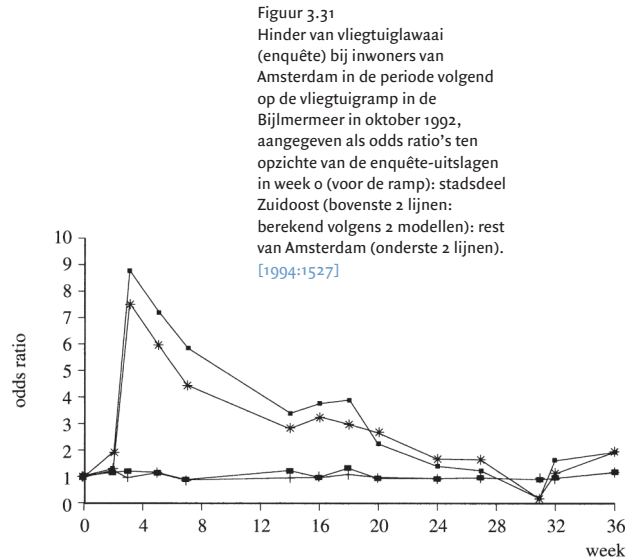
De Staatsmijnen in Limburg – later DSM – hadden ook een chemische fabriek waar onder andere etheen uit cokesovengas werd geproduceerd, een grondstof voor de kunststoffenindustrie. Nadat eind 1973 de laatste kolenmijn werd stilgelegd, werd de etheen gewonnen uit nafta. Bij dit proces deed zich in november 1975 een explosie voor waarbij 14 doden en 103 gewonden vielen. Twee bedrijfsartsen en een eerste verbandmeester deden verslag van de medische hulpverlening [1977:237-45]. Binnen 70 minuten werden ruim 100 slachtoffers gezien, behandeld en afgevoerd. Buiten een straal van 600 meter trad geen lichamelijk letsel op, maar wel kwamen ook bij werknemers die de explosie op afstand hadden meegemaakt psychische stoornissen voor [figuur 3.29]. De auteurs schreven de efficiënte hulpverlening toe aan de ruime opzet van het fabrieksterrein en de goed getrainde hulpdiensten die buiten de gevarezone waren gestationeerd.

Figuur 3.29
Aantal gewonden van een groep van 66 werknemers gemeten vanaf de haard van de explosie: de witte kolommen geven het lichamelijk letsel weer, de zwarte kolommen het aantal mensen dat voornamelijk psychisch letsel opliep. [1977:244]





Figuur 3.30
De vliegtuigramp in de Bijlmermeer,
oktober 1992.



Vliegramp Bijlmermeer, 1992

In oktober 1992 stortte een zojuist opgestegen El Al-vrachtvliegtuig neer op een aantal flatgebouwen in Amsterdam-Zuidoost, waar veel allochtonen woonden [figuur 3.30]. Daarbij kwamen 44 mensen om en werden honderden dakloos. Een huisarts schreef kort daarop een tweetal klinische lessen over een aantal patiënten uit zijn praktijk [1992:2553-8; 1993:2681-5]. De impact van de ramp leek mee te vallen. Een in 1994 gepubliceerd onderzoek liet geruststellende resultaten zien [1994:1523-8]. Bij een doorlopende gezondheidsenquête voor en na de ramp was gebleken dat de gevoeligheid voor vliegtuiglawaai tijdelijk was toegenomen, maar dat de ramp niet tot meer psychiatrische klachten onder de bevolking van het getroffen stadsdeel had geleid [figuur 3.31].

Bewoners, politieagenten, brandweerlieden en andere bij de ramp betrokken hulpverleners waren evenwel niet gerustgesteld. Zij schreven allerlei onverklaarde lichamelijke klachten toe aan schadelijke stoffen die mogelijk bij de ramp waren vrijgekomen. De klagers kregen het gevoel dat zij niet serieus werden genomen en dat belastende feiten door de overheid werden verzwegen. Toen later bekend werd dat het neergekomen vliegtuig ook uranium bevatte, was het hek van de dam en kwamen verschillende overheidsinstanties onder vuur te liggen. De onrust leidde zes jaar na de ramp tot de instelling van een enquêtecommissie door de Tweede Kamer. Op de per tv uitgezonden zittingen kwamen tekortkomingen bij de afhandeling van de ramp naar buiten en dat vergrootte het wantrouwen jegens de autoriteiten.

De politieke spanning liep op en de minister van Volksgezondheid zag geen andere uitweg dan opdracht te geven voor een groot onderzoek onder

de bewoners van de getroffen wijk en de hulpverleners die op een of andere manier bij de ramp betrokken waren geweest. In *Zorg voor de volksgezondheid na de vliegtuigramp in de Bijlmermeer; de beladen nasleep* gaf de epidemioloog J.W.W.Coebergh kritisch commentaar [1999:2301-5]. Hij vond dat de politici volstrekt ten onrechte de schuld van het falende beleid naar de medici toeschoven. Hij twijfelde aan het nut van het bevolkingsonderzoek. ‘Ook al is niet uit te sluiten dat er iets aan de hand is, nader onderzoek lijkt weinig zinvol omdat de kans dat er iets uitkomt verwaarloosbaar klein is, zeker zonder plausible etiologische veronderstellingen. Een goed gesprek van de betrokken zieken met een onafhankelijke en ervaren dokter, die bovendien het fenomeen “clustering” doorgrondt, heeft in zo’n situatie vermoedelijk meer zin.’

Een paar duizend personen werden uitvoerig ondervraagd en medisch onderzocht. De hoogleraar F.J.H.van Dijk, bedrijfsarts, besprak de uitkomsten in *Zorgen en angsten van de betrokkenen bij de vliegramp in de Bijlmermeer niet afgenomen door het medisch onderzoek* [2005:1257-60]. Er was geen enkele medische verklaring gevonden voor de klachten of afwijkingen van degenen die door de ramp waren getroffen of erbij waren betrokken. Desondanks bleven personen die hun problemen toeschreven aan de ramp van mening dat die waren veroorzaakt door blootstelling aan schadelijke chemische stoffen. De deelname aan het onderzoek bleek zelfs geleid te hebben tot een geringe toename van psychische klachten en vermoeidheid.

Vuurwerkcramp Enschede, 2000

Na de explosie in een grote vuurwerkopslag waren er 22 doden en 947 gewonden [figuur 3.32]. De laatsten werden in verschillende ziekenhuizen in de regio behandeld [2001:2330-5]. De ernstig gewonde patiënten hadden onder andere perforerende thorax-, buik- en schedelletsels en gecompliceerde fracturen. Twee patiënten moesten vanwege een gebarsten aneu-



Figuur 3.32
De vuurwerkcramp in Enschede,
mei 2000.

ryasma van de abdominale aorta worden geopereerd. De behandelcapaciteit in de regio bleek voldoende te zijn geweest. Uit de nasleep van de Bijmer-vlieg-ramp was de lering getrokken dat de psychosociale zorg na een dergelijke gebeurtenis van het begin af aan goed geregeld moet worden. Dit is in Enschede gebeurd [2004:1426-30].

Cafébrand Volendam, 2001

In de vroege Nieuwjaarsmorgen vatte de feestversiering van een populair jongerencafé aan de haven vlam, met als gevolg 14 doden en 277 gewonden [figuur 3.33]. 203 patiënten werden in 27 ziekenhuizen tot in België en Duitsland opgenomen, 80 moesten worden beademd [2001:2321-6]; [figuur 3.34]. De ramp had grote invloed op de Volendamse gemeenschap. Toen de brand uitbrak, deed een plaatselijke school toevallig mee aan een onderzoek naar effecten van gezondheidsbeleid. Daardoor kon de impact van de ramp op een groep 13-14-jarige kinderen prospectief worden bestudeerd. Een deel van de groep had de brand meegemaakt. Vergeleken met een controlepopulatie was er in de 5 maanden na de ramp een toename van excessief alcoholgebruik, angst, depressie, denkproblemen en agressief gedrag. De auteurs concludeerden dat interventies na een ramp gericht moeten zijn op de gesignaleerde problemen [2003:1785-92].

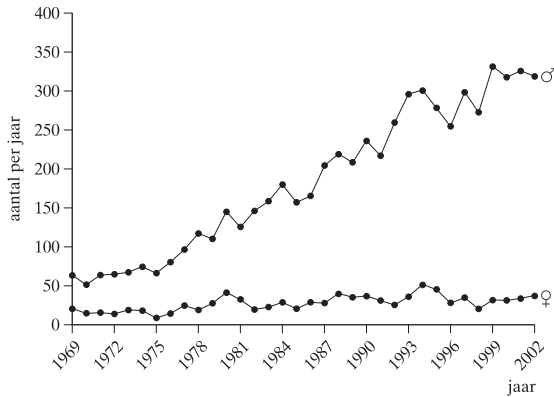
Figuur 3.33
De cafébrand in Volendam,
januari 2001.



Figuur 3.34
[2001:2324]

TABEL 5. Verdeling van beademde slachtoffers van de cafébrand in Volendam over brandwondencentra en ziekenhuizen, op de dag van het ongeval en in de uiteindelijke situatie

<i>plaats</i>	<i>dag van ongeval</i>	<i>uiteindelijke situatie</i>
brandwondencentrum		
Groningen	4	5
Beverwijk	4	5
Rotterdam	5	6
Aken, Duitsland	2	3
Belgische centra	18	18
academische ziekenhuizen	21	30
niet-academische ziekenhuizen	7	8
abstinerend beleid	5	5
totaal	66	80



Figuur 3.35 Sterfte aan pleuramesotheliom onder mannen en vrouwen in de periode 1969-2002 in Nederland. [2004:1728]



Figuur 3.36 De op het moment van hun eerste blootstelling aan asbest in de gemeente Hof van Twente geldende woonplaats van 5 vrouwen (A-E) die later een pleuramesotheliom kregen. [2004:1729]

Asbest

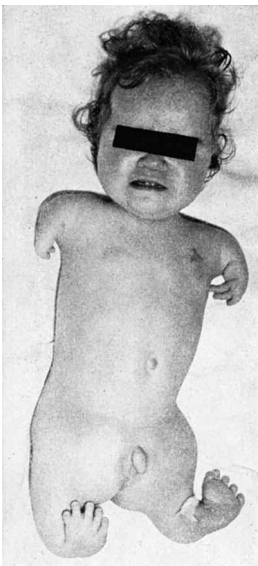
In de jaren zestig is bij de renovatie van het Paleis op de Dam asbest gebruikt. Ook in allerlei ziekenhuizen is dit materiaal kwistig toegepast, hoewel de in deze gebouwen werkzame lezers van het Tijdschrift beter hadden kunnen weten. In 1956 werd naar aanleiding van een casus al gesproken over het zogenaamde asbestcarcinoom [1956:2965-6]. Een nieuwe waarneming was de combinatie van asbestose en een pleuragezwel. In een verenigingsverslag [1958:1125-6] werden 3 gevallen beschreven bij arbeiders die als isoleerder langdurig in slecht geventileerde ruimten met stof dat veel asbestvezels bevatte, hadden gewerkt. Bij obductie werd tweemaal een mesotheliom en in het derde geval een fibrosaroom gevonden. Honderden arbeiders in de isolatie-industrie in het westen van het land inhaleerden asbest. Aangenomen wordt dat ‘ongeveer 20 pct. van de arbeiders in meer of mindere mate aan asbestose lijden. Het tegengaan van de verspreiding van asbeststof schijnt een moeilijk probleem te zijn.’ Een referaat uit 1968 vatte een aantal gegevens over de relatie tussen asbest en mesotheliom samen en besloot: ‘Ook indien nu alle toepassing verboden zou worden, moet men nog bijna een halve eeuw rekening houden met de zeer ernstige gevolgen van expositie in het verleden’ [1968:773-4].

Pas vanaf 1993 geldt in Nederland een totaal verbod op asbest en asbesthoudende producten en de rampzalige gevolgen zullen zich nog tientallen jaren openbaren. De sterfte aan pleuramesotheliom is sinds 1969 onder mannen sterk gestegen, maar ook vrouwen lopen gevaar [2004:1727-31]; [figuur 3.35]. Een asbestfabriek in Goor had tientallen jaren grote hoeveelheden asbesthoudend afval beschikbaar gesteld aan omwonenden en de gemeente voor de verharding van weggetjes, paden en erven. Er waren 5 gevallen van pleuramesotheliom bij vrouwen zonder blootstelling aan asbest in beroep of huishouden. In alle gevallen maakten zij gebruik van met asbest verharde wegen en paden in de buurt van de fabriek [figuur 3.36].

Het is onbegrijpelijk dat strenge overheidsmaatregelen zo lang zijn uitgebleven. Asbestverwijdering bij de huidige renovatie van gebouwen kost veel geld en moeite; het zij zo. Dat het industriële nut van deze stof tegen beter weten in zoveel slachtoffers heeft gemaakt – en nog zal maken – is een schande voor onze maatschappij.

Thalidomide

Een ramp van heel andere aard was het zogenaamde Softenondrama. In 1961 sloegen 3 Duitse artsen alarm over het grote aantal mismaakte baby's dat werd geboren [figuur 3.37]. Eén van hen vermoedde een verband met het gebruik van het slaapmiddel thalidomide door de moeders tijdens de zwangerschap. In Nederland stond dit middel bekend onder de naam Softenon. Dat het middel een week later uit de handel werd genomen, voorkwam niet dat een internationaal schandaal uitbrak. In het Tijdschrift verscheen het jaar erna het verslag van een enquête onder Nederlandse artsen [1962:1633-



Figuur 3-37
Softenonbaby.
[1962:1635]

TABEL IV. AARD VAN DE AFWIJINGEN BIJ 25 GEVALLEN VAN THALIDOMIDEGEBRUIK TUSSEN 4E EN 8E WEEK NA DE LAATSTE MENSTRUATIE

NR.	DYSMELIE								OOR	TELE- ANGIEC- TASIE GELAAT	ANDERE AFWIJINGEN	OVER- LEDEN
	ARM				BEEN							
	BOVEN L R	ONDER L R	HAND L R	BOVEN L R	ONDER L R	VOET L R	L R	L R				
2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TETRALOGIE VAN FALLOT	†
3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	PALATUM FISSUM, BEI- DERZIJDS KYSTENNIE- REN, APLASIE LINKER ADNEXA	†
5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	VITIUM CORDIS	-
6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	†
7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	TETRALOGIE VAN FALLOT	†
8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ASYMMETRISCH GELAAT	-
9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	VITIUM CORDIS	†
12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	VITIUM CORDIS	†
19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	MALROTATIE, MECONIUM-ILEUS	†
21	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	LINKER SCAPULA MISVORMD	†
27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	ANUS-ATRESIE, RECTOVESICALE FISTEL, COLOBOMA IRIDIS LINKS	†
29	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Figuur 3-38
Aard van de afwijkingen van de foetus na gebruik van thalidomide door moeders tijdens de zwangerschap.
[1963:248]

5]. In juni 1962 waren al 18 mogelijke gevallen geregistreerd, per 1 december 1962 waren dat er 29 [1963:246-50]; 24 zwangeren hadden het middel in de 2e maand ingenomen. De afwijkingen van de foetus betroffen vooral de armen en de benen [figuur 3.38]. De Duitse fabrikant van thalidomide zou na een slepende rechtszaak 10 jaar later tot een enorme schadevergoeding worden veroordeeld.

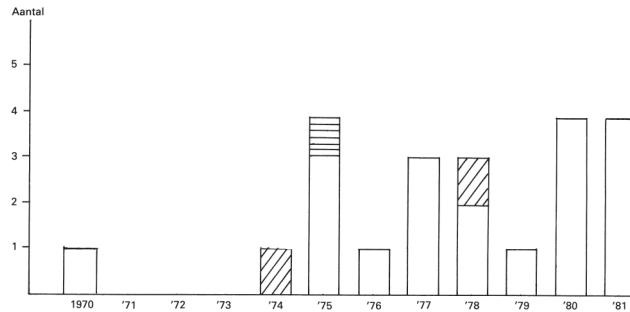
Des

In de jaren veertig werd di-ethylstilbestrol (des) aangeprezen als middel tegen habituele abortus en intra-uteriene vruchtdood. Destijds dacht men dat de placenta een beschermende barrière vormde tegen schadelijke beïnvloeding van het embryo door externe factoren, zeker als het ging om middelen die voor de zwangere vrouw als onschadelijk werden beschouwd. Een onderzoek door het Amerikaanse echtpaar Smith had geleid tot goedkeuring door de FDA voor het gebruik van des bij dreigende en herhaalde abortus. Dat het onderzoek was uitgevoerd zonder een controlegroep speelde toen geen rol. De negatieve uitkomst van een gerandomiseerd dubbelblind onderzoek in 1953 had geen invloed op de verkoop. De farmaceutische industrie propageerde het middel zelfs voor profylactisch gebruik bij alle zwangerschappen: ‘DES – for bigger and stronger babies too’.

Door de thalidomideaffaire ontstond twijfel aan de functie van de placenta als ondoordringbaar bolwerk tegen schadelijke effecten van medicamenten. In hetzelfde jaar dat in het Tijdschrift voor het eerst over thalidomide werd gepubliceerd, verscheen een anoniem commentaar over *Toediening van hormoonpreparaten bij dreigende miskraam* [1962:839-40]. De schrijver – naar later bleek G.J.Kloosterman – pleitte voor een conservatief beleid. ‘In grote lijnen kan gezegd worden dat er in ongeveer de helft der gevallen van abortus imminens geen behandeling nodig, en dat in de overige gevallen behandeling ondoeltreffend is. De meest rationele behandeling moet bestaan uit psychotherapie, al of niet ondersteund met sedativa, advies het kalm aan te doen en coïtus achterwege te laten tot een week na het ophouden van de bloeding. (...) Degenen, die er op zouden willen wijzen, dat in uitzonderingsgevallen de toediening van progestatieve stoffen daarom toch nog wel nuttig zou kunnen zijn, moeten bedenken dat er tenminste evenveel redenen te vrezen dat toediening van deze stoffen schade zou kunnen berokkenen.’

Achteraf een profetisch advies, hoewel het gevaar uit een andere hoek kwam dan Kloosterman dacht. Hij was bang voor het viriliserend effect, maar de gevolgen waren veel ernstiger. In 1970 verschenen de eerste internationale publicaties over de potentiële carcinogene werking van des op de foetus. I.S.Sindram besprak in 1973 een 15-jarig meisje met adenocarcinoom van de vagina van wie de moeder in de zwangerschap stilbestrol had

Figuur 3.39
 Overzicht van 22 in Nederland
 gevonden adenocarcinomen
 van vagina (19) of cervix (13)
 bij jonge vrouwen; 1979-1981,
 naar jaar van diagnose
 (□ = clear-cell-carcinoom van
 de vagina; ▨ = clear-cell-carcinoom
 van de cervix; ▩ = adenocarcinoom
 van de cervix (niet van het
 clear-cell-type)).
[\[1982:1356\]](#)



gebruikt [\[1973:625\]](#). In 1971 verklaarde de FDA dat tijdens de zwangerschap des gecontraïndiceerd was. In Nederland duurde het tot 1974 voordat het ministerie van Volksgezondheid tot deze conclusie kwam. Ondanks dat is ook daarna nog des voorgeschreven. De schatting is dat tussen 1947 en 1975 ongeveer 220.000 zwangeren met des behandeld zijn [\[figuur 3.39\]](#).

Dochters van zogenaamde desmoeders richtten in 1981 de DES Aktiegroep op, die samen ging werken met de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. In 1982 waren in Nederland 21 jonge vrouwen met een 'clear-cell'-carcinoom (CCAC) van vagina of cervix geregistreerd, afwijkingen die werden toegeschreven aan prenatale blootstelling aan des [\[1982:1350-8\]](#). In 2001 keken P.E.Treffers et al. terug op 50 jaar schade aangericht door des [\[2001:675-80\]](#). De moeders hebben een verhoogd risico op mammacarcinoom en de dochters een kans van 1:1000 op CCAC en een verhoogde kans op andere anatomische en functionele afwijkingen van de genitalia. Deszonen lopen veel minder gevaar, maar blijven niet buiten schot: een verhoogde frequentie van niet-maligne aandoeningen zoals cryptorchisme en hypotrofie van de testes.

De ellende duurt voort. De moeders bevinden zich in een leeftijdsgroep met een hoog risico op mammacarcinoom, de jongste dochters gaan nog een groot aantal zwangerschappen tegemoet en de oudsten komen in de menopauze waarin de kans op CCAC ook zonder des al verhoogd is. Daarmee is de geschiedenis nog niet ten einde. Als in een oudtestamentische vloek blijkt nu uit dierexperimenteel onderzoek dat nakomelingen tot in het derde geslacht gevaar lopen. 'Uit al deze gegevens blijkt dat 50 jaar nadat DES voor het eerst bij Nederlandse zwangeren is toegediend, het probleem nog steeds actueel is. DES is oorzaak van een van de ernstigste medische calamiteiten in de geschiedenis' [\[2001:675-80\]](#).

VAN KWAKZALVERIJ TOT ALTERNATIEVE
GENEESWIJZEN

Artsen moesten vanaf de jaren vijftig niet alleen wegwijs worden in de snelle farmacotherapeutische ontwikkelingen. Er dienden zich ook steeds nieuwe behandelmethoden en -technieken aan. Welke moesten tot het reguliere domein worden toegelaten? Zo was er de celtherapie van Paul Niehans, eind jaren vijftig een actuele, maar controversiële behandeling waarbij mensen met weefselextracten van ongeboren of jonge dieren werden geïnjecteerd. Praktijken meende dat deze therapie ‘niet bij onze tegenwoordige kennis’ past, maar: ‘Wij zijn werkelijk wel gewend aan belangrijke ontdekkingen die aanvankelijk geheel in strijd leken te zijn met heersende opvattingen’ [1958: 2313-4]. Hij verlangde wel wetenschappelijk bewijs. Dat zou het refrain worden van de meeste artikelen van sceptici. Zij hadden in de periode tot 1970 sterk vertrouwen in de overtuigingskracht van wetenschappelijk onderzoek. Sympathisanten van niet-reguliere geneeswijzen hadden echter andere opvattingen over bewijs.

In 1960 verscheen een samenvattend overzicht over *Buitenissige behandelingswijzen* [1960:1332-46]. Het was volgens auteur prof.dr.D.K.de Jongh droevig gesteld met het wetenschappelijk gehalte van de homeopathie en enkele andere behandelopvattingen. Hij kon wel verklaren waarom er desondanks een markt voor was: ‘Het behoort (...) niet tot de wezenstrekken van de westerse mens, zich ergens bij neer te leggen. De westerse mens wil niet ziek zijn, hij wil geen pijn lijden, en hij wil bovenal niet sterven.’ De Jongh richtte zijn pijlen vooral op de celtherapie. Niehans injecteerde bijvoorbeeld bij kinderen met hersenletsel in het gebied van Broca, het motorische spraakcentrum, weefsel uit de voorhoofdskwab van schapenfoetussen. Hierna begonnen zij volgens Niehans te spreken, soms zelfs meteen in volledige zinnen. De Jongh: ‘Als enig commentaar diene de vraag, of schapen inderdaad een centrum van Broca bezitten en zo ja, of men dan niet bevreesd moet zijn, dat de daarmee behandelde kinderen gaan blaten in plaats van praten’ [1960:1332].

Naar aanleiding van dit artikel werden verschillende ingezonden brieven afgedrukt, volgens de hoofdredactie ‘om het verwijt te ontgaan, dat aanhangers van de celtherapie hun standpunt niet zouden kunnen verdedigen’ [1961:157-8]. De sympathisanten van de celtherapie vergeleken zich graag met Semmelweis, wiens opvattingen over hygiëne ter voorkoming en bestrijding van kraamvrouwenkoorts lang werden genegeerd door de gevestigde orde [1960:2473; 1961:188-90]. De hoofdredactie riposteerde dat Semmelweis’ denkbeelden uiteindelijk moesten worden aanvaard omdat ze met empirische gegevens werden gestaafd. Ze verbaasde zich dan ook over de populariteit van onbewezen behandelwijzen in een tijd waarin de eis van wetenschappelijke toetsing algemeen aanvaard was geraakt en iedere arts

met het placebo-effect bekend was. De redactie sloot de discussie, maar: ‘Het spreekt vanzelf, dat gaarne plaats beschikbaar zal worden gesteld voor een artikel over een onderzoek betreffende celtherapie, mits het voldoet aan de eisen die aan een wetenschappelijke publikatie gesteld moeten worden’ [1961:157-8]. Dat artikel is er blijkbaar niet gekomen.

Ook het moermandieet voor kankerpatiënten stond in de jaren vijftig in de belangstelling. Het werd al voor de tweede keer onderzocht, maar het rapport concludeerde in 1958 dat op grond van 109 behandelde patiënten geen gunstige werking van de therapie kon worden vastgesteld. Prakken schreef: ‘Moerman heeft zelfs niet getracht, de waarde van zijn behandeling vast te stellen door systematische bewerking van bij nauwkeurig onderzochte patiënten verkregen gegevens’ [1958:1893]. Het leek duidelijk voor elk weldenkend mens: geen van de onderzochte behandelingen kon vooralsnog aan het arsenaal van de geneeskunde worden toegevoegd. Echter, kenmerkend voor de ‘buitenissige behandelwijzen’ in het algemeen was dat de mate van hun populariteit niet correspondeerde met hun aangetoonde werkzaamheid. Als er al verband was, dan leek dat eerder omgekeerd evenredig. Herhaaldelijk werd bijvoorbeeld vanuit het parlement om nieuw overheidsonderzoek naar de moermanmethode gevraagd en nog twee keer werd dit ingewilligd, waarover later meer.

‘Op weg naar een placebo-cultuur?’

Na 1970 werd de klassieke kwakzalverij van magnetiseurs en kruidendokters geleidelijk verdrongen door nieuwe stromingen als acupunctuur, antroposofische geneeskunst, manuele geneeswijzen en natuurgeneeswijzen. Deze kregen de wind in de zeilen door maatschappelijke veranderingen in die periode. De jonge generatie verzette zich tegen autoriteiten, het establishment en het ‘medische bolwerk’, en vatte belangstelling op voor oosterse filosofieën en geneeswijzen. Vanaf ongeveer 1970 werd cultuurrelativistisch gesproken van ‘alternatieve geneeswijzen’. Ook artsensorganisaties voelden zich gedwongen zich daarmee bezig te houden. De KNMG wijdde in 1975 een ledencongres aan ‘de geneeskunde en haar randgebieden’, te weten de acupunctuur, de antroposofische geneeskunde en de homeopathie. In het Tijdschrift verschenen naderhand verschillende congresbijdragen [1975:1601-18]. De voorzitter van de Vaste Kamercommissie voor Wetenschapsbeleid, K. van Dijk (VVD), bepleitte erkenning van alternatieve behandelwijzen in de beroepsopleidingen en de gereguleerde gezondheidszorg [1975:1617-8]. Een filosofische bijdrage droeg daarvoor argumenten aan: opvattingen over ziekte en gezondheid zijn historisch en cultureel bepaald; aanvaarde medische kennis kan door later wetenschappelijk onderzoek naar onwetenschappelijke randgebieden verdwijnen en omgekeerd; en zelfs het ‘Blauwe boekje’ over ethiek en gedragsregels dat

de KNMG aan afgestudeerde artsen schonk, erkende dat elke dokter naast de geneeskunde ook de geneeskunst moet beheersen [1975:1603-11]. De auteur van een hoofdartikel getiteld *Op weg naar een placebo-cultuur?* toonde zich evenwel weinig genegen tot rekkelijkheid: ‘De “officiële geneeskunde” verhoudt zich tot de “niet-officiële” geneeskunst als de astronomie tot de astrologie. Men moge groot respect hebben voor hetgeen in de sterren geschreven staat, maar toch zou men het uitzenden van astronauten ongaarne op basis van de leer der astrologie geregeld zien’ [1975:1601].

Het Tijdschrift probeerde een open oor te houden. Het nam artikelen op over de omvang van de ‘niet-universitaire geneeskunde’ en over acupunctuur van een auteur die stevig aan de alternatieve weg timmerde, de arts en acupuncturist P.A. van Dijk [1977:719-25; 1978:1442-8; 1980:1404-8]. Veel later, in 2004, zou hij de Meester Kackadorisprijs van de Vereniging ter Bestrijding van de Kwakzalverij toegekend krijgen, maar destijds had Van Dijk enige autoriteit. Hij werd lid van de belangrijke Commissie Alternatieve Geneeswijzen (CAG), ingesteld in 1977, om de overheid van advies te dienen over de voorgenomen vervanging van de Wet op de Uitoefening van de Geneeskunst. Moest in de nieuwe Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) rekening worden gehouden met alternatieve genezers? De opdracht luidde uitdrukkelijk dat de commissie alleen de maatschappelijke betekenis van alternatieve geneeswijzen moest onderzoeken en niet hun wetenschappelijke waarde. Dat leidde zowel in medische kringen als in de CAG zelf tot ophef en onenigheid.

De CAG werd ook wel de Commissie-Muntendam genoemd, naar haar voorzitter prof.dr.P.Muntendam, een zeer invloedrijke persoon in de gezondheidszorg met een lange staat van dienst, onder andere op het ministerie van Volksgezondheid en Sociale Zaken [zie bl. 163]. Het was dan ook hoogst controversieel dat de commissie onder zijn leiding in 1981 een alternatief-vriendelijk meerderheidsrapport uitbracht. Muntendam lichtte in een themanummer van het Tijdschrift toe waarom. Hij achtte het onverdedigbaar dat de effectiviteit van alternatieve geneeswijzen moest worden aangetoond voordat ze enige vorm van erkenning kregen; dat gold immers ook niet voor de reguliere geneeskunde. Het rapport bepleitte om van 6 hoofdstromingen nader te onderzoeken of hun opleidingen konden worden erkend en of hun beoefenaren in de Wet BIG moesten worden opgenomen. Daarnaast zouden hun behandelingen vergoed moeten worden via het ziekenfonds. Alternatieve geneeswijzen zouden bovendien in het medisch onderwijs aan de orde moeten komen. Maar ook Muntendam vond dat kwakzalverij te allen tijde diende te worden bestreden [1981:383-7]. Dit nu vond een commentator van het Tijdschrift niet erg overtuigend. Hij wees erop dat de CAG de 6 alternatieve hoofdstromingen louter had geselecteerd op grond van hun populariteit. Deze werden dus ‘automatisch uitgelicht boven het grote gebied van de kwakzalverij, let wel, zonder dat naar de kwaliteit ervan een inhoudelijk

onderzoek werd ingesteld (...)’ [1981:392-4]. Dit bleek ook het belangrijkste twistpunt in de commissie zelf te zijn geweest, blijkens het minderheidsstandpunt dat in hetzelfde Tijdschriftnummer werd gepubliceerd [1981:387-92].

Van de verdere discussie over het rapport is weinig in het Tijdschrift terug te vinden. In een brief werd erop gewezen dat toetsing van de effectiviteit en de efficiëntie van medische behandelingen een van de voornaamste mogelijkheden is om de kosten in de gezondheidszorg in de hand te houden en tegelijkertijd de hoogst mogelijke kwaliteit van zorg te behouden [1982:1459-60]. De regering nam de aanbevelingen van het rapport uiteindelijk niet over. Alternatieve geneeswijzen kregen pas kans op erkenning wanneer hun ‘positieve werkzaamheid’ was aangetoond. Vergoeding via het ziekenfonds zat er nog niet in (maar dat gebeurde later wel). Het uitoefenen van de geneeskunst zou wel vrij gelaten worden in de latere Wet BIG [zie bl. 152].

De roep om erkenning van alternatieve geneeswijzen verstomde niet. Volgens goed Nederlands gebruik volgde een reeks van nieuwe commissies en rapporten van adviesorganen. Ook hiervan is weinig in het Tijdschrift te vinden, waarschijnlijk omdat geen ervan de kwaliteit of de effectiviteit van de geneeswijzen onderzocht. Een zoveelste onderzoek naar hun maatschappelijke betekenis stemde een auteur niet vrolijk: alternatieve geneeswijzen waren respectabel geworden. Ruim een miljoen cliënten zou jaarlijks zo’n 6 miljoen bezoeken afleggen aan alternatieve artsen, en dat terwijl deze sector hogere tarieven berekende dan de reguliere geneeskunde. Onder de ruim 4100 alternatieve beroepsbeoefenaren bevonden zich overigens ruim 800 artsen – ongeveer 20% dus [1988:904-6].

Veel reguliere artsen moeten zich in de jaren zeventig en tachtig in kafkaïaanse omstandigheden hebben gewaand. In het bestaande maatschappelijke klimaat vonden medisch-wetenschappelijke bezwaren tegen alternatieve geneeswijzen nauwelijks gehoor. Alternatieve genezers wezen de eis van ‘reguliere’ wetenschapstoetsing af met als argument dat hun behandelwijzen andere onderzoeksmethoden vereisen. Zij vonden bijvoorbeeld een controlegroep onethisch omdat deze groep daarmee een behandeling werd onthouden. Fundamentele misvattingen, schreef een auteur in 1984 in het Tijdschrift, en hij probeerde nog eens systematisch uit te leggen waarom [1984:1244-7]. Onbegrijpelijk was natuurlijk dat de eis van kosteneffectiviteit, vanaf de jaren tachtig een sturend instrument in het gezondheidszorgbeleid, niet gold voor alternatieve behandelwijzen: hun werkzaamheid was niet aangetoond, hun hogere kosten wel [1988:904-6]. Desondanks werden de reguliere artsen ervan beticht de alternatieve geneeswijzen te bestrijden om hun eigen financiële belangen te verdedigen. Niet de geringste frustratie voor medici vormde de rechtsongelijkheid: artsen waren in opleiding en beroepsuitoefening gebonden aan strikte eisen, wetgeving en gedragscodes en onderworpen aan zowel tucht- als strafrecht. Niet-medisch

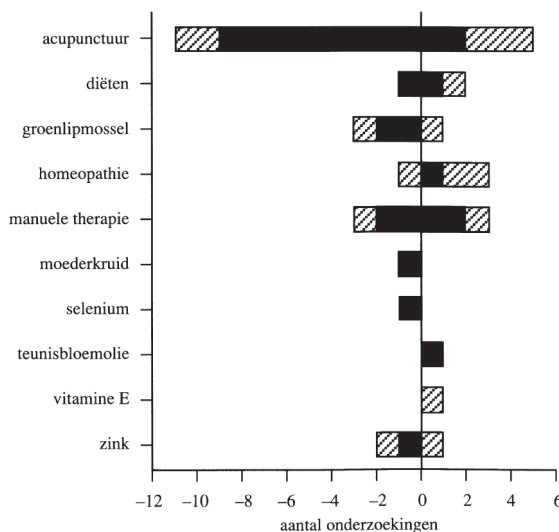
geschoolde alternatieve genezers werden daarentegen vrijwel ongemoeid gelaten en hadden zelfs minder te vrezen dan artsen die alternatieve behandelingen uitvoerden [1994:286-9; 1999:210-3].

Alternatieve genezers beantwoordden alle kritiek simpelweg met een verwijzing naar de tevredenheid van hun patiënten en dat vond de buitenwereld vaak ook voldoende. ‘Is het niet merkwaardig dat, terwijl een arts vijf zware examens moet afleggen, de rechter bij de beoordeling van een kwakzalver nogal eens betekenis toekent aan het oordeel van een dankbare patiënt? Wie zich geroepen voelt te genezen, moet de moeite van een geneeskundige studie ervoor over hebben,’ had iemand al eerder opgemerkt [1977: 718-9].

Berusten of bestrijden?

Het Tijdschrift bleef af en toe alternatief getinte artikelen plaatsen, mits ze op onderzoeksgegevens ingingen. Eenduidig waren de gegevens niet, maar uit een overzicht van onderzoeken naar verschillende alternatieve behandelwijzen bleek dat de meeste niet beter werkten dan placebo [1991:317-22]; [figuur 3.40]. Rond 1990 hadden alternatieve benaderingen echter definitief een plaats veroverd in het gezondheidszorgcircuit.

Reguliere artsen zagen dat in en begrepen dat zij niet te bestrijden waren met wetenschappelijke bewijzen en argumenten. Hoofdredacteur Dunning schreef in 1994 schijnbaar berustend dat het ‘een fundamentele misvatting [is] te menen dat regulier en alternatief elkaar voor de rechtbank van de rede zullen ontmoeten en elkaar zullen erkennen. Daarvoor zijn hun werelden van denken en doen te verschillend.’ Alternatieve genezers wezen op tekortkomingen in het reguliere medische handelen en op gevoelens van miskenning bij patiënten, daarom zouden zij aanhang behouden [1994:284-6].



Figuur 3.40 Resultaten van onderzoeken waarin het effect van alternatieve behandelingswijzen werd vergeleken met dat van placebo. Links van de nullijn het aantal onderzoeken waarin de alternatieve behandelingswijze niet effectiever was dan placebo; rechts de onderzoeken met beter effect (■ = onderzoeken waarvan het resultaat acceptabel is; ▨ = onderzoeken met minder betrouwbare of minder goed te beoordelen resultaten). [1991:318]

Een probleem was nog steeds wat nu eigenlijk als ‘alternatief’ moest worden beschouwd en wat als ‘regulier’. Omdat acupunctuur en manuele therapie zich aan toetsing onderwierpen, waren deze voor sommigen aanvaardbaarder dan homeopathie of de kankerdiëten. H.D.C.Roscam Abbing gaf in 1994 de volgende omschrijving van alternatieve geneeswijzen: methoden die door de medische professie niet algemeen worden aanvaard en die geen deel uitmaken van de medisch-professionele standaard [1994:286-9]. Met de verbreiding van evidence-based geneeskunde en de toenemende protocollering van behandelingen werd die professionele standaard in de loop van de jaren negentig duidelijker.

In 1992 werden homeopathische en antroposofische middelen uit het ziekenfondspakket gehaald, echter niet om wetenschappelijke, maar om financiële redenen. Offerhaus had het een onacceptabele vorm van rechtsongelijkheid genoemd dat de reguliere geneesmiddelen uitgebreid moeten worden onderzocht op een gunstige balans tussen werkzaamheid en schadelijkheid, terwijl homeopathische middelen daarvan waren vrijgesteld [1991:500-2]. De schadelijkheid van alternatieve geneesmiddelen was maatschappelijk ook onderbelicht. Weliswaar was in het Tijdschrift meerdere keren bericht over de ernstige gevolgen van het gebruik van bijvoorbeeld kelptabletten of het enzympreparaat Wobe-Mugos, maar vanwege de ontbrekende registratieplicht was informatie over hun schadelijkheid niet publiekelijk bekend [1994:289-90]. Vanaf 1997 begon het College ter beoordeling van geneesmiddelen homeopathica en antroposofische middelen te registreren; de producenten ervan hoefden echter alleen bewijs van hun onschadelijkheid te leveren, niet van hun werking. Overige alternatieve middelen blijven tot op heden uitgezonderd, terwijl bijvoorbeeld zogenoemde Ayurvedische middelen soms zodanige loodconcentraties bevatten dat er gevaar voor loodvergiftiging bestaat. In een recente klinische les werden artsen daarom weer opmerkzaam gemaakt op de verschijnselen van deze uitgebannen gewaande aandoening [2005:2893-6].

De gedachte dat men door diëten kanker kan genezen, bleef grote aantrekkingskracht behouden. In 1991 leverde een vierde onderzoek naar de moermanmethode gegevens die ‘naar alle maatstaven schamel en zwak zijn’ [1992:262-3]. Patiënten stoorden zich echter zelden aan welke wetenschappelijke opvatting dan ook; zij hadden hun eigen beweegredenen. In 1986, 1999 en 2002 werden bezoekers van de polikliniek van het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis te Amsterdam ondervraagd. In 1986 gebruikte 8% een alternatief dieet of had dit ooit gedaan, merendeels als aanvulling op de reguliere behandeling. In 1999 was dit percentage gestegen tot 13, maar in 2002 was het weer gedaald tot 7 [1994:300-6; 1999:1421-4; 2003:1731-4].

De populariteitsdaling van kankerdiëten in 2002 had wellicht te maken met negatieve publiciteit over de Rotterdamse internist A.J.Houtsmuller. Begin jaren negentig maakte deze furore met een dieet waarmee hij zichzelf

van een uitgezaaide vorm van huidkanker zou hebben genezen. Dit verhaal bleek onwaar. De Vereniging ter Bestrijding van de Kwakzalverij (VtBK) had zich intensief met deze zaak bemoeid. Ze was aanvankelijk door de rechter in het gelijk gesteld dat Houtsmuller een kwakzalver mocht worden genoemd. In hoger beroep meende het gerechtshof dat er weliswaar geen wetenschappelijk bewijs bestond dat Houtsmullers behandeling werkte, maar dat de term ‘kwakzalver’ te sterk was. De VtBK reageerde onthutst: ‘iemand die niet-werkzame middelen propageert’, dat was toch juist de definitie van een kwakzalver [2001:141-2]?

De VtBK was in het Tijdschrift een nieuw offensief begonnen tegen alternatieve geneeswijzen, die zij weer als kwakzalverij betiteld wilde zien. Het Koningin Wilhelmina (KWF) Fonds kreeg ervan langs omdat het Houtsmuller op zijn jubileumcongres liet spreken en omdat het de moerman- en houtsmullerdiëten leek te legitimeren door ze te noemen in voorlichtingsfolders. Zowel Houtsmuller als het KWF verweerde zich tegen de aantijgingen [1999: 1431-3 en 2073-7]. De VtBK vestigde ook de aandacht op de oprichting van ‘kwakfondsen’ door voorstanders van alternatieve behandelwijzen, ter financiële ondersteuning van hun zaak [2000:332-4 en 769-71].

De alternatieve geneeswijzen leidden in deze periode tot verdeeldheid in de hoofdredactie. Eind 2002 was een artikel ingediend in reactie op de opstelling van de VtBK. De strekking was het al sinds de jaren zeventig aangevoerde argument dat grote aantallen mensen gebruik maakten van alternatieve geneeswijzen en dat zij daar goede redenen voor dachten te hebben. Hoewel het stuk niet wetenschappelijk, maar opiniërend van aard was, wilde de meerderheid van de hoofdredactie het omwille van het debat plaatsen. Dat gebeurde uiteindelijk niet. De kwestie mondde in 2003 uit in een artikel van een lid van de hoofdredactie, H.G.M. Rooijmans, en wetenschappelijk eindredacteur H.C. Walvoort. Rooijmans en Walvoort poogden het dilemma te verwoorden waarvoor reguliere artsen zich zagen gesteld wanneer patiënten ook alternatieve middelen of methoden wilden proberen. Artsen of de VtBK konden dat onzin vinden, maar: ‘Als de steun en de troost van mysticisme en bijgeloof groot zijn en de gevaren van dat geloof verhoudingsgewijs klein, moeten wij dan onze weerstand niet wat temperen? Een lastig dilemma. Wij kunnen nonsens toch niet onweersproken laten?’ In de klinische praktijk was dat echter zinloos, meenden zij: ‘Het is de taak van een arts om een alternatief te hebben voordat hij of zij patiënten met wetenschappelijke argumenten in de kou zet’ [2003:1717-20].

In hetzelfde nummer sprak VtBK-voorzitter C.N.M. Renckens de wetenschappelijke verenigingen van artsen erop aan dat zij verzuimden de kwaliteit van de beroepsbeoefening te controleren. Zij hadden eerder moeten optreden tegen de ‘disfunctionerende’ artsen waartegen inmiddels door de Inspectie van de Gezondheidszorg een onderzoek was ingesteld [2003: 1749-52]. Er kwamen op deze bijdragen 15 brieven binnen van zowel alter-

natieve als reguliere artsen [2003:2601-10]. De alternatieven gingen zoals meestal voorbij aan de argumenten van de regulieren en haalden hun oude beweringen nog maar eens van stal. Walvoort en Rooijmans kregen zowel kritiek als bijval: sommigen vonden hen te begripvol voor alternatieve geneeswijzen, anderen te afwijzend en weer anderen halfslachtig. Dat was nu net het punt, stelden de auteurs in hun dupliek: een pasklaar antwoord is er niet; het is in de klinische praktijk schipperen tussen wetenschap en de medische realiteit. In die realiteit hebben artsen angsten en wensen van patiënten te respecteren, ook al onderschrijven zij die niet [2003:2608-10].

De geschiedenis van de geneeskunde kent heel wat voorbeelden van lang toegepaste behandelingen die uiteindelijk naar het domein van de kwakzalverij zijn verwezen. Het essentiële verschil tussen kwakzalverij en reguliere geneeskunde zit niet in de plausibiliteit van de onderliggende theorieën, maar in de bereidheid de effectiviteit van behandelingen wetenschappelijk te toetsen, aldus hoofdredacteur Van Gijn [2006:1-3]. Sommige van die theorieën zijn dermate onzinnig dat toetsing ook zinloos is, aldus de brieven die hierop weer binnenkwamen. Dat werd ook lang gedacht van bacteriële infectie als oorzaak van maagzweren, repliceerde de auteur [2006:1098-9]. De discussie duurt dus voort. De reguliere geneeskunde blijft vertrouwen op de rede en de wetenschappelijke toetsing.

MEDISCHE OPLEIDING

In het Raamplan 1994 Artsopleiding wordt de pas afgestudeerde arts een profiel met de volgende elementen toebedacht: in staat problemen op te lossen, in staat elke vervolgopleiding in te gaan, in staat samen te werken, wetenschappelijk gevormd, in het bezit van de juiste attitudes, flexibel, wettelijk bevoegd en bekwaam, en met inzicht in eigen grenzen. Dit document was het resultaat van jarenlange afstemming tussen de 8 Nederlandse medische faculteiten en vormt de basis voor de landelijke beoordelingen van hun curricula. Zo'n omschrijving roept natuurlijk allerlei vragen op, zoals: wat houdt 'wetenschappelijk gevormd' in, wat zijn de 'juiste attitudes' en wanneer is een student bekwaam?

Naast *Medisch Contact* heeft ook het Tijdschrift in de afgelopen 50 jaar regelmatig stukken over medisch onderwijs opgenomen. Ook de 4 voorzitters van de hoofdredactie hebben zich in de discussies gemengd. Nog in de jaren zestig kon de pas afgestudeerde arts zonder verdere opleiding als huisarts aan de slag gaan. De oud-huisarts Prakken was van mening dat de medische faculteiten tekortschoten, maar dat dit hun niet kon worden verweten. 'Die kunnen niet opleiden voor het beroep van chirurg, psychiater, hygiënist, ziekenhuisdirecteur of wat dan ook, natuurlijk evenmin voor dat van huisarts' [1960:1273-4]. In het hoofdartikel *Specialisatie tot huisarts* [1963:233-4] stelt

hij dat de specialistenregistratie van de KNMG ertoe heeft geleid dat de huisartsen als een vergeten groep achterbleven. ‘De voorstelling van de huisarts als een halverwege de opleiding tot specialist staan gebleven medicus en van de specialist als een verder, zij het dan eenzijdig, ontwikkelde huisarts heeft aan de positie van de huisarts en de ontwikkeling van het vak veel kwaad gedaan.’ Prakken steunt dan ook de plannen van het Nederlands Huisartsen Genootschap voor een eigen opleiding na het artsexamen. Die zou in 1973 van start gaan.

Als universitair werkend specialist legt Jongkees andere accenten dan zijn voorganger. Hij verdedigt het belang van de academische ziekenhuizen in de medische opleiding [1975:478-9] en verzet zich tegen het besluit van de staatssecretaris voor onderwijs om het lot te laten beslissen over de toelating tot de medische studie [1975:301]. ‘Ik hoop dat de volksvertegenwoordigers zo wijs zullen zijn dit uitzonderlijke plan met algemene stemmen te verwerpen en deze nivellering naar een laag peil zullen afwijzen.’

De voortdurende verbouwingen van de medische curricula waren voor Dunning aanleiding voor het artikel *Dokters aan de opleiding* [1983:637-8]. ‘Wie het oude breiwerk als broddelwerk ontrafelt omdat er onderweg al zoveel steken zijn gevallen, heeft daarmee nog geen nieuw patroon ontworpen en moet rekenen op door de wol geverfde tegenstand van wie zijn voorkeur, vakgebied of formatie wenst te handhaven. De schimmige voorstelling die wij van het halffabricaat basisarts hebben, maakt onze opleiding eerder tot een optelsom van wensen dan tot een proces dat aanstuurt op een herkenbaar product.’

In het hoofdartikel *Onderwijs in de geneeskunde: Plus ça change, plus c'est la même chose* [1998:1-3] pleit Van Gijn voor een goede omschakeling van ziektegericht naar klachtgericht denken en inspirerend onderwijs over de methoden van de geneeskunde. ‘Niettemin heerst er in brede kringen een overschatting van papieren organisatiemodellen in het onderwijs, en van het eindproduct “basisarts” in de preklinische fase.’ Voor het leren van goede omgangsvormen in het contact met de patiënt heeft de student niet voldoende aan een bètapakket. ‘Het zou dan ook geen slecht idee zijn om in Nederland bij de selectie van geneeskundestudenten meer waarde te hechten aan de vraag of zij *Oorlog en vrede*, *Der Zauberberg* en *Madame Bovary* hebben gelezen dan aan negens voor natuurkunde en scheikunde.’

Een nieuwe rubriek

Over de medische opleiding is altijd veel geschreven, maar in 1966 vindt Prakken het tijd voor een speciale rubriek over dit onderwerp [1966:1]. De geneeskunde ontwikkelt zich onstuimig en de opleidingen worden langer, terwijl wij wel langer leven dan onze voorouders, maar niet zo heel veel langer werken. Er moet daarom worden nagedacht over aanpassingen van het

medisch onderwijs. Het 7-jarige curriculum is in die tijd als volgt opgebouwd: een propedeuse van 1 jaar met scheikunde, natuurkunde en biologie als hoofdmoot, 2 jaar voorbereiding voor het kandidaatsexamen met preklinische vakken zoals anatomie, fysiologie, pathologie en biochemie gevolgd door 2 jaar theoretisch onderwijs in de klinische vakken afgesloten met het doctoraalexamen. Het artsexamen kan worden afgelegd nadat 2 jaar co-assistentenschappen zijn gevolgd.

De kritiek op het klassieke curriculum komt vooral van de kant van de studenten en het is tekenend dat het eerste artikel in de nieuwe rubriek ‘Medische opleiding’ door een student is geschreven [1966:34-7]. Namens de Medische Faculteit der Amsterdamse Studenten (MFAS) doet F.J.T. Wackers een aantal voorstellen die in die tijd een revolutionaire klank hadden. In het eerste jaar moet een representatieve introductie (zelf)selectie mogelijk maken, onder andere door colleges medische psychologie en sociologie, een EHBO-cursus en een verpleeghulpstage. In het vierde jaar begint de praktisch-klinische introductie met juniorco-assistentenschappen. Niet alle studenten moeten alle co-assistentenschappen in dezelfde mate volgen: na het doctoraalexamen maakt de student een keuze voor zijn latere beroep. Het artsexamen kan een jaar later worden afgelegd. De studenten zien de huisarts ook als specialist met een eigen voortgezette opleiding.

Datzelfde jaar berichten andere faculteiten over veranderingen in hun curricula. Nijmegen heeft de studie schoolser opgezet om de studenten te dwingen meer en constanter te studeren. Verder is in aansluiting op het kandidaatsexamen een keuzevak ingevoerd [1966:1706-8]. Utrecht wil de natuurwetenschappelijke en medische basisvakken integreren en binnen de co-assistentenschappen moeten meer keuzemogelijkheden komen [1966:2338-41].

De eerste tijd gaat het bij deze vernieuwingen vooral om herschikking van de vakken die in het oude curriculum werden gedoceerd. Later werd ook ruimte gemaakt voor nieuwe onderwerpen. Geschiedenis van de geneeskunde bleef stiefmoederlijk bedeed, maar ethiek kreeg meer aandacht. De arts-filosoof H.A.M.J. ten Have en de gynaecoloog G.G.M. Essed berichtten over een onderwijsproject tijdens de klinische fase [1989:687-9]. De co-assistenten waardeerden dit onderwijs met gemiddeld een 4,3 op een schaal met 5 als maximum.

Oude leermeesters

De rubriek ‘Medische opleiding’ bood spraakmakende klinische docenten aan het eind van hun loopbaan gelegenheid hun opvattingen aan volgende generaties over te dragen.

De Amsterdamse hoogleraar Heelkunde I. Boerema schreef een opzienbarend artikel over *De arbeidstijden in een chirurgische universiteitskliniek* [1972:

1891-4]. Zelf was hij in 1928 assistent bij de chirurgie geworden. Eigenlijk nooit vrij, 's nachts niet en 's zondags niet, alleen een paar weken vakantie per jaar. Toch was het een gelukkige tijd. Tijden veranderen evenwel en assistenten met kinderen morden. In 1971 voerde Boerema de vijfdaagse werkweek in voor zijn assistenten, nadat hij had gemerkt dat dit ook in Moskou en Joegoslavië gebruik was. 'Ofschoon de groep der oudste assistenten (en nog veel meer de oud-assistenten) van de kliniek fel tegen dit nieuwe systeem was, hetgeen zich uitte in minachting voor de veronderstelde gemakzucht van de jonge generatie, is dit verzet geleidelijk weggeëbd, al blijft de oude garde het oude systeem prefereren.' Als ouderwetse chirurg was Boerema in dit opzicht zijn tijd ver vooruit. In *Kentering in het onderwijs in de chirurgie* beschrijft hij de gezagsverhouding in zijn kliniek [1972:2278-84]. 'Inspraak door velen, uitspraak slechts door één,' en dat was hij zelf. Ook het onderwijs in alle aspecten van de heelkunde gaf hij zoveel mogelijk zelf. 'Terwijl het onderwijs van één man voerde tot een, misschien eenzijdige, maar toch op een duidelijke overtuiging gebaseerde synthese, wordt bij het meerhoofdig onderwijs de synthese overgelaten aan de student. En de laatste is tot deze verwerking slechts bij uitzondering in staat.' Berustend in zijn lot beschouwt hij deze zwanenzang als geschiedschrijving.

Boerema's Amsterdamse collega in de interne geneeskunde J.G.G. Borst schrijft datzelfde jaar over zijn *Ideën over de medische opleiding aan het einde van een universitaire loopbaan* [1972:2315-8]. Met de chirurg W. van Enst heeft hij het initiatief genomen om klinische colleges in het eerste studiejaar te geven. Zijn facultaire collegae waren zeer sceptisch: wat voor zin heeft het eerstejaars zonder kennis van de basisvakken klinisch onderwijs te geven? Toch was dit experiment geslaagd. Vervolgens ergert Borst zich aan de domme loting bij de toelating tot de studie geneeskunde: 'In ons hele maatschappelijk bestel komt, zover ik weet, een dergelijke onherroepelijke discriminatie door loting niet voor.' Selectie door de faculteiten vond hij een betere methode.

In het Amsterdamse Onze Lieve Vrouwe Gasthuis was de internist A.W.M. Pompen een kleurrijke en zeer gewaardeerde opleider. Hij had een vriendschappelijke verhouding met zijn studenten, maar nam geen blad voor de mond als hem iets niet beviel. 'Helaas moet men de studenten – en dat geldt alleen voor de mannelijke – soms attent maken op een gemis aan voldoende persoonlijke hygiëne: lange, zwarte nagels, vuile coltruien of overhemden en een al te welige haardos en warrige baardgroei, woekerend als mycelia in een té rijke voedingsbodem' (*Ervaringen van een onderwijscoördinator*); [1973:747-9].

'Ik speel wel eens met de gedachte of het op de kop zetten van het medisch onderwijs niet betere resultaten zou opleveren, d.w.z. de aanstaande medicus eerst twee of drie jaar in een eenvoudige functie in de kliniek laten werken, afgewisseld met een beperkt aantal colleges, en hem pas daarna

laten kennismaken met een aangepast pakket op het terrein van de basiswetenschappen.’ Aldus J.H.P.Jonxis aan het eind van zijn loopbaan als hoogleraar Kindergeneeskunde in Groningen [1977:541-4]. Voorlopig zal dit wel onuitvoerbaar zijn, verzucht hij, maar de huidige opleiding is in een aantal opzichten zo inefficiënt dat er verandering moet komen.

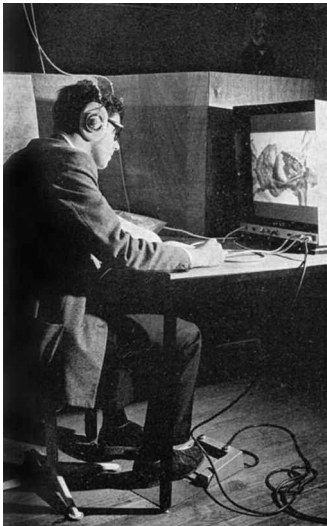
Op de onderwijskundige ranglijst scoort het college tegenwoordig laag. Opvattingen over onderwijs hebben vaak een beperkte levensduur en de kans bestaat dat het college wordt herontdekt als een efficiënte en effectieve onderwijsvorm. In dat geval komt het artikel *De kunst van college geven: de hoogleraar als ouderwetse en moderne schoolmeester* goed van pas [1980:231-6]. ‘Bij het klinische college is de professor niet de orakelende lesgever; hij moet aan de patiënt laten zien dat wat hij onderwijzen wil, zichtbaar, hoorbaar en tastbaar (soms ook ruikbaar) is. (...) De klinische hoogleraar laat niet alleen een patiënt zien die bepaalde ziekteverschijnselen heeft, hij verricht ook een zichtbare samenwerking met een patiënt waarin deze als medewerker een eigen rol speelt.’ Aldus de internist en psychosomaticus prof.dr.J.J.Groen.

Het ‘eindproduct’ van de opleiding is een goede dokter, maar hoe definiëer je die? De emeritus hoogleraar Kinderchirurgie J.C.Molenaar doet een poging met zijn *Profielschets van de goede dokter* [1998:2870-4]. Aanleg en vorming zijn nodig: ‘een goede dokter is geboren en getogen’. Voor de vorming zijn nodig: een vroege praktische kennismaking met de basisvakken en wetenschappelijk onderzoek en contacten met markante leermeesters. De hierboven genoemde afscheid nemende docenten horen zeker tot die categorie.

Nieuwe onderwijsvormen

De eerste tijd zijn het de vakdocenten die plannen voor een nieuw curriculum maken en daar zelf over beslissen. Later komen medici aan het woord die zich op de vorm en de organisatie van het onderwijs toeleggen, weer later gevolgd door niet-medische onderwijskundigen. De Leidse chirurg H.A.Verbeek is een van de eerste medici die zich speciaal met onderwijs bezighoudt. In 1982 houdt hij een pleidooi voor *Modernisering van klinisch onderwijs* [1982:1787-90]. Traditioneel werd kennis overgedragen door middel van colleges en boeken, maar er zijn ook andere mogelijkheden. Het oplossen van medische problemen kan worden geleerd met behulp van simulaties, door gebruik te maken van simulatiepatiënten, papieren simulatie en computerinstructie.

Al in 1970 was een artikel verschenen over het gebruik van audiovisuele media bij het onderwijs in de pathologie [1970:1584-8]. In een studiecabine werden de volgende elementen samengebracht: een diaprojector met geluidsband, een microscoop met microscopische preparaten, een geschreven tekst en een platenatlas. De bediening van het geheel vroeg vaardigheden die deden denken aan die van een organist bij het pedaalspel [figuur 3.41].



Figuur 3.41
Bediening van de audiovisuele
trainer met behulp van vier
voetschakelaars.
[1970:1585]

Figuur 3.42
De opstelling van computer en
diaprojector in de bibliotheek van
de afdeling Keel-, Neus- en
Oorzakten van het Academisch
Ziekenhuis te Leiden.
[1990:773]



De introductie van de personal computer in het onderwijs zorgde later voor een belangrijke vereenvoudiging [1990:772-5]; [figuur 3.42].

Ook in de voortgezette opleidingen werden de nieuwe onderwijsvormen toegepast. Een voorbeeld is de inschakeling van simulatiepatiënten om de zorgverlening in de huisartspraktijk te toetsen [1988:1162-6]. Onderzoek naar het beleid bij mictieklachten liet zien dat het gebruik van simulatiepatiënten in de praktijk meer informatie verschaft over het medisch handelen van artsen dan andere methoden zoals enquêtes.

Een wetenschappelijke opleiding?

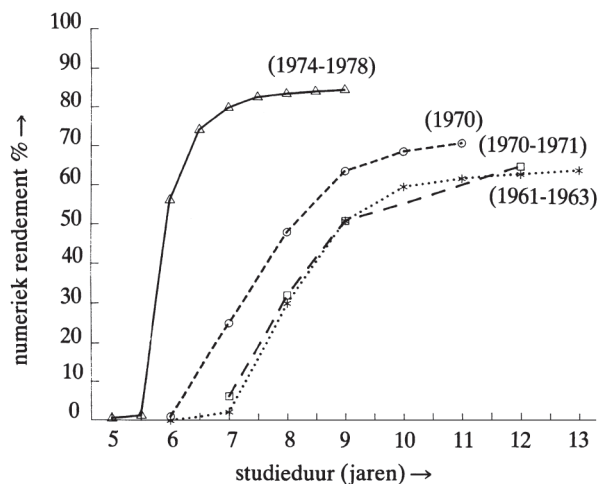
Regelmatig duikt de vraag op in hoeverre academische vorming een deel van de artsopleiding is of moet zijn. De Leidse hoogleraar Inwendige Geneeskunde en grondlegger van de Rotterdamse medische faculteit A. Querido onderstreept het belang van de niet-klinische vakken voor de opleiding [1965:593-5]. ‘Goed onderwijs in de basisvakken heeft grote betekenis voor de wetenschappelijke vorming van de toekomstige medicus. (...) Vorming tot zelfstandig denken, en het wekken van belangstelling wordt bevorderd door diepgaande bespreking van enkele onderwerpen, aangevuld door zeer zorgvuldig uitgewerkte practica, waar echte experimenten met moderne apparatuur onder supervisie worden verricht.’ Opvallend is dat in die tijd vooral de ‘harde’ biologische wetenschappen als basisvakken voor de geneeskunde worden beschouwd.

Inmiddels bieden alle medische faculteiten wetenschappelijke stages aan, waarbij ook ethische en geschiedkundige vraagstukken onderzocht kunnen worden. Met de opkomst van de klinische epidemiologie is ook die discipline een belangrijk basisvak geworden zoals de neurologen J.van Gijn en M.Vermeulen betogen in het artikel *Is geneeskunde een wetenschappelijke opleiding?* [1988:1119-23]. De epidemioloog J.P.Vandenbroucke schrijft *Een recept voor een klinisch-wetenschappelijk leeronderzoek*, bestemd voor jonge onderzoekers [1989:34-8]. Wetenschap wordt gestuurd door goede ideeën en niet door het verzamelen van gegevens. Het prikkelende voorschrift is dan ook: ‘Zodra men beslist heeft over de vraagstelling en een proefonderzoek heeft uitgevoerd, schrijf men onmiddellijk het artikel waarin de uiteindelijke gegevens zullen worden gepresenteerd.’

Onderwijskundigen

De eerste decennia wordt de rubriek ‘Medische opleiding’ voornamelijk gevuld met persoonlijke meningen van de schrijvers. Bij de oprichting van de nieuwe medische faculteit in Maastricht spelen professionele onderwijskundigen een belangrijke rol en ook bij andere faculteiten neemt hun invloed toe. Het probleemgestuurde onderwijs in Maastricht staat in het begin haaks op dat van de andere faculteiten. Dit experiment leidt niet alleen tot hoogoplopende discussies, maar biedt ook de kans om onderzoek te doen. Een moeilijkheid is dan natuurlijk wel dat ‘de goede dokter’ als uitkomst van het onderwijsproces niet meetbaar is, zodat alleen surrogaatmaten als resultaten van interventies kunnen worden gemeten. Hoe dan ook, in het Tijdschrift verschijnen nu ook getallen en niet alleen opvattingen over onderwijs.

In 1974 waren de eerste studenten in Maastricht begonnen. Het numerieke rendement van de opleiding en de studieduur waren veel gunstiger dan bij de andere faculteiten [1986:1903-5]; [figuur 3.43]. Bij een onderzoek



Figuur 3.43
Verloop van het numerieke rendement.
△—△: 5-jaarscohorten 1974-1978 van de Rijksuniversiteit Limburg;
○---○: cohorten 1970 van 7 andere medische faculteiten;
...: cohorten 1961-1963 van 7 andere medische faculteiten;
□---□: cohorten 1970-1971 van de Universiteit van Amsterdam.
[1986:1904]

naar *De kennis van de Nederlandse basisartsen gemeten met de Maastrichtse voortgangstoets* scoorden de artsen afkomstig van de Rijksuniversiteit Limburg wat lager dan de anderen, maar de variatie was groot [1991:1975-8].

In 2006 verscheen een artikel dat 16 studies over effecten van probleemgestuurd onderwijs samenvat [2006:1085-9]. De voorzichtige conclusie is dat er geen grote verschillen in medische kennis zijn, maar dat Maastrichtse studenten en afgestudeerden beter presteren dan hun collegae in het land als het gaat om diagnostisch redeneren, sociale competenties en medische (hand)vaardigheden. De vraag of de nieuwe onderwijsvormen ook betere dokters opleveren, is daarmee nog niet beantwoord. De medische opleiding blijft dus een onderwerp van discussie. ‘Daarover is altijd veel geschreven want aan kritiek op de medische studie heeft het nooit ontbroken. Dat spreekt wel vanzelf; men kan niet de geneeskunde beoefenen zonder telkens te ervaren dat men in kennis en bekwaamheid tekortschiet.’ Aldus Prakken bij de introductie van de rubriek ‘Medische opleiding’ in 1966. De rubriek houdt recht van bestaan.

BESLUIT

In het Tijdschrift zijn duidelijke sporen te vinden van de maatschappelijke invloeden op de geneeskunde. Dat geldt al voor de periode onder hoofdredacteur Prakken, tot 1971, waarin alternatieve geneeswijzen, de farmacotherapeutische vooruitgang, maar ook kunstmatige inseminatie en zelfs een geslachtsveranderingsoperatie werden besproken. En of het nu ging om de beloften van alternatieve geneeswijzen of die van de farmaceutische industrie, het Tijdschrift wilde niets op voorhand afwijzen, maar ook niet blind succesverhalen geloven.

Op bepaalde gebieden of bij bepaalde onderwerpen werd de vinger goed aan de pols gehouden, zoals bij importziekten of de terugkeer van infectieuze ziekten, de medische ramp met thalidomide en later de discussie over het testen op hiv en aids. Er was echter duidelijk weerstand om zich als medische stand bezig te houden met medisch-ethische vraagstukken. Anticonceptie, abortus, seksualiteitsvraagstukken in het algemeen en ook euthanasie werden lang uit de weg gegaan. Dat was soms, maar niet uitsluitend te wijten aan redactioneel beleid. Prakken was niet afkerig van artikelen over ethische en maatschappelijke vraagstukken, maar wel zijn opvolger Jongkees, die tussen 1971 en 1982 het Tijdschrift leidde. Diens opvolger Dunning was juist weer maatschappelijk georiënteerd [zie ook hoofdstuk 6]. Een enkele keer echter reageerden lezers zo heftig dat een onderwerp voor lange tijd uit de kolommen van het Tijdschrift verdween, bijvoorbeeld na de eerste publicatie over een geslachtsveranderingsoperatie in 1959. Veel later, rond 1983, werd de hoofdredactie onder leiding van Dunning terug-

gefloten door een redactielid toen zij zich te actief opstelde in de euthanasiediscussie.

‘Bespreikbaarheid’ vormt een terugkerend motief. Voorstanders van het bespreken van ethische kwesties voerden vrijwel steeds aan dat artsen nu eenmaal te maken kregen met vragen over anticonceptie, kunstmatige inseminatie, abortus of euthanasie en dat openlijke discussie heilzamer was dan de ogen sluiten. De Nederlandse instelling om de zaken dan maar pragmatisch te regelen door consensus te creëren, kreeg vaak de overhand. In één geval gebeurde dit echter niet: bij het testen op hiv en aids domineerde 15 jaar lang een terughoudend overheidsbeleid. Hier waren het de artsen en medisch onderzoekers die klaagden over taboeïsering van het vraagstuk.

Toch kunnen wij stellen dat op de meeste besproken terreinen wel een of meer artikelen in het Tijdschrift zijn verschenen die belangrijke bijdragen aan de discussies leverden. In het geval van abortus bijvoorbeeld een dubbel-publicatie met het *Nederlands Juristenblad* uit 1966; in het geval van euthanasie het verslag van een rondetafelconferentie, verschenen in 1982; inzake het screenen op hiv de zwangerschapsstudies vanaf 1988.

Er is één belangrijke uitzondering op het bovenstaande: de patiënt en de patiëntenbeweging komen er bekaaid af in het Tijdschrift. Een bijdrage uit 1982 is de uitzondering op de regel. Y.S.Poortman, de secretaris van de Vereniging van Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties (VSOP), beschreef hoe de VSOP zich beijverde om de bekendheid van erfelijke ziekten te vergroten onder publiek en artsen [2273-6]. Patiëntenorganisaties komen in het Tijdschrift slechts sporadisch voor als onderwerp. Als auteurs ontbreken patiënten zelfs bij aangelegenheden waar het allemaal om de zelfbeschikking van de patiënt draait, bijvoorbeeld euthanasie.

Noten

- 1 Mees H. Vrouwen zouden nu eindelijk eens écht aan het werk moeten gaan. *NRC Handelsblad* 21 & 22 januari 2006. p. 15.
- 2 Leenen HJJ. *Met het oog op gezondheid en recht. Een terugblik*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2000.
- 3 Bruijn J de. *Geschiedenis van de abortus in Nederland. Een analyse van opvattingen en discussies 1600-1979*. Amsterdam: Van Gennep; 1979.
- 4 Kennedy JC. *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*. Amsterdam: Bert Bakker; 2002.
- 5 Berg JH van den. *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk: Callenbach; 1969. p. 47.
- 6 Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG). *Standpunt inzake euthanasie*. Utrecht: KNMG; 1995.
- 7 Dessaur CI. Euthanasie: de zelfmoord op zieken en bejaarden. *Delikt en delinkwent*. 1985;15:913-7.
- 8 Verhagen E, Sauer PJ. The Groningen protocol – euthanasia in severely ill newborns. *N Engl J Med*. 2005;352:959-62.
- 9 Turton S. In the baby’s last seconds you see the pain relax and then they fall asleep ... *The Times* 26 april 2005. p. 6.
- 10 Mooij A. *Geen paniek! Aids in Nederlands 1982-2004*. Amsterdam/Houten: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde/Bohn Stafleu van Loghum*; 2004. p. 54.

1967

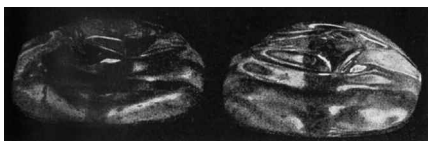
- 105 **Lupus vulgaris, een verdwijnende huidziekte.** Deze vorm van tuberculose met destructie van de huid kwam vroeger veel in Europa voor. De schrijver bespreekt in deze klinische les nog 2 patiënten, respectievelijk 11 en 18 jaar oud. Bij beiden waren er aanwijzingen voor jaren tevoren door-gemaakte tuberculose van longen, respectievelijk lymfe-klieren. Behandeling met isoniazide was succesvol.



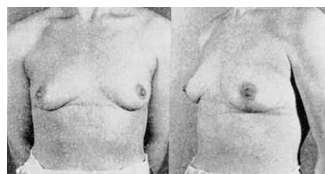
Lupus vulgaris op neus en bovenlip bij een meisje van 11 jaar.

- 350 **Homofilie en homoseksualiteit.** De schrijver maakt onderscheid tussen homofilie (de gerichtheid) en homoseksualiteit (de handelingen). 'Ieder gesprek dat de bedoeling zou hebben, de homofiele gerichtheid "uit het hoofd te praten", te bagatelliseren of te doen betwijfelen, is zinloos en onverantwoord. (...) Voor alle homofielen bij wie een behandeling om die reden geïndiceerd is, verdient het de voorkeur, hen eerst te brengen tot zelfaanvaarding, hen daarna voor te lichten over de levensmogelijkheden en -moeilijkheden van homofielen, en hen tevens te brengen tot een voldoende en aangepaste mate van openheid ten opzichte van hen met wie zij zich affectief verbonden voelen.'

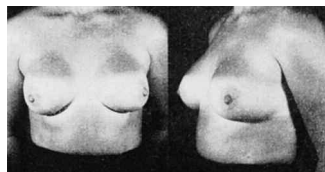
- 394 **Mammavergroting met behulp van silastic-implantatie.** In 1963 is het gelukt siliconrubberprothesen te maken. Na een tv-programma over mammavergroting kwamen patiënten op het spreekuur van de auteur met de vraag of deze ingreep bij hen verricht zou kunnen worden. De indicatie is geheel cosmetisch. 'Wanneer een vrouw een beter figuur wenst, is dat wel te begrijpen.' Wel moet men voorzichtig zijn met vrouwen die denken dat door deze operatie hun huwelijksproblemen opgelost kunnen worden. De prijs per stel prothesen is f 756. Er zijn 4 maten. 'Het verdient over het algemeen aanbeveling aan de kleine kant te blijven. Het resultaat is altijd aantrekkelijk.'



Silicon-rubberprothesen, met de dacron-achterkant liggend op een vlakke onderlaag. Duidelijk is te zien dat de zak niet pral gevuld is, waardoor soepelheid en beweeglijkheid gewaarborgd wordt.



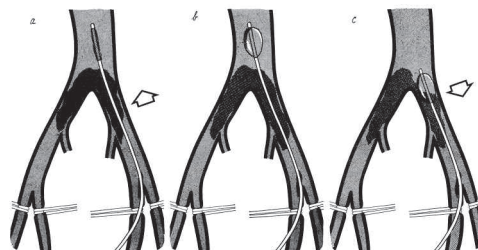
Vrouw van 26 jaar, moeder van twee kinderen, vóór de operatie.



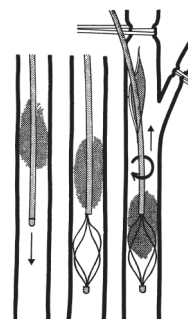
Dezelfde vrouw 7 maanden nadat de cronin-prothesen zijn ingebracht.

- 1401 **Lepra in Nederland tussen 1945 en 1965.** Geschat wordt dat er in de afgelopen 20 jaar in totaal 600 patiënten in Nederland hebben gewoond. De grootste groep wordt gevormd door de Indische Nederlanders, maar de endemie onder hen daalt snel; het gevaar dreigt nu uit West-Indië te komen. Bij 80% van de patiënten werden de ziekteverschijnselen binnen 5 jaar na aankomst in Nederland geconstateerd. Enkele patiënten zijn waarschijnlijk in Nederland in de eigen familiekring besmet; in een geval lijkt dit onomstotelijk vast te staan.

- 1475 **Embolectomie nieuwe stijl.** Sinds 1964 werd in het Dijkzigt Ziekenhuis bij 52 patiënten met 57 perifere arteriële embolieën een agressieve vorm van behandeling toegepast, bestaande uit het gebruik van katheters volgens Fogarty en Dormia en het retrograad doorspoelen van de arterie. In 92% van de gevallen lukte het een adequate circulatie in de extremiteit te herstellen. Tenslotte konden 36 patiënten zonder amputatie het ziekenhuis verlaten.



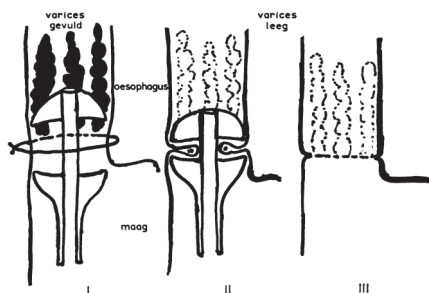
Transfemorale embolectomie uit de aorta en arteriae iliacae met behulp van een fogarty-catheter.



Embolectomie met behulp van een dormia-catheter.

1549 **De knoop van Boerema bij bloedende oesofagusvarices.**

I. Boerema ontwikkelde een methode om bloedingen uit oesofagusvarices tot staan te brengen. Hierbij worden de twee helften van een metalen knoop via een opening in de maag ingebracht in de oesofagus. Om de oesofagus wordt onder de bovenste helft van de knoop een ligatuur gelegd en aangetrokken. Beide helften worden op elkaar gedrukt waardoor het tussenliggende oesofagusweefsel necrotisch wordt. Na 12 dagen, waarin de oesofagus-helften aan elkaar groeien, kan de knoop door de mond naar buiten worden getrokken of via de anus het lichaam verlaten. Acht patiënten met succesvolle acute bloedingen werden op deze wijze met succes behandeld.



Schema van het afbinden van de gehele slokdarm op de knoop van Boerema. I: knoop ter plaatse gebracht, nog niet gesloten; II: knoop gesloten, varices leeg; III: knoop verwijderd; varices leeg.

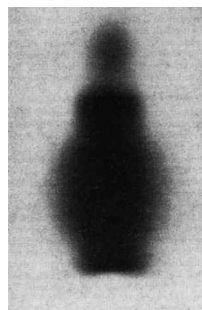
1968

402 **Onverklaarde moeheid niet toeschrijven aan laag Hb.** Bij onderzoek in 9 Heerlense huisartspraktijken bleek de verdeling van het Hb niet te verschillen bij 174 patiënten met onverklaarde moeheid en 148 controlepatiënten. Hb-waarden lager dan 7,0 mmol/l kwamen niet voor.

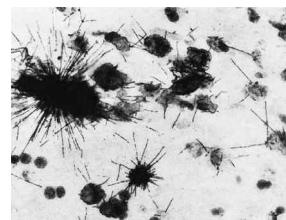
704 **Een bezoek aan het St. Christopher's Hospice te Londen.** Verslag van de internist-geriater J. Schouten nadat hij in 1966 tijdens een geriatriccongres een lezing van Cecely Saunders over de zorg voor de stervende patiënt had gehoord. Deze inrichting met ongeveer 40 bedden voor patiënten met een terminale ziekte en een afdeling voor gezonde bejaarden was in 1967 geopend. 'De sfeer in dit kleine instituut doet weldadig aan. Op de ruime zalen, met slechts vier bedden per zaal heerst een zekere huiselijkheid. De patiënten zijn opgewekt; de bezoeker realiseert zich nauwelijks, dat de meesten van hen nog slechts korte tijd te leven hebben. (...) De vaste overtuiging van de staf van dit hospice is, dat dank zij onze moderne medicamenten niemand pijn hoeft te lijden. Helaas wordt ook in Nederland nog wel een naar mijn mening te zuinig gebruik van morfine gemaakt bij patiënten in het eindstadium.' Ieder die te maken heeft met eindstadia van ziekten zou met mevrouw Saunders moeten spreken en het hospice moeten bezoeken. 'Men zal zich realiseren hoe vaak wij onbewust nog te kort schieten tegenover onze stervende patiënten, terwijl zij juist dan onze zorg zozeer nodig hebben.'

789, **Kwalijke gevolgen van het röntgencontrastmiddel Thorotrast.**

797, 799 In 1930 werd Thorotrast als contrastmiddel in gebruik genomen, aanvankelijk voor hepatolienografie. Thorotrast is een colloïdale oplossing van het niet in water oplosbare thoriumdioxide dat door het RES wordt opgenomen. Later is het ook gebruikt voor retrograde pyelografie, maar vooral ook voor cerebrale arteriografie. Het was bekend dat thorium een natuurlijk radioactief element is met een halveringstijd van $1,39 \times 10^{10}$ jaar. De uitscheiding is zeer gering, zodat het thorium levenslang in het lichaam blijft. Vermoed werd dat de hoeveelheid radioactiviteit te gering was om schade te veroorzaken. Hoewel in 1947 al een sarcoom in de lever werd gevonden, 12 jaar na hepatolienografie, werd het middel tot in 1958 in ons land gebruikt. Geschat wordt dat in Nederland tientallen, misschien wel honderden, patiënten rondlopen met thorium in hun RES. In dit tijdschriftnummer worden twee complicaties beschreven. Bij een 74-jarige vrouw werd, 13 jaar na arteriografie van de hersenen, een monoblastenleukemie gevonden. Na eenzelfde ingreep was bij een 65-jarige vrouw 13 jaar later een acute monocyttaire leukemie ontstaan. Beide vrouwen overleden kort na het stellen van de diagnose. Bij autoradiografie werden in weefsels de radioactieve sporen van thorium aangetoond.



Autoradiogram van ampul Thorotrast. Belichtingstijd 1 week. Het beeld ontstond door straling van het Thorotrast.



Histo-autoradiogram van Thorotrast-bevattend weefsel, belichtingstijd 3 weken. Kodak autoradiographic stripping plate AR 10, emulsiedikte 10 micron. De zwarte streepjes zijn de α -sporen, elk geeft de baan aan die een α -deeltje volgde.

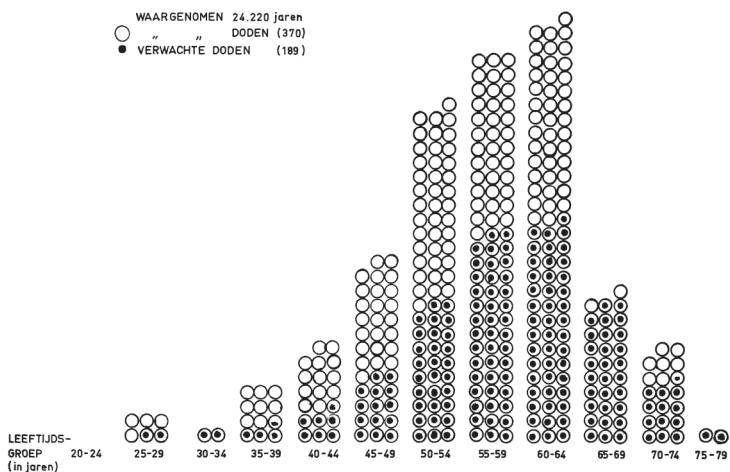
1115 **Vermindering van neonatale sterfte door behandeling van zwangeren lijdende aan essentiële hypertensie.** Vijftien vrouwen kregen tijdens een of meer zwangerschappen bloeddrukverlagende medicatie, waarbij gebruik werd gemaakt van diuretica, protoveratrine en reserpine. De 13 multiparae hadden eerder 28 zwangerschappen gehad, die door toxicose werden gecompliceerd en waarvan er 21 eindigden met de geboorte van een dood kind. Tijdens de medicamenteuze therapie werden na 24 zwangerschappen 22 gezonde kinderen geboren.

1208 **Bronchitis bij Rotterdams gemeentepersoneel.** Het gemeentepersoneel werd eens in de twee jaar opgeroepen voor het maken van een schermbeeldfoto van de borstorganen. 1000 ambtenaren vulden een vragenlijst in en bliezen in een piekstroommeter. In de leeftijdsklasse 40-64 jaar was het percentage personen met bronchitisklachten bijna 25. De bronchitislijders hadden lagere piekstroomwaarden en rookten meer sigaretten dan hun collegae zonder bronchitis.

1337 **Gevaren van bedrust.** 'Vele eeuwen was het bed de plaats om te slapen; slechts stervenden en ernstig zieke patiënten lagen overdag wel eens in bed.' In de 19e eeuw kwam de omslag en werd bedrust als panacee voorgeschreven. 'Iemand die niet in bed ligt beschouwde men niet als ziek.' De schrijvers geven een opsomming van de orgaan-systemen die schade oplopen door bedrust. 'Men bedenke, dat bedrust een gevaarlijke therapeutische maatregel is, met een optimale en maximale dosering en duur. De arts die het dek van de patiënt dichtslaat, kan daarmee de poort des doods openen.'

1372 **Cryoprecipitaat voor de behandeling van hemofilie A.** De behandeling van bloedingen bij hemofiliepatiënten was tot voor kort niet eenvoudig. Transfusie van grote hoeveelheden vers plasma was nodig om een werkzame spiegel van factor VIII in het bloed van de patiënt te bereiken, met als gevolg overvulling van de circulatie. De productie van geconcentreerde factor VIII-preparaten verliep moeizaam omdat deze stollingsfactor erg labiel is. In 1964 werd ontdekt dat bij het ontdooien van diepgevroren plasma een neerslag ontstond waarin factor VIII geconcentreerd was. Deze eenvoudige productiewijze maakt het nu niet alleen mogelijk bloedingen te behandelen, maar ook om ze te voorkomen. Vanuit de door hem opgerichte hemofiliekliniek te Huizen doet de hoogleraar Kindergeneeskunde S. van Creveld met zijn medeauteurs verslag van hun gunstige ervaringen met cryoprecipitaat.

1768 **Sterfte bij verhoogde bloeddruk.** De auteurs hebben keuringen voor levensverzekeringen tussen 1946 en 1961 als uitgangsmateriaal gebruikt. Deze periode gaat vooraf aan de introductie van de moderne diuretica en antihypertensiva. Van 4125 personen met verhoogde bloeddruk stierven er in deze periode 370 terwijl 189 waren verwacht. Merkwaardig was dat overgewicht een gunstig effect leek te hebben. 'Overgewicht leidt vaak tot een rustiger leven en gaat dikwijls met een gemoedelijke aard gepaard. (...) Het automatisch voorschrijven van vermageringskuren bij mensen met verhoogde bloeddruk en overgewicht berust op kortsluiting en kan gevaarlijk zijn.'



Sterfte bij verhoogde bloeddruk (algemeen overzicht). De 370 overledenen zijn gegroepeerd naar de leeftijd bij overlijden. Iedere cirkel stelt een waargenomen dode voor. Voorzover de cirkels een zwart centrum hebben geven ze de sterfte aan die volgens de sterfte der Nederlandse bevolking verwacht moest worden. De open cirkels geven dus de waargenomen oversterfte aan.

2090 **Behandelingsmogelijkheden van homoseksuele verlangens.** Vroeger werd homoseksuelen wel een heteroseksueel huwelijk geadviseerd. Recent zijn allerlei behandelwijzen aanbevolen zoals psychoanalyse zonder of met lsd, hypnose, aversitherapie, groepstherapie en hyperdramatiseringstherapie. De schrijver is van mening dat het aantal werkelijke genezingen praktisch nihil is en dat elke homofiele man en vrouw erbij gebaat is als de verlangens zo vroegtijdig mogelijk aanvaard worden.

2367 **Preventie van resusimmunisatie.** In Nederland worden jaarlijks ongeveer 1250 kinderen geboren met erythroblastosis foetalis. Ongeveer de helft komt in aanmerking voor een of meer wisseltransfusies. In 1969 zal antiresus D-immuuglobuline op rijkskosten beschikbaar worden gesteld voor resusnegatieve primiparae die zijn bevallen van een resuspositief ABO-compatibel kind. Als de organisatie lukt, zal Nederland een van de eerste landen zijn waar deze vorm van immunoprofylaxe algemeen wordt toegepast.

1969

849 **Bestrijding van de sterfte aan hartinfarct.** In 1931 overleden in Nederland in totaal 845 personen aan aandoeningen van de kransvaten. In 1967 was dat getal 18.267. De verwachtingen ten aanzien van het effect van preventie zijn niet al te hoog. Therapeutische mogelijkheden bieden gunstiger vooruitzichten. 'Om tot een verlaging van de sterfte aan het hartinfarct in Nederland te komen, moet een begin worden gemaakt met een landelijke organisatie van mobiele eenheden, met de inrichting van voldoende centra voor intensieve bewaking en behandeling van hartinfarctpatiënten om daarin alle patiënten met een vers hartinfarct een dag of vijf op te nemen. Daarbij zal de opleiding van het verplegend personeel met kracht ter hand worden genomen. Hun specialisatie vraagt om officiële erkenning, het scheppen van de juridische voorwaarden voor het verrichten van hun taak, en indien mogelijk ook een financiële waardering van hun vermogen, een grote verantwoordelijkheid te dragen.'

1253 **Chirurgie van de arteriae coronariae.** Eerste mededeling over resultaten van 'coronary artery bypass graft' (CABG). In Nijmegen waren sinds 1965 14 operaties uitgevoerd, 13 met mamma-implantaties en 1 met een omgekeerde vena-saphena-magnaplastiek. Twee patiënten overleden in aansluiting aan de operatie, de overigen waren vrij van klachten of sterk verbeterd.

1846 **Cardiale restverschijnselen na acuut reuma.** Bij 263 kinderen die in de periode 1948-1961 met acuut reuma opgenomen geweest waren in het Binnengasthuis in Amsterdam, werd na onderzoek gedaan. Bij 35 patiënten werden aorta- en/of mitralisklepgebreken gevonden.

2055 **Hoe de malaria verdween uit Nederland.** Na 1958 werden in Nederland geen autochtone gevallen van malaria tertiana meer waargenomen. Onderzocht werd of de verdwijning van deze vorm van malaria kon worden toegeschreven aan vermindering van de populatiedichtheid van anopheles-

1968
1969

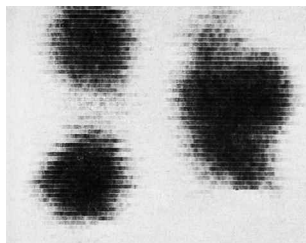
→

Hoe de malaria verdween uit Nederland (vervolg)

muggen. Dit werd in 1966 en 1967 onderzocht door middel van bezoeken aan enige honderden varkensstallen en huizen. In geen enkel huis werden deze muggen gevonden en in de stallen waren de aantallen bijzonder klein vergeleken met de vooroorlogse jaren. Dit werd toegeschreven aan het gebruik van insecticiden in de stallen en vervuiling van het oppervlaktewater. In kleine slootjes bleek in 20% van de gevallen de concentratie van synthetische wasmiddelen dodelijk voor de muggen te zijn. Toeneming van kroos in de sloten vermindert voor larven de mogelijkheid om aan de oppervlakte van het water zuurstof op te nemen. De schrijver acht de kans op herintroductie van malaria in Nederland gering.

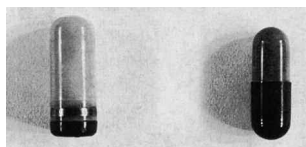
- 2319 **Lidocaïne bij ritmestoornissen tijdens het acute hartinfarct.** Tot voor kort werden stoornissen van het kamerritme bij het hartinfarct vooral met kinidine en procaïnamide behandeld. De auteurs behandelden 45 patiënten met verschillende ritmestoornissen tijdens de acute fase van het hartinfarct met intraveneus lidocaïne. Het middel leek een gunstig effect te hebben bij ventriculaire ritmestoornissen. Intramusculaire toediening gaf therapeutische plasmaspiegels. Aanbevolen wordt lidocaïne gedurende de eerste 48 uur bij alle patiënten met kamerextrasystolie toe te dienen om ernstige kamerritmestoornissen te voorkomen.

- 636 **Longscintigrafie.** Beschrijving van een nieuwe methode die vooral geschikt is om longembolieën op te sporen. ‘Vermoedelijk zal het scintigrafisch longonderzoek in de toekomst veel toegepast worden. Bovendien zal, naar te hopen is, het gebruik van de “gamma-camera” meer en meer terrein winnen. (...) De hoge aanschafkosten van dit apparaat echter maken het bezit ervan voor de meeste onderzoekers voorlopig nog tot een wensdroom.’



Vershillende uitvalgebieden bij een patiënt met multipel longembolieën.

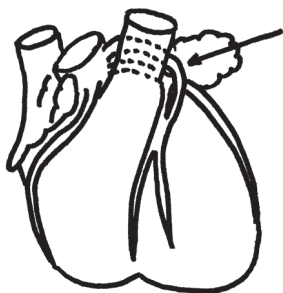
- 908 **De telemetrische pH-bepaling in de maag.** Om bij het onderzoek naar de zuurproductie in de maag de onaangename maagslang te vervangen is een pH-gevoelige ‘radiopil’ ontwikkeld. Deze capsule bevat een hoogfrequente transistorzender. De pil is slechts geschikt voor eenmalig gebruik. De auteur heeft bij 101 patiënten radiotelemetrisch onderzoek verricht. Hij is van mening dat het onderzoek vooral is geïndiceerd bij het vermoeden van een ulcus pepticum in een gereceerde maag, waarbij het conventionele maagonderzoek wordt belemmerd door de veranderde anatomie.



Heidelberg capsule naast een normale medicamenten-capsule (rechts).

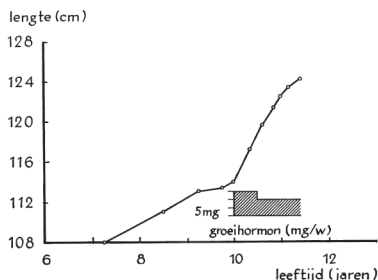
1970

- 9 **Tetanus.** Van de 39 patiënten die in de periode 1957-1967 op de reanimatieafdeling in Utrecht waren opgenomen, overleden er 15. Profylactische tracheotomie en toediening van diazepam lijken de prognose te verbeteren. Van de 14 patiënten die in 1967-1969 opgenomen waren, konden 13 genezen het ziekenhuis verlaten.
- 51 **De chirurgische behandeling van afsluiting van kransslagaderen.** Voorlopige mededeling uit Nijmegen over de succesvolle chirurgische behandeling van 4 patiënten met medicamenteus onbehandelbare angina pectoris. Hierbij werd een V.-saphena-magna-transplantaat gebruikt.



Patiënt B. Omgekeerd vena-saphena-magna-transplantaat tussen aorta ascendens en arteria coronaria descendens anterior, dat achter de arteria pulmonalis doorgehaald werd.

- 1002 **Behandeling van patiënten met een groeihormoondeficiëntie.** De Nederlandse Groei Stichting is onder andere opgericht om bij obducties hypofyzen te verzamelen en daaruit groeihormoon te laten bereiden. Per jaar worden er 1000 tot 1500 verkregen en per hypofyse wordt 5 tot 7 mg groeihormoon geëxtraheerd. Verslag wordt gedaan van de eerste resultaten bij 2 kinderen.



Effect van de groeihormontherapie op de lengte, bij patiënt 2. Op deze schaal is de lengte-winst duidelijk af te lezen.

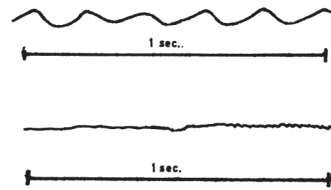
- 1690 **De gevoeligheid van de gonokok voor penicilline.** Bij 201 zeevarende en 216 niet-zeevarende lijdens aan gonorrhoe werd de gevoeligheid van de gonokok voor penicilline bepaald. Bij 70, respectievelijk 35% werd een verminderde gevoeligheid gevonden.
- 1728 **Autochtone malaria bij een baby van zes maanden.** Het kind had bij de geboorte een wisseltransfusie gehad in Goes. Congenitale besmetting kon worden uitgesloten. Bij serologisch onderzoek op malaria bleek een van de vier donoren sterk positief te zijn. Deze donor werd zelf waarschijnlijk zeer lang geleden in Zeeland geïnfecteerd.

1971

- 181, 185, 192 **Australië(Au)-antigeen.** Dit voor het eerst in 1964 door Blumberg beschreven antigeen is waarschijnlijk een antigene determinant van het virus dat serumhepatitis veroorzaakt. Bij deze eerste Nederlandse onderzoeken werd het antigeen in het bloed van 1-2 op de 1000 bloeddonoren gevonden. 22 van 142 nierdialysepatiënten waren positief voor het Au-antigeen. Veel hemofiliepatiënten hadden antistoffen tegen dit antigeen. In het bloed van patiënten met verschillende leveraandoeningen werd het antigeen aangetoond. Au-antigeen kon in leverweefsel worden gevonden bij patiënten die ook serologisch positief waren of waren geweest. 'Er wordt aangeraden routine-onderzoek op Au-antigeen te verrichten bij donoren van bloedtransfusiediensten. Positieve donoren moeten worden afgekeurd.'

- 563 **Vervroegd ontslag uit een chirurgische kliniek.** Er is een toenemende toestroom van patiënten naar ziekenhuizen, door gebrek aan ruimte en verpleegsters ontstaan wachtlijsten en zelfs in een welvaartstaat zijn de medische voorzieningen moeilijk te financieren. Als hoofd van de chirurgische kliniek in het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam heeft I.Boerema maatregelen getroffen om de opnameduur te bekorten. Allereerst wordt het preoperatieve onderzoek zoveel mogelijk poliklinisch verricht. De patiënten staan in de regel de dag na de operatie op. Als de mobilisatie goed lukt, gaan zij na enkele dagen of een week (maag- en galblaasoperaties) naar huis, met de hechtingen er nog in. Assistent-geneeskundigen – maar ook Boerema zelf wel – rijden langs de patiënten om de hechtingen te verwijderen. Door deze maatregelen daalde de gemiddelde verpleegduur tussen 1956 en 1969 van 30 tot 19 dagen. Het aantal patiënten per bed (de 'turn-over') steeg in deze periode met bijna 40%. Het aantal patiënten dat per jaar per bed wordt geopereerd, was meer dan verdubbeld. 'Gezien de ontzaglijke, binnenkort waarschijnlijk ondraaglijke, financiële last van de gezondheidszorg, gezien ook de vele plannen voor de bouw van nieuwe ziekenhuizen, meen ik na het bovenstaande erop te mogen wijzen dat terecht meer aandacht wordt besteed aan de betekenis van de polikliniek dan aan de belangrĳkheid van de opname, en wel om sociale, medische en financiële redenen.'

- 621 **Poliomyelitis in Staphorst.** In totaal werden tot en met 17 maart 29 patiënten met aangetoonde of vermoede poliomyelitis gerapporteerd. Bij 15 werden verlammingverschijnselen geconstateerd. Van de 9 patiënten met bulbare paralyse moesten er 6 beademd worden. Een meisje van 14 jaar overleed in de ambulance. Geen van de patiënten was ooit ingeënt.
- 701 **Levodopa voor de ziekte van Parkinson.** Ervaringen met de behandeling van de eerste 40 patiënten in de Amsterdamse Valeriuskliniek. Er was een goed effect op het hypokinetisch-rigide syndroom en de tremoren. Een 62-jarige verpleeghuispatiënt die met alles geholpen moest worden, kon weer enkele uren per dag wandelen of fietsen.



Boven: tremorregistratie voor de therapie. Onder: tremorregistratie na 7 weken therapie, dagdosis 4500 mg.

Jantje zag eens pruimen hangen
 O als eieren zo groot
 't Scheen dat hij ze wilde plukken
 Schoon zijn vader 't hem verbood

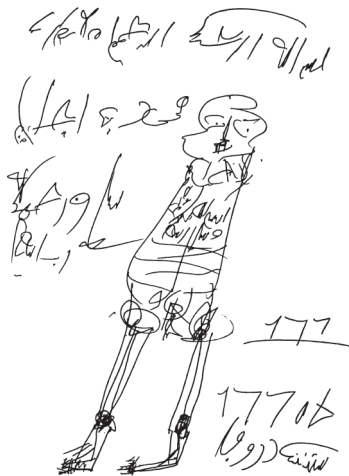
*Jantje zag eens pruimen hangen
 O als eieren zo groot
 't Scheen dat hij ze wilde plukken
 Schoon zijn vader 't hem verbood*

Boven: handschrift bij begin van de therapie, tapscore 49. (Aantal vingeraanslagen per minuut, geregistreerd met een voor dit doel ontworpen teller.) Onder: handschrift na 10 weken therapie (dagdosis 6000 mg), tapscore 205.

- 763 **Haringwormziekte (slot).** In 1970 werd nog een geval gerapporteerd. Dankzij de dwingend voorgeschreven maatregelen, waaronder met name het diepvriezen van de haring, is de ziekte vrijwel uit Nederland verdwenen.
- 1487 **Koolmonoxidevergiftiging door aardgas.** Sinds ongeveer 5 jaar wordt in Nederland voor het eerst op grote schaal gebruikgemaakt van aardgas. In Utrecht werden in de periode van 1965 tot 1970 439 patiënten behandeld wegens een koolmonoxide-intoxicatie. Van hen bleken 109 vergiftigd te zijn door gebruik van een geiser, in 102 gevallen tijdens het douchen. De meeste vergiftigingen werden dan ook tijdens het weekend gezien.

1906 Buitenechtelijke geboorten. Terwijl de middelen ter voorkoming van zwangerschap meer en meer gebruikt worden, neemt het aantal buitenechtelijke geboorten vanaf 1955 regelmatig toe. Ruim 100 jaar geleden werd niet minder dan 50% van de kinderen buitenechtelijk geboren. In 1955 en 1969 betrof dit respectievelijk 12,2 en 21,8% van de geboorten. In de grootste steden was het getal 50%. De doodgeboorte onder buitenechtelijk geboren kinderen was relatief hoog.

2039 Het marihuana probleem. Klinische les aan de hand van 3 ziektegeschiedenissen. De eerste patiënt werd lusteloos en traag. Hij had suïcidale plannen, maar was te indolent om die uit te voeren. Een volgende patiënt met een acute cannabispsychose werd door de auteur in Marokko gezien. Tenslotte werd een jongeman besproken die ook aan wekaminen en morfine verslaafd raakte. De auteur is er faliekant op tegen dat marihuana wordt vrijgegeven: 'In een land als het onze met meer dan 12 miljoen inwoners, kan men dan wel rekenen op zo'n twee miljoen rokers. Aannemend dat 2-3% van deze rokers met de arts in aanraking komt, betekent dit, dat wij in de toekomst zouden moeten rekenen op 50 tot 60.000 patiënten met, laten wij het voorzichtig uitdrukken, een dubieuze prognose. Laten wij bedenken, dat in Nederland thans 28.000 bedden ter beschikking zijn van psychiatrische patiënten. Het is ondenkbaar dat een voldoende aantal bedden ter beschikking zou kunnen worden gesteld om de grote schare van nieuwe patiënten te kunnen opvangen.'

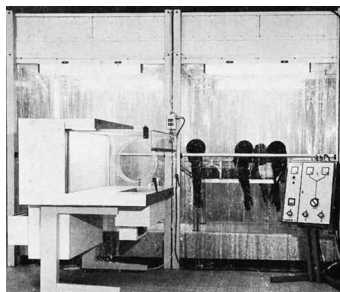


Tekening met Arabische bijschriften van een patiënt in Marokko tijdens een marihuana-roes.

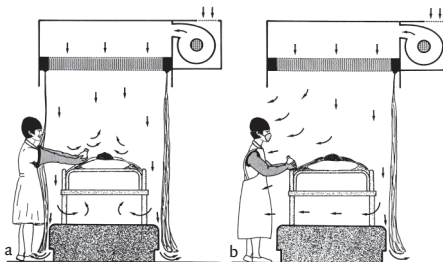
2181 Coronairangiografie. In 1962 waren de eerste ervaringen met selectieve coronairangiografie (SCA) gepubliceerd. In de Utrechtse academische cardiologische kliniek werden sinds 1967 bij ongeveer 100 patiënten SCA's verricht. Eenmaal ontstond ventrikelfibrilleren en een andere patiënt kreeg een recidiefmyocardinfarct. Er waren geen sterfgevallen. 'De SCA is een waardevolle methode voor het onderzoek van coronaire afwijkingen in het algemeen en van coronaire sclerose in het bijzonder.'

1972

97 Een nieuw type patiëntenisolator. De laatste jaren wordt in toenemende mate bij de behandeling van kanker intensieve chemotherapie toegepast, met als gevolg een sterke reductie van de afweercapaciteit. Om het infectiegevaar te bestrijden is omgekeerde isolatie van de patiënten nodig. Door TNO is een isolator ontwikkeld die klinisch goed bruikbaar lijkt.

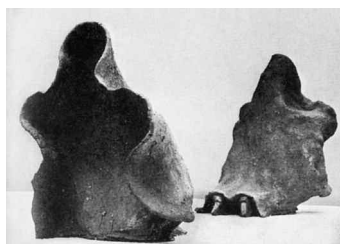


Down flow isolator met twee compartimenten: Eén met een bed en één, die als dagverblijf kan worden gebruikt.



a. Diagram van de situatie tijdens behandeling van een patiënt in de down flow isolator wanneer deze gesloten wordt gebruikt. b. Diagram van de situatie tijdens behandeling van een patiënt in de down flow isolator wanneer deze aan de behandelingszijde is geopend.

436 De nihilistische waan dood te zijn. Bespreking van twee patiënten met cerebrale beschadiging, de ene door cerebrale lues, de ander door verwijdering van een hersentumor. 'Beiden hebben een intellectuele deterioratie en dementie, een organische depressie en een pre-morbide hysterische persoonlijkheidsstructuur. Bij dit somatopsychogene toestandsbeeld ontstaat, op het moment dat de familie de patiënt afstoot, de waan Zelf dood te zijn.' De tweede patiënt wordt geobserveerd in een atelier voor beeldende expressie en boetsert dan een beeld van zichzelf.



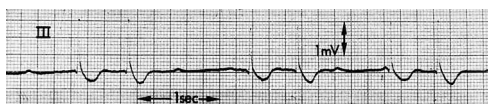
Het van klei geboetseerde beeld van het niet bestaand gewaande Zichzelf. Gebakken; 22 cm hoog, voor een spiegel geplaatst.

957 **De vrouw en het roken-longkankervraagstuk.** Naar aanleiding van twee vrouwelijke patiënten vraagt de auteur zich af waardoor longkanker bij vrouwen minder vaak voorkomt dan bij mannen. Natuurlijk, vrouwen roken en inhaleren minder dan mannen, maar er is bij vrouwen ook een constitutionele factor die remmend werkt op het ontstaan van deze maligniteit. Dat betekent dat het advies 'verstandig roken' voor vrouwen verschilt van dat voor mannen. De man moet zich beperken tot matig gebruik van pijp of sigaar, maar een vrouw kan wel maximaal 5 sigaretten per dag roken. 'De Nederlandse vrouw zou verder in overweging kunnen nemen of het niet verstandig zou zijn het voorbeeld van haar Deense seksegenoten te volgen door de sigaret in te wisselen tegen de kleine sigaar.' Een lezer [1303] vindt dit advies mondiaal gezien uniek, discriminerend en vernederend voor de Nederlandse vrouw.

1611, 1615, 1618, 1621 **Neurotoxische verschijnselen na behandeling met clioquinol (Enterovioform).** Dit preparaat werd omstreeks 1930 geïntroduceerd en wordt veel gebruikt bij zogenaamde zomer- en reizigersdiarree. Het staat verder bekend als een goed profylacticum en wordt daarom veel gebruikt door sportlieden die in het buitenland in wedstrijden uitkomen. Tot voor kort waren weinig bijwerkingen bekend, wat werd toegeschreven aan het feit dat het middel nauwelijks uit het maag-darmkanaal geresorbeerd zou worden. De laatste jaren zijn echter neurotoxische verschijnselen beschreven. In dit Tijdschriftnummer worden de volgende patiënten beschreven: twee vrouwen met een ernstige myeloneuropathie van wie één nagenoeg blind werd door opticusatrofie, een kind van anderhalf jaar met beiderzijdse opticusatrofie en een 69-jarige medicus met ernstige polyneuropathie in de benen en de N. opticus. Deze laatste had het middel 2 jaar gebruikt vanwege diarree na een uitschakelinganastomose van de dunne darm. Diergeneeskundigen wisten overigens al langer dat hoge doses clioquinol bij honden en katten neurotoxisch zijn.

1680 **Het postconcentratiekampsyndroom.** Mede op grond van eigen ervaringen beschrijft de auteur de kenmerken van dit syndroom. Naarmate de oorlog langer geleden is, wordt het bij het toekennen van uitkeringen steeds moeilijker een verband tussen ziekteverschijnselen en verblijf in een concentratiekamp te leggen. In Denemarken en Noorwegen en sinds 1971 in Nederland is de omgekeerde bewijslast ingevoerd: ex-verzetsmensen met een invaliditeit van minstens 60% hebben recht op een uitkering, tenzij de keurende arts aannemelijk kan maken dat er andere oorzaken dan verblijf in een concentratiekamp in het spel zijn.

2297 **Een misdrijf met bonbons en gebakjes.** Een 26-jarige vrouw werd opgenomen met zulke ernstige buikklachten dat zij onder het vermoeden van een strengileus geopereerd werd. Deze diagnose werd niet bevestigd. Tijdens de operatie werd een AV-blok op de monitor gezien. Het eeg liet afwijkingen zien die aan digitalisintoxicatie deden denken, maar de patiënte ontkende het gebruik daarvan. Toen later hoge digoxinespiegels in het bloed werden gevonden,



den, werd de recherche ingeschakeld. Een relatie van patiënte – apotheker – bekende haar te hebben willen vergiftigen met digoxine in bonbons en gebakjes. In een gebakje kon nog 1 mg digoxine worden aangetoond.

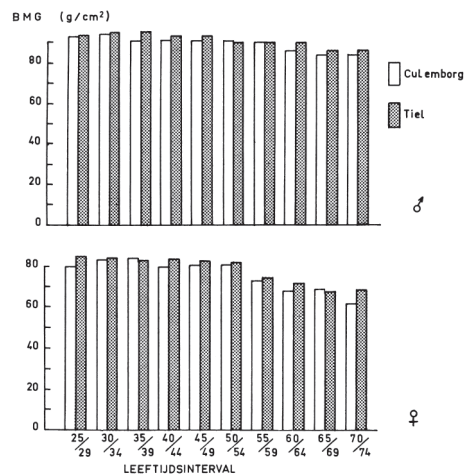
1973

1352 **Adderbeten in Nederland.** Over 138 gevallen van adderbeten sinds 1885 werden gegevens verzameld. De meeste incidenten hadden zich voorgedaan in Drenthe en aangrenzende gebieden. Drie gebetenen zijn overleden, respectievelijk in 1903, 1939 en 1946.



Verspreiding van 138 adderbeten in Nederland, 1885-1972.

1728 **Het mineraalgehalte van bot en de fluoridering van drinkwater.** Sinds 1953 werd het drinkwater in Tiel gefluoreerd, terwijl de inwoners van Culemborg fluoridearm water bleven gebruiken. Met behulp van een methode die berust op absorptie van gammastralen werd de botdichtheid van



Het gemiddelde botmineraalgehalte (BMG) naar leeftijd, geslacht en woonplaats.

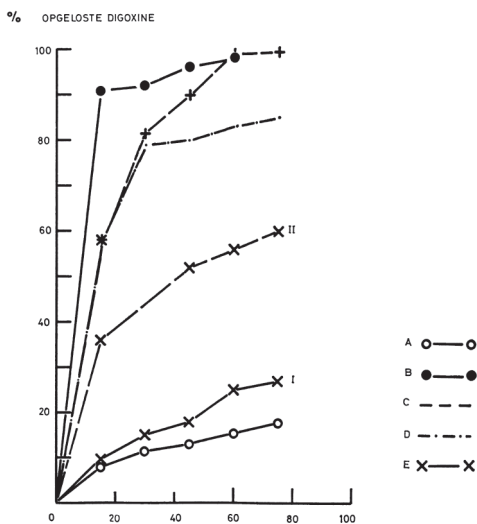
1972
1973

Het mineraalgehalte van bot en de fluoridering van drinkwater (vervolg)

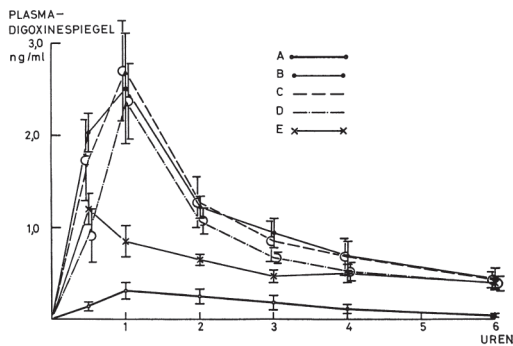
de rechter radius gemeten bij 1018 volwassenen uit beide steden. Het bleek dat het gemiddelde botmineraalgehalte in Tiel wat hoger was dan in Culemborg. Of drinkwater-fluoridering een preventieve invloed heeft op de frequentie van fracturen en osteoporose zal nog moeten blijken.

180g De biologische beschikbaarheid van digoxinepreparaten.

A.J. Dunning en medewerkers zagen een patiënte met decompensatio cordis en een gestoorde nierfunctie die op geleide van plasmadigoxinespiegels zorgvuldig was ingesteld. Ruim een week na ontslag uit de kliniek kwam zij terug met een klassieke digitalisintoxicatie en plasmaspiegels die ruim driemaal zo hoog waren als tevoren. Zij bleek thuis digoxine in dezelfde dosering, maar van een andere producent gebruikt te hebben. Naar aanleiding hiervan werden 12 in Nederland verkrijgbare preparaten onderzocht. In vitro bleek de afgifte van digoxine uit de tabletten in een uur te variëren van 15 tot 100%. Ook in vivo waren er bij proefpersonen en patiënten opvallende verschillen in plasmaspiegels bij gebruik van verschillende preparaten.



In vitro afgifte tussen 0 en 75 minuten, van digoxine uit tabletten van vijf verschillende fabrikatena.



Gemiddelde plasmadigoxinespiegels (± de standaardafwijking van het gemiddelde) van 4 gezonde proefpersonen na het innemen van 5 verschillende digoxinepreparaten, telkens in één dosis van 2 maal 0,25 mg.

1974

220 **Kolendampvergiftiging; een verdwijnende aandoening?** In de periode 1965-1972 is het aantal sterfgevallen aan koolmonoxide-intoxicatie gedaald van 8,2 per 1 miljoen inwoners tot 1,7. Het afnemend gebruik van steenkool lijkt de oorzaak van deze daling te zijn. Steenkool leverde in 1965 nog 29% van de totale energie in het land, tegen 5% in 1972.

658 **De tv-loep als hulpmiddel voor slechtzienden.** Beschrijving van goede resultaten bij 28 patiënten. Het apparaat maakt lezen mogelijk bij een aantal patiënten die hiertoe anders niet in staat waren. Zelfs in geval van een visus van 1/20 werd het apparaat als nuttig ervaren.



De TV-loep met 18 maal vergroting.

1975

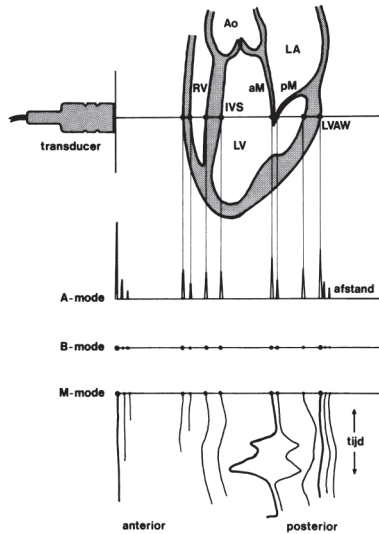
555 **De algemene zuigelingeninenting tegen pokken is achterhaald.** In de periode 1967-1970 werden circa 845.000 vaccinaties verricht. Er waren 3 gevallen van encefalopathie, waarvan 2 met dodelijke afloop. Een derde zuigeling stierf aan een andere complicatie van de vaccinatie. Pokken is zeldzaam geworden en de voordelen van de vaccinatie wegen niet meer op tegen de nadelen. De Gezondheidsraad adviseert dan ook om met de zuigelingenvaccinatie te stoppen.

1000 **Scleroserende peritonitis na practololgebruik.** In 1971 was het bèta-receptorblokkerende middel practolol in Nederland geïntroduceerd. Na gebruik van ongeveer 200 gram kregen 4 patiënten een scleroserende peritonitis, waarvoor bij 3 van hen een laparotomie nodig was. De schrijvers vinden dat er geen plaats meer is voor dit middel.

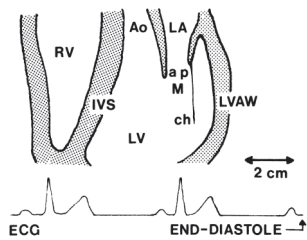
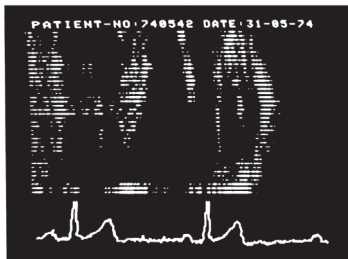
1109 **Echocardiografie.** In 1954 is begonnen met de echocardiografie, maar pas sinds enkele jaren is de apparatuur geschikt om vorm en beweging van het hele hart te registreren. Naast de enkel-elementechocardiografie wordt nu ook een tweedimensionale methode ontwikkeld.



Echocardiografie (vervolg)

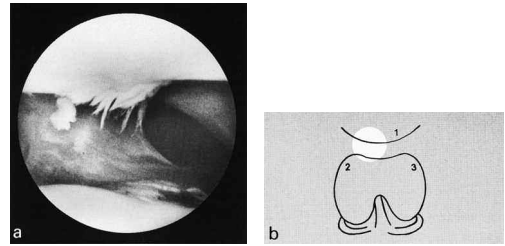


De verschillende wijzen waarop de echo's kunnen worden weergegeven. De lijn in de doorsnede van het hart geeft de richting van de geluidsbundel aan met de verschillende structuren die bij deze transducerstand door het geluid getroffen worden. (Afkortingen: Ao = aorta; aM = voorste slip van de mitralisklep; IVS = interventriculair septum; LA = linker atrium; LV = linker ventrikel; LVAW = linker ventrikelachterwand; pM = achterste slip van de mitralisklep; RV = rechter ventrikel.)



Een afbeelding van een 40-lijns-beeld van een doorsnede van het hart in eind-diastole. De oorsprong van de verschillende echo's wordt in de tekening eronder verduidelijkt. (Afkortingen: Ao = aorta; aM = voorste slip van de mitralisklep; ch = chordae tendinae; IVS = interventriculair septum; LA = linker atrium; LV = linker ventrikel; LVAW = linker ventrikelachterwand; pM = achterste slip van de mitralisklep; RV = rechter ventrikel.)

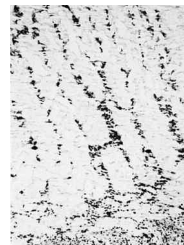
1882 Artrosomie van de knie. In 1959 was de eerste bruikbare methode van artrosomie ontwikkeld. In het Academisch Ziekenhuis te Groningen was in 1969 de eerste scopie van het kniegewricht verricht. Sindsdien was het onderzoek 378 maal uitgevoerd. Hierbij werd algemene anesthesie toegepast. De diagnostische waarde van het onderzoek was groot. 'Het is vooralsnog een open vraag of therapeutische ingrepen door middel van artrosomie ingang zullen vinden.'



a. Circumscribe chondropathie (Ø 1,5 cm) aan onderzijde van de knieschijf; b. 1. Patella. 2. Mediale femurcondyl. 3. Laterale femurcondyl.

1976

1167 Pseudomembraneuze colitis na clindamycinegebruik. Beschrijving van 2 gevallen, waarvan één met dodelijke afloop.



Patiënt A. Colonslijmvlies buiten pseudo-membraan is sterk verdikt. Enorme slijmproductie. De structuur van het epitheel is nog slechts vaag te onderscheiden.

1630 Epidurale analgesie voor een pijnloze bevalling? In tegenstelling tot het beleid in de Angelsaksische en Scandinavische landen en België is deze methode in Nederland nog weinig bekend. In 1973 is de epidurale analgesie ingevoerd in Heerlen en een jaar later in Weert. Bij 12% van de bevallingen werd tot epidurale pijnbestrijding besloten, wat in 9% van de gevallen mislukte. De indicatie werd door de vrouw zelf bepaald in overleg met haar arts bij een ontsluiting van tenminste 3 cm. De methode was effectief en er waren geen ernstige complicaties.

1722 Inhalatie van beclometason bij de langdurige behandeling van kinderen met astma. Sinds enkele jaren bestaat de mogelijkheid een corticosteroïd per aerosol in plaats van per os toe te dienen. 23 kinderen werden zo een jaar behandeld; de methode lijkt een aanwinst te zijn. Behalve een verhoogde kans op groei van *Candida albicans* waren er geen ongewenste neveneffecten.

1990 Wordt poliomyelitis in ontwikkelingslanden bevorderd door toegenomen hygiëne? (Eerste dubbelpublicatie, in *The Lancet*.) In Kenia neemt poliomyelitis toe met meer virulente virusstammen. Hypothese: 'Wanneer door verbetering van de hygiëne obstakels worden opgericht tussen de virus-uitscheiders en de niet-immune, vatbare leden van de gemeenschap, wordt circulatie moeilijker voor het virus. Stammen met een hoge potentie zullen overblijven, andere niet. In ieder geval zullen de meest vitale stammen gaan overwegen.'

1975
1976

4

‘Een oudere heer in driedelig grijs’

*Taal, beeld en vormgeving**

‘WAARTOE DEZE TAALMORMELS GEBRUIKT?’ 225

BEWERKINGSPROCES EN TAALBELEID 232

VORMGEVING EN BEELD 237

RECLAME EN ADVERTENTIES 244

BESLUIT 250

* Voor dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van interviews met voormalig hoofd productie H.E.Stenfert Kroese, (voormalig) taaladviseurs mw.prof.F.Balk-Smit Duyzentkunst en prof.P.G.J.van Sterkenburg, wetenschappelijk eindredacteur dr.H.C.Walvoort en medisch illustrator R.P.Slagter. Indien er geen aparte bronvermelding staat, is de informatie afkomstig uit deze interviews.

‘Bij ons Tijdschrift is een ouderwets plechtstatig taalgebruik geliefd. Het doet wel eens wat komiek aan maar is ons dierbaar als herinnering aan een eerbiedwaardig verleden.’

Dit schreef hoofdredacteur Prakken in 1964.¹ Zijn opvolger Jongkees merkte in 1982 op dat het Tijdschrift ouderwets heette te zijn: ‘Ik geloof dat dit een deel van de werkelijkheid is, maar een belangrijk deel, dat er toe heeft geleid dat ons tijdschrift gedegen is’ [1982:2369-70]. Nog in 1994 wees Dunning een aansprekender uiterlijk van het blad van de hand en niet verrassend omschreven studenten het Tijdschrift recent dan ook als ‘een oudere heer in driedelig grijs’ [1994:1; 2005:1-5].

Een medisch-wetenschappelijk tijdschrift is alleen betrouwbaar van inhoud als ook de vorm goed en betrouwbaar is, zo meenden ook vooroorlogse hoofdredacties al. Daarmee doelden ze in de eerste plaats op correct taalgebruik, maar ook op een sober, vertrouwenwekkend uiterlijk van het Tijdschrift. Aan de opvatting dat de vorm dienstbaar moet zijn aan de inhoud ligt een lange traditie ten grondslag en die werkte enige behoudendheid in de hand. Het ouderwetse imago, waarvan de opeenvolgende hoofdredacteurs zich blijkens de citaten bewust waren, had voor hen bijna het karakter van een geuzennaam. Vormgeving van het Tijdschrift en illustraties bij de artikelen waren lange tijd bijzaak. Advertenties en reclame hoorden volgens de redactie en de lezers eigenlijk niet in een wetenschappelijk tijdschrift thuis, maar vormden een belangrijke inkomstenbron. Dat veroorzaakte meer dan eens ergernis.

‘WAARTOE DEZE TAALMORMELS GEBRUIKT?’

Na de oprichting van het Tijdschrift besloot de redactie aanvankelijk ‘ieder in het gebruik der spelling vrij te laten’, in navolging van de redactie van *De Gids*.² Maar al rond 1880 beklagden sommigen zich dat de artsentaal wemelde van barbarismen en van merkwaardige, aan het Grieks of Latijn ontleende, samenstellingen [1882:192-4]. Dat de geneeskunde zich tot aan de Tweede Wereldoorlog sterk richtte op die in Duitsland bleek uit de vele germanismen die hun intrede deden en die tot het Nederlands taalgoed zouden gaan behoren, zoals ‘frontaalstreek’, ‘primair affect’ of ‘aangeboorde kies’. Al vanaf 1920 deden redacteurs zoals H. Pinkhof en G.A. van Rijnberk pogingen om taalbederf tegen te gaan. Zij stelden zich op het standpunt dat vreemde termen zo veel mogelijk door Nederlandse moesten worden

vervangen, waarbij zij ‘vreemd’ ruim opvatten. Prakken herinnerde zich bij zijn afscheid in 1970 dat in zijn eerste stuk in het Tijdschrift, zo’n vijftig jaar tevoren, ‘anatomische complicaties’ was vervangen door ‘ontleedkundige verwikkelingen’ [1970:2161-4]. Anderen vonden dergelijke aanpassingen niet alleen overdreven of lelijk, maar ook onverstandig, omdat de leek zich met de geneeskunde zou kunnen gaan bemoeien ‘(...) zoodat wanbegrippen op geneeskundig gebied weliger dan ooit bij de burgerij zullen gaan opbloeien.’ Van Rijnberk zag echter niet in hoe het schrijven van ‘zweer’ in plaats van ‘ulcus’ de kwakzalverij zou kunnen dienen.³

In 1954 werd een nieuwe spelling van het Nederlands ingevoerd: de *Woordenlijst der Nederlandse Taal*, neergelegd in het zogenaamde *Groene boekje*. Dit noopte toenmalig hoofdredacteur Prakken tot enige uitleg voor lezers en auteurs [1956:2262-4]. Zodra een medische term in het *Groene boekje* was opgenomen, hield het Tijdschrift zich aan de daarin voorgeschreven spelling. Echter, veel medische termen waren bastaardwoorden uit het Latijn of het Grieks en stonden er eenvoudigweg niet in. Daardoor ontstonden er schijnbare inconsequenties. ‘Asthma’ bijvoorbeeld werd voortaan als ‘astma’ geschreven, zoals in het *Groene boekje*, tenzij het door een Latijns of Grieks adjectief de status van klassieke term behield, zoals bij ‘asthma bronchiale’. Prakken verstreekte lijstjes van te hanteren spellingwijzen, maar het bleef moeilijk. De vraag- en antwoordrubriek behandelde in 1957 een vraag over de meervoudsvorm van virus: was dat ‘vira’ of ‘virussen’? In *Medisch Contact* had een latinist ‘vira’ aangeraden, maar in het NTvG wees de geraadpleegde deskundige erop dat het *Groene boekje* ‘virussen’ vermeldde [1957:1448].

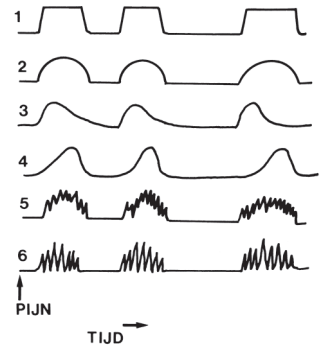
Voor nieuwe buitenlandse termen bedacht de hoofdredactie soms zelf een vertaling. Een artikelstitel als *Elektrocutie door elektronische gangmakers* [1966:720-4] zullen weinigen nu nog begrijpen, want wij spreken over ‘pacemakers’. Dergelijke verzinsels vielen niet altijd in goede aarde bij de lezers, zoals blijkt uit ingezonden brieven. ‘Wat is sensore deprivatie; hoe komt de redactie van ons Tijdschrift, die zo gesteld is op zuiverheid van taal- en woordkeus, ertoe deze absurde woorden te gebruiken?’ vroeg in 1964 L.B.W. Jongkees, die later zelf hoofdredacteur zou worden. Pas door het lezen van andere artikelen begreep hij dat men ‘zintuiglijke onthouding’ bedoelde. ‘Waartoe deze taalmormels gebruikt? Ge had waarlijk beter sensory deprivation kunnen laten staan.’ Hij eindigde met de schrobbering: ‘Onklare taal en onduidelijke woorden zijn gevolg en oorzaak van onzindelijk denken’ [1964:915]. De hoofdredactie antwoordde dat zij een Nederlandse vertaling bedacht wanneer zij verwachtte dat een woord of term vaker zou worden gebruikt. Op aanraden van de taalkundig adviseur (waarover later meer) zocht ze dan een term die associaties had met de reeds min of meer ingeburgerde vreemde term. Waarom ze niet voor ‘zintuiglijke onthouding’ had gekozen? ‘Wij dachten aan de ervaring van vroegere redacties met dergelijke zuiver-Nederlandse termen. Vele lezers vonden de daarvoor gebruik-

te echt-Nederlandse woorden aanstellerig en lachwekkend’ [1964:915-6]. ‘Sensore deprivatie’ is nadien inderdaad gemunt als vakterm, blijktens de vermelding in *Pinkhof Geneeskundig woordenboek*.

Er was veel aandacht voor taal in de zin van woordgebruik en weinig voor zinsconstructie of interpunctie. Huidige lezers valt op dat er tot halverwege de jaren zestig kwistig met komma’s werd omgesprongen. Om een willekeurig voorbeeld te geven: ‘De arts beschikt tegenwoordig over zo krachtig werkzame geneesmiddelen, dat men zich afvraagt, of het verantwoord is, ermede te werken zonder grondige kennis van het werkingsmechanisme’ [1960:19-23]. Tegenwoordig worden tenminste 2 en misschien wel alle 3 de komma’s geschrapt.

Taal was altijd een serieus onderwerp, maar werd soms luchtig behandeld. J.J.E. van Everdingen leefde zich vanaf 1982 uit in verschillende woordspelige artikelen die de verwarrende, uiteenlopende aanduidingen van een medisch verschijnsel tot onderwerp hadden. De strekking: definitiever verschillen leiden tot spraakverwarring en tot verschillende diagnoses. ‘Droge rhonchi zijn thans longgeluiden met een fluitend, piepend, brommend, reutelend of zingend karakter, afhankelijk van de muzikale vooropleiding van de benoemer’ [1982:1704-5]. Over bijvoorbeeld galsteenkoeliek liepen zelfs binnen één kliniek de meningen van chirurgen en internisten sterk uiteen: ging het om intermitterende, fluctuerende of continue pijn [1982:1796-7]; [figuur 4.1]? *Enteritis verbalis* ging over de betekenisloosheid van bepaalde woorden en zelfs kennis: ‘Onze niet-kennis heeft zich de laatste 5 jaar geweldig uitgebreid. Sommigen spreken niet meer van de ziekte van Hodgkin, maar van non-non-Hodgkin lymphoma (...) en dat terwijl bij de ziekte van Hodgkin non-Hodgkinlymfomen voorkomen. De non-diseases hebben thans hun intrede gedaan in vrijwel ieder medisch specialisme’ [1982:1885-6].

Daarna nam Van Everdingen met een medeauteur de kwantitatieve dubbelzinnigheid van menige medische publicatie op de korrel: ‘Met name in de geneeskunde worden allerlei woorden die in het algemeen een relativerende betekenis hebben, *doorgaans nogal vaak* gebruikt, soms in zekere zin onbewust, maar meestal met vrij duidelijke, zij het af en toe moeilijk te achterhalen bedoelingen (...)’ [1983:1209-13]. Dit artikel vond tien jaar later een wetenschappelijker vervolg in *Is doorgaans vaker dan dikwijls; of hoe vaak is soms* [1992:41-2]? Een onderzoek onder huisartsen en medewerkers van instituten voor huisartsgeneeskunde wees uit dat mensen sterk verschillende betekenissen toe-kennen aan gedeeltelijk kwantitatieve termen. Voor sommigen was ‘meestal niet’: in 5% van de gevallen, voor anderen: in de buurt van 30%. In reactie op dit artikel werden instemmende brieven gestuurd, maar ook wel kritische: dergelijke termen zijn betekenisloos zonder contextinformatie, zoals zinsverband en situatie. Bijvoorbeeld, stelde een briefschrijver, voor sommige zeldzame aandoeningen is 1 op de 10.000 al frequent [1992:594].



Figuur 4.1
Hoe verloopt een ‘echte’
galsteenkoeliek? Chirurgen en
internisten uit dezelfde kliniek
bleken daarover verschillend
te denken.
[1982:1796]

Vaktaal: eenduidigheid en precisie

De genoemde artikelen illustreren kernachtig zowel het probleem als het belang van een duidelijk taalbeleid door het Tijdschrift. Want waarom besteedt een medisch-wetenschappelijk tijdschrift zoveel aandacht aan taal? Om redenen van eenduidigheid en precisie, zeggen degenen die bij het taalbeleid betrokken zijn of waren. Een vaktijdschrift moet misverstand en ambiguïteit zoveel mogelijk uitsluiten, zowel in de vaktaal als in de algemene standaardtaal. Mede vanuit die gedachte werd in 1990 de eerste wetenschappelijk eindredacteur aangesteld. Al veel langer is een taaladviseur verbonden aan het blad. Rond 1957 was dat de befaamde taalkundige G. Stuiveling.* Na hem is er enige tijd geen taaladviseur geweest, totdat in 1984 mw.F.Balk-Smit Duyzentkunst voor deze functie werd gevraagd. Destijds was zij hoogleraar Taalkunde van het Hedendaagse Nederlands aan de Universiteit van Amsterdam. In 1994 werd zij opgevolgd door P.G.J.van Sterkenburg [figuur 4.2], hoogleraar Lexicologie te Leiden en als directeur voor het Instituut voor Nederlandse Lexicologie tevens verantwoordelijk voor de nieuwe edities van het *Groene boekje* in 1995 en 2005. Van Sterkenburg noemt het een dogma dat de vorm van een tekst goed moet zijn opdat een lezer kennis kan nemen van een betrouwbare inhoud. Aan deze vorm moeten de hoogste eisen worden gesteld, meent hij: lezers van een vaktijdschrift moeten niet *ongeveer* weten wat een auteur bedoelt, zij moeten het *precies* weten. Vaktalen hebben allemaal eigen jargon en als er ook nog formules aan te pas komen, is het van het grootste belang dat iedereen weet wat er wordt opgeteld of vermenigvuldigd. Over de gebruikte vaktermen moet algemene consensus bestaan, bij voorkeur blijkend uit opname in standaardwerken of richtlijnen. Maar ook de algemene standaardtaal moet correct zijn, tot en met schijnbare kleinigheden als het koppelteken bij leeftijdsaanduidingen. Doelt men bij 3-4-jarige kinderen op de groep tussen drie en vier, dus alleen de driejarigen, of op de drie- tot en met vierjarigen? Na een interne discussie houdt het Tijdschrift zich aan de schrijfwijze van het Centraal Bureau voor de Statistiek, die er ‘tot en met’ mee aangeeft [2005: 49]. Alles met de bedoeling om duidelijkheid en eenduidigheid te scheppen voor de lezer.



Figuur 4.2
P.G.J.van Sterkenburg.

Het blijft een streven, want het gaat uiteraard wel eens mis. Indien nodig worden dan in een volgend nummer verbeteringen gepubliceerd. Verkeerde medische informatie kan nu eenmaal ernstige gevolgen hebben en rectifi-

* G.Stuiveling (1907-1985) was vanaf 1951 buitengewoon hoogleraar Taalbeheersing en van 1956 tot 1972 hoogleraar Nederlandse Letterkunde aan de Gemeentelijke Universiteit van Amsterdam. Het is onduidelijk hoe lang hij taaladviseur van het Tijdschrift is geweest. Na de introductie van de *Woordenlijst der Nederlandse taal* was hij betrokken bij het opstellen van een lijst medische bastaardwoorden, een onderneming waarin de Vlaamse Academie van Wetenschappen en het Tijdschrift samenwerkten (notulen vergadering van Bestuur en Redactie, 23 februari 1957).

ceren is daarom uitermate belangrijk. In de elektronische database van het Tijdschrift, waarin alle artikelen uit 150 jaargangen zijn te raadplegen, worden vanaf 1998 de verbeteringen gekoppeld aan het oorspronkelijke artikel. Vraagt men uit de NTvG-Databank een artikel op waarop een verbetering is gepubliceerd, dan licht dat in het menu terzijde van de tekst automatisch op.

Om dezelfde reden van ondubbelzinnigheid en precisie is de redactie voorzichtig met taalspelige en humoristisch bedoelde titels. *Ischias vanuit het struikgewas*, over de ziekte van Lyme [1994:745-8] of *Een korte darm: een lange toekomst?* [1995:417-9] werden nog aanvaardbaar geacht. Humor wordt bovendien maar spaarzaam toegestaan, omdat de redactie van het Tijdschrift niet de indruk wil wekken dat men zich om patiënten vermaakt. Echter, af en toe is een serieus probleem onvermijdelijk grappig. Zo werd in 1994 onder de titel *Broeksriem en bretellen* een vermakelijke bijdrage geplaatst over de aanzienlijke verschillen in medisch jargon tussen Vlaamse en Nederlandse artsen en daaruit mogelijk voortvloeiende misverstanden. Vlamingen zeggen ‘Deze man doet rilkooartsen!’, Nederlanders ‘Deze man heeft kooarts met een koude rilling!’ Ernstige gevolgen bleven gelukkig meestal uit: ‘Geruststellend is dat de praktische aanpak van de verpleegkundigen internationaal aanwezig blijkt’ [1994:2625-6]. Het stuk leidde tot een paar brieven met voorbeelden van de al even hilarische taalverwarring die kan ontstaan tussen ABN-sprekende artsen en Friese of Brabantse patiënten [1995:349-50 en 1151-2].

De taaladviseur van het Tijdschrift tussen 1984 en 1994, Balk-Smit Duyzentkunst, schreef ook enkele bijdragen over het taalgebruik van artsen [1989:1205-6; 1995:2749-51]; [figuur 4.3]. Deze waren luchtig van toon, maar dat was niet het geval toen een ethische discussie in het Tijdschrift opblaasde waar betekenisinterpretaties mee gemoeid waren. In 1988 verscheen een klinische les getiteld *Geneeskunde, dienaars der barmhartigheid*, waarin de auteurs de overwegingen beschreven om een pasgeboren kind met downsyndroom en een darmafsluiting niet te opereren als de ouders dat niet wilden [1988:1913-7] [zie bl. 175]. Dit betekende dat een kind zou overlijden. De hoeveelheid verontwaardigde ingezonden brieven noopte de auteurs tot een antwoord. Dat bevatte echter ambigue passages die tot onbedoelde gevolgtrekkingen konden leiden [1989:86-91]. Balk-Smit Duyzentkunst schreef in een artikel dat de auteurs leken te impliceren dat elke pasgeborene zwakzinnig is en dat strikt genomen ook een volwassen persoon met downsyndroom een levensreddende operatie mag worden onthouden. Ook zou men kunnen lezen dat het leven van een zwakzinnige pasgeborene niet kwalitatief te verbeteren valt en dat een pasgeborene niet echt leeft. Zij besloot: ‘De taal is net een modern geneesmiddel: de bijwerking strookt wel eens niet met de bedoeling’ [1989:2272-4].

Meestal gingen de discussies echter niet zozeer over tekstinterpretaties, maar over ‘lelijk’, ‘onzuiver’ of ‘verkeerd’ woordgebruik. De strijd tegen bar-



Figuur 4.3.
F. Balk-Smit Duyzentkunst.

barismen werd vergeefs voortgezet. Lange tijd bleef het Tijdschrift hardnekkig ‘opneming’ van patiënten schrijven in plaats van ‘opname’, dat teveel aan de film- en fotowereld zou doen denken, en ‘lumbale punctie’ in plaats van ‘lumbaalpunctie’, dat een germanisme was. Eind jaren tachtig besloten de taalkundigen van het Tijdschrift dan toch zich bij de rest van Nederland aan te sluiten – tot ongenoegen van sommige oudere artsen [1989:11-2]. Anglicismen kwamen inmiddels frequenter voor. Iemand ergerde zich aan ‘stagering’ van tumoren waar stadiumindeling of stadiëring werd bedoeld en aan ‘mild’ voor niet ernstige aandoeningen [1984:468]. Ook de Algemene Vergadering van de Vereniging van het Tijdschrift stoorde zich aan de taalverloedering. Er was begrip voor een wat ‘vrijer taalgebruik’ maar: ‘(...) dit neemt niet weg dat veel Engels uit gemakzucht onvertaald blijft, terwijl geen hand gehouden wordt aan de aloude regel gezonde organen met hun Latijnse en zieke organen met hun Griekse naam aan te duiden. Vermoedelijk naar Amerikaans voorbeeld komen wij steeds vaker de term vaginitis tegen waar kolpitis had horen te staan.’⁴

Engels is na de Tweede Wereldoorlog de belangrijkste taal in de wetenschap geworden en dus ook in de biomedische wetenschappen. Na 1975 bestond zo’n 75% van de verwijzingen in NTvG-artikelen uit Engelstalige publicaties, zo bleek uit een onderzoek naar literatuurreferenties in 65 jaargangen oorspronkelijke stukken. Gelukkig bleek ook dat in 1995 het aandeel van de Nederlandstalige publicaties weer was gegroeid tot zo’n 20%, wat wellicht het gebruik van het Nederlands enigszins ten goede is gekomen [1996:1263-7]. De terminologie blijft de gemoederen bezighouden: nog onlangs wees een briefschrijver erop dat in het Nederlands medisch taalgebruik veelvuldig de term ‘gouden standaard’ wordt gebruikt als vertaling van ‘gold standard’. Volgens hem behoort men echter van ‘goudstandaard’ te spreken omdat de term ontleend zou zijn aan het monetaire systeem [2005:2937]. De lezers hoefden evenwel niet lang te wachten op een ingezonden brief met argumenten pro ‘gouden standaard’ [2006:644-5].

Het Tijdschrift loopt uit principe niet voorop bij taalvernieuwing, maar zoals beschreven, zoekt of bedenkt de redactie soms een vertaling van een begrip. Zo ging het bij ‘sensore deprivatie’, dat in *Pinkhof Geneeskundig woordenboek* belandde, en ook bij het begrip ‘schildwachtklier’. Het eerste artikel over deze specifieke lymfeklier waarin men met hoge betrouwbaarheid kan vaststellen of een tumor is uitgezaaid, in 1994, bevatte meermalen de term ‘sentinel node’. In de samenvatting vond wetenschappelijk eindredacteur Walvoort de term ‘schildwachtklier’, die hij als vertaling koos. Dat is vervolgens de Nederlandse vakterm geworden. Walvoort schrijft dit toe aan de omstandigheid dat het artikel verscheen voordat er duidelijke medische richtlijnen voor de schildwachtklieringreep bestonden. Bij een poging om

‘hartdood’ in te voeren naar analogie van ‘hersendood’ was het Tijdschrift te laat; in landelijke richtlijnen werd toen al over ‘non-heartbeating’ gesproken. Ook andere Engelse woorden, zoals ‘screenen’, ‘follow-up’ of ‘marker’ zijn inmiddels geaccepteerde termen die iedere arts begrijpt.

Vaktaal, ‘science-speak’ en moedertaal

Waarom wil het Tijdschrift nog Nederlandstalige artikelen blijven publiceren nu Engels de internationale wetenschappelijke taal is geworden? Bij het 140-jarig bestaan in 1997 legde Walvoort uit waarom. Internationaal publiceren is weliswaar belangrijk geworden voor de wetenschapper, maar er zijn ook andere overwegingen. Nederlanders spreken en schrijven minder goed Engels dan zij denken; zij bezigen vaak een taal die wel als ‘science-speak’ wordt aangeduid [1997:5-7]. Een goede beheersing van de moedertaal is nodig om een tweede taal te leren en zo vergt het kunnen gebruiken van Engelse vaktaal het bestaan van een Nederlandse vaktaal. Bovendien is die nodig om aan het Nederlandse publiek verantwoording af te leggen over in Nederland uitgevoerd onderzoek en om met patiënten te spreken over hun aandoeningen. Daarnaast zijn bepaalde bevindingen, bijvoorbeeld over de incidentie van borstkanker, allereerst relevant voor de Nederlandse situatie. De redactie van het Tijdschrift acht het daarom belangrijk dat praktiserende artsen de mogelijkheid hebben om van oorspronkelijk onderzoek kennis te nemen in de eigen taal en niet via de omweg van een vertaling. Een en ander bevordert de toepassing van onderzoeksresultaten in de klinische geneeskunde in eigen land en draagt bij aan een hoger wetenschappelijk peil van die geneeskunde.

Kennisoverdracht in de eigen taal geeft bovendien meer gelegenheid tot nuancering en verdieping. Voor de beschrijving van een nieuwe chirurgische techniek, een nieuwe hechtnaald of de werking van een nieuw geneesmiddel is dat van ondergeschikt belang, maar wie wil schrijven over de afweging om kinderen met een ernstige afwijking al dan niet te blijven behandelen, kan meestal onvoldoende uit de voeten in een vreemde taal. Ook bestaat voor sommige typische Nederlandse zaken geen goed Engels woord. Internationaal publiceren is soms dus moeilijk of zinloos, terwijl een Nederlandse publicatie dan juist waardevol kan zijn. Dat geldt des te meer voor kennis over vaardigheden die ‘uitge oefend’ moeten worden. De Nederlandse woorden voor dergelijke kennisoverdracht moeten te vinden zijn in het Tijdschrift. Overigens is het omgekeerde ook mogelijk: de Nederlandse term ‘snoezelen’, voor zintuigelijke stimulering van geestelijk gehandicapten en demente ouderen, werd in de Angelsaksische literatuur overgenomen om deze Nederlandse vinding te beschrijven [2006:1653-6].

BEWERKINGSPROCES EN TAALBELEID

‘Het NTvG leest men om op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen over de hele breedte van de klinische geneeskunde in Nederland’ [1997:38-42]. Voor artikelen over fundamenteel onderzoek zijn er gespecialiseerde vakbladen en voor de organisatie van de zorg en maatschappelijke discussie is er *Medisch Contact*, het blad van de KNMG. Men zal bovenstaand citaat echter tevergeefs zoeken als omschrijving van de ‘missie’ in het colofon van het Tijdschrift of in de statuten van de Vereniging. Er is nog een ongeschreven doelstelling, namelijk dat de artikelen leesbaar moeten zijn voor praktiserende artsen uit alle medische subdisciplines, voor basisartsen en voor ouderejaarstudenten.* Het Tijdschrift werd daarop in het verleden wel eens bekritiseerd, ook vanuit de Vereniging. In 1963 bepleitte de voorzitter van de financiële commissie meer aandacht voor de dagelijkse praktijk en dan vooral voor die van de huisarts: ‘Deze immers is de man, die het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* dikwijls als enige hulp bij zijn dagelijks werk bezit.’⁵ Acht jaar later klaagde een huisarts: ‘Hoewel ik zeker beseft, dat de artikelen in dit tijdschrift op hoog wetenschappelijk peil moeten staan en moderne inzichten moeten weergeven, heb ik toch ernstig bezwaar tegen de wel zeer specialistische, althans voor een huisarts te moeilijk te begrijpen inhoud’ [1971:295]. Balanceren tussen specialistische en algemene informatie blijft moeilijk, zo bleek uit lezersonderzoeken. Er is altijd een groep lezers die meer algemene informatie wenst, terwijl een andere groep juist meer specialistische artikelen verlangt [1993:402-4; 2005:1-5].

Het vraagt nogal wat om deze doelstellingen wekelijks te verwezenlijken: in elk geval een goed geschoold redactieteam en continuïteit in taalbeleid en personeel. Het redactieproces valt in twee fasen uiteen. De eerste is die van de beoordeling en aanvaarding van ingediende artikelen door de hoofdredactie; die wordt op bl. 334 besproken. De tweede fase, hieronder beschreven, is die van de bewerking na aanvaarding door de hoofdredactie.

De bewerkingsfase: evidence-based redigeren

Balk-Smit Duyzentkunst trad in 1984 aan als taaladviseur van de redactie. Zij herinnert zich dat zij enkele (overwegend vrouwelijke) medewerkers aantroef op het redactiekantoor die taalcorrectoren werden genoemd. Dezen hadden wel een goede opleiding, maar geen gerichte taalkundige scholing gehad. Zij gebruikten een alfabetische lijst van woorden die goed of fout werden bevonden. Er was geen aandacht voor zinsconstructies en Balk-Smit Duyzent-

* Sinds 1998 wordt overigens ook 4 keer per jaar een studenteneditie van het Tijdschrift uitgebracht. Deze heeft een eigen redactie (zie bl. 296). De bewerking na aanvaarding vindt plaats bij de uitgeverij Bohn Stafleu van Loghum. Hierbij worden de ‘Richtlijnen en Afspraken’ van het Tijdschrift gebruikt.

kunst zag daarin een belangrijke taak voor haar weggelegd. Aan de hand van voorbeelden liet zij zien wat de betekenis effecten waren van zowel woorden als grammaticale verschijnselen. Een voorbeeld van wat zij bestreed: ‘Patiënten die vanuit een verpleeghuis waren opgenomen in een ziekenhuis en aldaar overleden, namen niet deel aan het onderzoek’ [1984:1225].

De 2 – en in een bepaalde periode 3 – secretarissen van de hoofdredactie, later aangeduid als ‘uitvoerend hoofdredacteurs’, lazen de teksten vóór aanvaarding, maar hadden ook een aandeel in de bewerking daarna. In de bewerkingsfase corrigeerde eerst een van de taalcorrectoren een artikel, waarna de uitvoerend hoofdredacteurs controleerden of de tekst in medisch-wetenschappelijk opzicht nog klopte. In 1990 werd besloten een scheiding aan te brengen tussen het beoordelen en het bewerken van artikelen. Er werd een wetenschappelijk eindredacteur aangesteld, dr.H.C. Walvoort, dierenarts-patholoog, die sindsdien verantwoordelijk is voor het bewerkingsproces. Sinds 1996 is mw.dr.C.J.E.Kaandorp, arts, als tweede wetenschappelijk eindredacteur in dienst [figuur 4.4].

Walvoort draaide de volgorde van de correctieronden om. Eerst gaan de wetenschappelijk eindredacteurs na of de artikelen inhoudelijk correct zijn. Een onderzoeksverslag moet bijvoorbeeld zijn opgezet volgens algemeen geaccepteerde regels van wetenschappelijke verslaglegging (inleiding met vraagstelling, opzet, methode, resultaten, conclusie). Verder controleren zij of de op dat moment correcte, want nationaal of internationaal aanvaarde medisch-wetenschappelijke terminologie wordt gebruikt, ontdoen zij de tekst waar mogelijk van te specialistisch jargon, controleren zij cijfers en berekeningen, en zorgen samen met de illustrator voor didactische afbeeldingen. De wetenschappelijk eindredacteurs stellen ook de tijdschrift-



Figuur 4.4
De wetenschappelijk
eindredacteurs van het Tijdschrift
anno 2006, H.C.Walvoort en
C.J.E.Kaandorp.

nummers samen en groeperen daarin zo mogelijk artikelen over dezelfde onderwerpen. Wanneer een artikel medisch verantwoord en begrijpelijk is, begint een volgende correctieronde. De taalredacteurs, tegenwoordig allemaal neerlandici en taalkundigen, corrigeren het Nederlands, waarbij zij onder andere gebruik maken van een interne handleiding. Zij letten op spelling, grammaticale correctheid, duidelijke zinsbouw en leesbaarheid, en controleren ook de diverse elementen van een artikel, zoals de adresnoot, volgorde van literatuurverwijzingen en aanvaardingsdatum. De wetenschappelijk eindredacteurs bekijken de artikelen hierna nogmaals om te zien of zij het eens zijn met de taalredactionele bewerking. De artikelen worden vervolgens naar de auteurs teruggezonden voor goedkeuring en gaan na fiat naar de drukker. De drukproeven en het uiteindelijke nummer (vroeger aangeduid als ‘plakproef’) worden nogmaals gecorrigeerd voordat uiteindelijk de drukker fiat krijgt om het nummer daadwerkelijk naar de persen te brengen [zie ook bl. 334].

Het bewerkingsproces bestaat dus uit verschillende rondes. Het belang van een grondige procedure moet niet worden onderschat: een verkeerd geplaatste komma of een weggevalen letter kan tot grote betekenisverschillen leiden. Wanneer een arts de bron van een voedselvergiftiging zoekt, kan het uitmaken of de patiënt ‘bavarois’ of ‘bavaroise’ heeft gegeten. Ze hebben namelijk grotendeels dezelfde ingrediënten, maar aan het eerste gerecht worden wel eens stijfgeslagen rauwe eiwitten toegevoegd [1997:38-42; 1990:1514-5]. Aangezien van de auteur wordt verwacht dat de beschreven onderzoeksresultaten controleerbaar en herhaalbaar zijn, vindt Walvoort dat ook de redactionele bewerking dat moet zijn. Deze moet dus aan duidelijke regels voldoen: ‘evidence-based redigeren’ [1997:38-42].

De taalredacteurs baseren zich zoals gezegd op een interne handleiding voor de bewerking van artikelen, de zogenaamde ‘Richtlijnen en Afspraken’. Het initiatief voor het vervaardigen van dit document werd rond 1990 genomen door Balk-Smit Duyzentkunst, in samenwerking met de medewerkers uit die tijd. Een belangrijk uitgangspunt is sinds lang dat wat het Tijdschrift publiceert ook in later jaren nog kan worden begrepen: ‘Het principe bij de bewerking is dat wij schrijven in een taal die in de lexica van de tijd van publiceren is terug te vinden.’ Vandaar dat het *Groene boekje* de hoogste autoriteit is, daarna het *Van Dale Groot Woordenboek der Nederlandse taal* en vervolgens *Pinkhof Geneeskundig woordenboek*. Walvoort nam de standaardisatie van overige te gebruiken medische termen ter hand. Geneesmiddelen worden alleen aangeduid met generieke namen en niet met merknamen, omdat het gaat om de werkzame stof en omdat men geen reclame of antireclame wil maken. Voor anatomische structuren, die in allerlei vakgebieden in de loop der tijd andere namen hebben gekregen, wordt het referentiewerk gebruikt van de International Federation of Associations of

Anatomists (IFAA). Tot 1999 was dat de *Nomina anatomica*, die na een grondige herziening is herdoopt tot de *Terminologia anatomica* [2000:890-3 en 910]. Is een taalvraag met alle beschikbare standaardwerken niet te beantwoorden, dan bedenkt de redactie zelf een verantwoorde oplossing. Deze wordt vervolgens opgenomen in het document ‘onze Woordenlijst’ die behoort bij de ‘Richtlijnen en Afspraken’.

Een ander belangrijk uitgangspunt is dat in beginsel niet aan de stijl van de auteur wordt getornd. De stijl mag ongebruikelijk zijn, als zij maar correct is. Het eerste punt in het document ‘Richtlijnen en Afspraken’ luidt dan ook: ‘Het taalgebruik van de auteurs wordt gerespecteerd; in aanvaarde stukken worden geen veranderingen aangebracht, behalve die welke vallen onder de volgende richtlijnen.’ Daarbij moet wel opgemerkt worden dat de hoofdredactie steeds meer belang hecht aan een goede leesbaarheid van artikelen, zodat in dit opzicht steeds hogere eisen aan de stijl van auteurs gesteld worden. Nog een regel, al neergelegd in de eerste versie van het document, betreft strikt genomen geen taalkunde, maar ethiek. Auteurs schreven in de jaren tachtig nog onbelemmerd over bijvoorbeeld ‘indrukwekkende’ of ‘prachtige’ tumoren, en patiënten waren veelal ‘gevallen’. Balk-Smit Duyzentkunst vond dat ongepast en eiste dat er respectvol over patiënten werd geschreven. Zij werd vanuit de hoofdredactie ondersteund door de enkele jaren later aangetreden plaatsvervangend voorzitter H.G.M. Rooijmans. Hij stoorde zich eraan dat auteurs ziektegeschiedenissen vaak beëindigden daar waar de bemoeienis van de artsen ophield, hoewel voor een patiënt het verhaal dan allerm minst was afgelopen. Regel 15 in het document stelt dan ook: ‘Patiënten niet voorstellen als voorwerpen’. Dat blijft overigens aandacht behoeven. Nog maar enkele jaren geleden hield hoofdredacteur Van Gijn toekomstige auteurs wederom voor dat de hoofdredactie weinig kan beginnen met artikelen ‘waarin de verslaggeving van de behandeling alleen gaat over de lotgevallen van oren, handen of heupen’ [2004: 1-3].

In de handleiding staan nog vele andere aanwijzingen over vormkenmerken: hoe om te gaan met afkortingen, wat de vorm van de literatuurlijst is, regels voor Grieks-Nederlandse spelling, interpunctie, samenstellingen en dergelijke. Besloeg het oorspronkelijke document zo’n 5 bladzijden, tegenwoordig telt het meer dan 20 bladzijden. Ongeveer elke 6 weken vindt overleg plaats tussen iedereen die zich met de tekstbewerking bezighoudt en de taalkundig adviseur. De laatstgenoemde stelt dan de taalproblemen en -fouten aan de orde die hij in de verschenen nummers heeft opgespoord en beantwoordt vragen van de medewerkers. Een en ander leidt steeds weer tot aanpassingen van de ‘Richtlijnen en Afspraken’. Het document is te raadplegen op het interne computernetwerk van het Tijdschrift en zo heeft elke medewerker voortdurend de recentste versie ter beschikking.



Figuur 4.5
De taalredacteurs van het
Tijdschrift anno 2006,
van links naar rechts: M.Kabos,
M.R.Versteeg, M.L.C.Los
en W.J.van Nimwegen.

Van Sterkenburg, die in 1994 Balk-Smit Duyzentkunst opvolgde als taaladviseur, legde een ander accent dan zijn voorganger. Hij stelde zich strikt ten doel het Nederlands te ijken, niet de medische mededelingen die erin verrat zijn. In de 10 jaar die hij bij het bewerkingsproces betrokken is, zag hij het redactieteam zeer veel expertise opbouwen [figuur 4.5]. Het team kent weinig verloop en vult elkaar goed aan in kwaliteiten, meent hij. Soms ontstaat er discussie tussen de taalkundigen en de wetenschappelijk eindredacteurs over wat de eersten onzin-Nederlands vinden, door Van Sterkenburg ‘knotsika-Nederlands’ genoemd. Maar als het volgens de wetenschappelijk eindredacteurs om een vakterm gaat, blijft die gehandhaafd; het Tijdschrift bedient tenslotte geneeskundigen.

Het taalbeleid van het Tijdschrift en met name de autoriteit van het *Groene boekje* worden nog altijd betwist door sommige auteurs en lezers. In 1997 drongen bloedgroepserologen, immunologen en transfusiegeneskundigen er bij vakgenoten op aan om enkele spellingsvereenvoudigingen in de uitgave van het *Groene boekje* uit 1995 te negeren. In hun ogen betekende ‘resus’ iets totaal anders dan ‘rhesus’ [1997:592-4]. De redactie vindt het Tijdschrift echter niet het orgaan om taalstrijd te voeren. Zij verwijst in dergelijke gevallen naar de ‘Richtlijnen en Afspraken’ en volgt de daarin genoemde lexica. Ook bij de aanpassing in de spelling die per 1 augustus 2006 van kracht werd, heeft de redactie ervoor gekozen om deze over te nemen en heeft zij zich niet aangesloten bij andere redacties en uitgevers die een alternatieve spelling bepleitten [2006:1736-40].

De opvatting dat de vorm de inhoud dient, leidt ook tot een paradox: de artikelen in het Tijdschrift zijn niet per se bedoeld om te lezen, maar om informatie over te brengen. Volgens Walvoort doet de redactie niet aan lezers-

manipulatie: het gaat niet om een clou die pas op het laatst verklapt mag worden. Uit de titel moet de boodschap al blijken, zodat mensen op grond daarvan kunnen besluiten of een artikel voor hen van belang is. Een uitzondering vormt de klinische les, waarbij uit didactische overwegingen de lezer soms in het begin in onzekerheid wordt gelaten over het verdere verloop en de uitkomst.

Levert al die moeite om correcte en wetenschappelijk verantwoorde taal te gebruiken de lezer iets op? Dat is op meerdere momenten en verschillende manieren onderzocht. Tien jaar geleden kregen een paar groepen artsen en een groep geneeskundestudenten drie versies voorgelegd van enkele artikelen: de ingediende versie, de geaccepteerde versie en het gepubliceerde artikel. Op deze manier konden de effecten worden nagegaan van het commentaar van de hoofdredactie en haar adviseurs (vóór aanvaarding) en van de redactionele bewerking (ná aanvaarding). Uit de antwoorden van de beoordelaars bleek dat elk van de fasen leidde tot een hogere kwaliteit van de artikelen [1997:42-7]. Uit een lezersonderzoek in 1992, het eerste in de geschiedenis van het Tijdschrift, was al gebleken dat de waardering voor de inhoud van het Tijdschrift groot was. Ook over de leesbaarheid en de begrijpelijkheid was de lezer zeer te spreken. Het NTvG werd vaker en voor een groter deel gelezen dan *Medisch Contact* of internationale tijdschriften, vooral door huisartsen en in iets mindere mate door bepaalde specialisten en apothekers. Van de lezers bewaarde 80% het Tijdschrift bovendien lange tijd als naslagwerk [1993:400-1 en 402-4].

VORMGEVING EN BEELD

Wetenschappelijke artikelen bestaan niet alleen uit tekst, maar ook uit beeld: tabellen, grafieken, foto's, röntgenfoto's, scans en tekeningen. Het beeld in het Tijdschrift heeft sinds 1957 een grote ontwikkeling doorgemaakt. Dit hing deels samen met geld, maar voor een belangrijker deel met de groeiende technologische mogelijkheden. Iets soortgelijks gold voor de vormgeving, die tussen 1957 en 2007 enkele keren veranderingen onderging.

Vormgeving

In 1957 werd niet alleen het eeuwfeest gevierd, het was ook het jaar dat het Tijdschrift in een volledig gemoderniseerde gedaante uitkwam. Het blad had vanaf kort na de oprichting een klein formaat gehad: 'Ouderen kunnen zich nog de in deftig zwart geklede huisdokter herinneren, onder het visiterijden lezend in het Tijdschrift, dat door zijn geringe afmetingen in de jaszak kon worden meegenomen of een plaats kon vinden in het mandje voorin het

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE
 96 e Jaargang · Weekblad · 28 Juni 1952 · II · No 26
 ADRES DER REDACTIE: JAN LUYKENSTRAAT 3 · AMSTERDAM Z · TELEFOON 20150

Abonnementprijs: f 36,— per jaar. Voor studenten f 21,— bij vooruitbetaling. Afzonderlijke nummers: f 0.90. Advertenties 1—5 regels f 4.50, elke regel meer f 0.90; in te senden uitsluitend aan De Erven F. Bohn N.V., afdeling advertenties, Franckstraat 43, Tel. (K 2100) 10498, Haarlem
 Tel. 10498 · DE ERVEN F. BOHN N.V. UITGEVERS HAARLEM · Postgiro 5403

PITON

EXTRACT UIT DE ACHTERKWAB VAN DE HYPOPHYSE

TOEPASSING TIJDENS DE BEYALLING
(onder de gebruikelijke voorzorgen)

INLEIDING VAN DE GEBORTE	ONTSluitING	UITDRUIVING	NAGEBORTE	NA-BLOEDINGEN
PITON	PITON	PITON	PITON	PITON
Om het uur 1 à 2 int. E. intramusculair (niet meer dan 5 int. E. in het geheel).	1-2 injecties van 0,5 int. E. intramusculair (niet meer dan 5 int. E. in het geheel).	bij weenszwakte 1 injectie van 5 int. E. na verloop van een half uur nog eens 5 à 10 int. E.	bij atonie van de uterus 1 injectie van 5 int. E., zo nodig eenmaal herhalen. Indien deze dosis niet toereikend is komt ook een langzame intraveneuze injectie van 1,5 à 3 int. E. in aanmerking.	een langzame intraveneuze injectie van 1,5 à 3 int. E.

VERPAKKINGEN:
 ampullen à 1 cm³ met 10 int. E.
 flacons à 5 cm³ met 3 en 10 int. E. per cm³.

N. V. ORGANON - OSS

Oplag 11.200 exemplaren

Figuur 4.6
 Vormgeving van het Tijdschrift door de jaren heen. Vóór 1957 staat een farmaceutische advertentie op het omslag.
 [1952, 26]

Figuur 4.7
 Vormgeving van het Tijdschrift door de jaren heen. Vanaf 1957 staat de inhoudsopgave op het omslag.
 [1982, 40]

NEDERLANDS TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE

2 OKTOBER 1982 126e JAARGANG NR. 40

WEEKBLAD OPLAAG 29.000

<p>KLINISCHE LESSEN 1809 Het belang van een nauwkeurige pre-operatieve anamnese R.B.A. VAN DEN BRINK, J.M. WILMINK EN J. VREEKEN</p> <p>ORSPRONKELIJKE STUKKEN 1811 Hitteberoerte door inspanning J.C. THUIS, R.J.F. FELT-BESMA EN R.W. TEN KATE</p> <p>1814 De praktijk van het gebruik van de balloncatheter volgens Swan-Ganz bij algemeen chirurgische patiënten J. ROOS</p> <p>1819 Extramembraneuze zwangerschap P.H. VAN DROOGE EN A. OKKEN</p> <p>1822 Plasmapvervangning in de klinische praktijk A. VAN DE WIEL, J.H. ZWAVELING, J.H. ROMMES EN J.W. IMHOFF</p> <p>CAPITA SELECTA 1826 Prothesecologie. I. De armen E.J.K. BOLDINGH</p> <p>1830 Prothesecologie. II. De benen E.J.K. BOLDINGH</p> <p>1834 DISCUSSIE EUTHANASIE</p>	<p>1836 BOEKAANKONDIGINGEN</p> <p>REFERATEN 1837 Directe werking van danszol op het ovariüm</p> <p>MEDEDELINGEN VAN DE GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID 1837 Pneumokokken-immunisatie</p> <p>MEDEDELINGEN EN BEKENDMAKINGEN 1839 Fullbright-studiebeurzen voor de Verenigde Staten - Wertheim Salomonson-medaille</p> <p>INGEZONDEN 1839 Darmparasieten bij Vietnamese bootvluchtelingen in Nederland</p> <p>BERICHTEN 1839 Buitenland - Binnenland - Doorlopende agenda - Personalia</p> <p>VERENIGINGSVERSLAGEN 1841 Nederlandse Vereniging voor Klinische Farmacologie en Biofarmacie</p> <p>1847 Medisch-biologische sectie van de Vereniging voor Statistiek en Nederlandse Vereniging voor Klinische Farmacologie en Biofarmacie</p> <p>1848 VERBETERINGEN</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

REDACTIE
 Hoofredactie: prof. dr. L. B. W. JONGKES, prof. dr. CHR. L. RÖMKE; secretarissen: W. ARTZ en J. VAN DER HEIDE.
 Secretaresse van de hoofdredactie: H. OVERWATER.
 Redacteuren: prof. dr. E. VAN DER DIJK, prof. dr. J. K. VAN DER KOOIJ, prof. dr. P. H. SCHMIDT, dr. J. H. M. VAN TONGEREN, prof. dr. P. E. TRAPPERS, dr. TH. M. FELTRAMP-VROOM, dr. J. G. KARSSEBERG, dr. J. W. MERKELBACH, prof. dr. J. A. OOSTERHUIS, prof. dr. G. B. A. STOEELINGA, prof. dr. H. DOORNENOS, prof. dr. W. A. M. VAN DER KWAST, prof. dr. J. VAN LIMBORGH, prof. dr. J. VAN DER MEER, prof. dr. A. E. VAN VOORTHUIZEN.
 Produktie: TH. M. D. KLÖCK.
 UITGEVER: Bohn, Scheltema & Holkema.
 TELEFOON: Uitgever (030) 511274. Redactie (020) 720150 724640.

Figuur 4.8
 Uitreiking van het eerste nummer van het in 1957 vernieuwde Tijdschrift tijdens de viering van het 100-jarig bestaan van het Tijdschrift in de aula van de Universiteit van Amsterdam.



Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

WEEKBLAD, OPLAGE 32.000 - 138E JAARGANG NR. 50 10 DECEMBER 1994

Klinische lessen		Capita selecta	
2473	Geeringe dyspnoë d'effort soms een ernstig symptoom M.H.A. BILHUIZEN-STEHOUWER, F.M.L.H.G. PALMEN, P. ZIJNEN en C. VAN DER HEUL	2479	Glooms caroticum-tumoren B.H.F. ELSMAN, W.F.T.H.M. MALI EN TH.J.M.V. VAN YROONHOVEN
Commentaren		2483	
2477	Therapeutische inhalatie van stikstofmonoxyde bij patiënten met pulmonale hypertensie G.J. SCHEFFER EN J.J. DE LANGE	De waarde van serologische bepalingen in de differentiële diagnostiek van colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn, en immunogenetische aspecten M. OUDERKERK POOL, G. BOUMA, J.J. KOLEMAN, S.G.M. MEUWISSEN, B.M.E. VON BLUMBERG EN A.S. PERA	
Oorspronkelijke stukken		Casuïstische mededelingen	
2488	Kenmerken van patiënten met een recidief van primair melanoom ten minste 10 jaar na chirurgische behandeling J.M. KLAASEN EN B.B.B. KROON	2500	Pulmonale hypertensie na fenfluraminegebruik wegens overgewicht B.J.P. MAASEN, R.J. SNIJDER EN B.H. CH. STRICKER
2491	Schildwachtklonderzoek om melanoompatiënten te selecteren voor regionale lymflierdissectie S. MEIJER, H.J. PIPERS, H. VAN DER VEEN, M.A. PAUL, A.H. VAN HATTUM EN O.S. HOEKSTRA	2502	Stikstofmonoxyde ter bestrijding van pulmonale hypertensie bij een zuigeling na cardiochirurgie wegens septumdefect B.J. GEERKS-VAN DER VEER, M.G. HAZEKAMP, A.J. DE BEAUFORT, B. STOLK EN W.A. HELBING
2496	Risico van tuberculose bij inadequate opvang van aspirant-asielzoekers J.H. VAN LOENHOUT-ROOYACKERS	Correctie	
		2506	Mangaanintoxicatie door het gebruik van Chien Pu Wan-tabletten
Geneeskunde en recht		2516	Ingezonden
2507	Minderjarige en wilsontbrekame meerderjarige patiënten in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst J.E.M. GUYERS	- Mangaanintoxicatie door het gebruik van Chien Pu Wan-tabletten - Tuchtrechtelijke beslissingen en de anesthesiologische praktijkvoering - Euthanasie; verwarring rond de meldingsprocedure - Geen positief effect van preoperatieve oefentherapie en instructie bij patiënten die hepato- en splenectomie zullen ondergaan - Wet op het Bevolkingsonderzoek	
2510	Medische behandeling van wilsontbrekame patiënten in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst J.J.M. VAN DELDEN	2521	Mededelingen en bekendmakingen
2513	Vraag en antwoord - Is kraakbeenapparaat geschikt voor sterilisatie van medisch instrumentarium?	- Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie; aanmelding voor de tweejarige beroepsopleiding tot verpleeghuisarts 1995-1997	
2515	Referaten - Cholesterolconcentratie en depressie bij ouderen - Behandeling van trombose met heparine van laag moleculair gewicht - De vegetatieve toestand na hersenletsel door trauma of hypoxie - De behandeling van volwassenen met een auto-immuunrombocytopenie - Menstruatiestoornissen na sterilisatie - Acetylsalicylzuur in de dokterskas? - Lange-termijninfectie van inhalatiesteroiden op groei en longfunctie bij kinderen met astma	2521	Boekaankondigingen
		2524	Berichten Buitenlands nieuws - Binnenland Doorlopende agenda - Personalia
		2528	Verbeteringen

Figuur 4.9
Het omslag van het Tijdschrift
tussen 1985 en 2004.

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

NTvG

KLINISCHE LESSEN		CAPITA SELECTA	
2825	Het hyperextensietrauma van de vinger I.E. Waardenburg, J.E. Sluimers en J.-P.A. Nioloi	2844	De ziekte van Alzheimer en behandeling van vasculaire risicofactoren F.E. de Leeuw, A.G.W. van Norden, W.M. van der Flier, M.G.M. Oldé Rikkert en Ph. Scheltens
COMMENTAREN		VOOR DE PRAKTIJK	
2831	De standaard 'CVA' van het Nederlands Huisarts Genootschap; reactie vanuit de huisartsgeneeskunde G.E.H.M. Rutten	2850	Samenvatting van de standaard 'CVA' van het Nederlands Huisarts Genootschap T.J. Wiersma, H.J.G.M. Plambeckers, G.H.M.J. Besmans, J. Schaling en A.N. Goudswaard
2834	De standaard 'CVA' van het Nederlands Huisarts Genootschap; reactie vanuit de neurologie J. Stam	2857	Het advies 'Neonatale screening' van de Gezondheidsraad P.A. Bolhuis en G.C.M.L. Page-Christiaens
2837	Dotteren met stentplaatsing versus een bypassoperatie bij symptomatisch meervatslijden; lessen uit een observationeel onderzoek R.L. van der Hoven, M.J. Schaly en E.E. van der Wall	MEDISCHE VIGNETTEN	
2841	Neonatale screening; dynamiek en ethiek G.M.W.R. de Wert	2861	Diagnose in beeld (254). Een vrouw met witte irisvlekken E.M. Wiegman en A.C.M. van den Bergh
OORSPRONKELIJKE STUKKEN		CASUÏSTISCHE MEDEDELINGEN	
2854	Cognitieve stoornissen optredend vóór de leeftijd van 65 jaar bij patiënten van het Alzheimercentrum van het VU Medisch Centrum: diagnosen en klinische kenmerken Y.A.L. Pijnenburg, A. Zeman-Rébel, W.M. van der Flier, R.M. Romkes, F. Gillissen, C. Jonker en Ph. Scheltens	2866	Verspringende longinfiltraten door een corpus alienum G.J.M. Kester, W.G. Boersma en C.S. de Graaff
MEDISCHE OPLEIDING		2874	Ernstige diarree met invasieve intestinale spirochetose N.G. Koopmans, W.S. Kave, W. Graze en F.S. Stals
2877	Infectiepreventie en arbeidsongeschiktheidsverzekering voor studenten geneeskunde C.B.T. Kiersmijer, C.R.L. Boot, C.A.M. Kiersmijer, P. Vonk en E.J. Meijman	REFERATEN	
2882	BERICHTEN Buitenlands nieuws Binnenlands nieuws Personalia	2888	INGEZONDEN - Een patiënt met scleroserende auto-immune pancreatocolangitis als oorzaak van recidiverende cholangitis na pylorusparende pancreatoduodenectomie - Blauwe plekken, uivallende tanden en vermoedelijkheid bij een patiënte met schizofrenie
2885	NEDERLANDS ONDERZOEK IN BUITENLANDSE TIJDSCHRIFTEN	2890	BOEKAANKONDIGINGEN
		2892	VERBETERINGEN

Figuur 4.10
Het omslag van het Tijdschrift
vanaf 2005.

WEEKBLAD, OPLAGE 30.000 - 17 DECEMBER 2005 - 149E JAARGANG NR. 51

rijtuig, samen met de stethoscoop en de zwarte trousse waarin de instrumenten waren geborgen in paars fluweel,' schreef hoofdredacteur Prakken [1957:1]. Echter, de omvang van het blad groeide en daardoor werd het te dik, konden grote tabellen en grafieken niet goed worden afgedrukt en ging relatief veel papier verloren aan de bladmarges.

In overleg met H.E. Stenfert Kroese van uitgeverij Bohn werd het formaat vergroot tot het huidige, naar het voorbeeld van de internationale tijdschriften waaraan het Tijdschrift zich spiegelde [figuur 4.6 en 4.7]. Daarmee keerde men in feite terug naar het formaat van de eerste 8 jaargangen. Tegelijkertijd werd gekozen voor een indeling in twee kolommen, een nieuw lettertype (Times) en glad papier. Hierop waren röntgenfoto's scherper af te drukken. Men stapte af van losse bladen voor illustraties; deze werden voortaan in de tekst geplaatst. De inhoudsopgave werd verplaatst van de eerste binnenpagina naar wat Prakken de meest logische plaats noemde: de voorzijde van de omslag. Die omslag bevatte tot dan toe altijd een advertentie van de farmaceutische industrie met daarboven in een kader de naam, het adres en enkele andere gegevens van het Tijdschrift. Op de nieuwe omslag verdwenen de advertentie en het kader. Toen hij dit vernam, riep Prakken volgens Stenfert Kroese uit: 'Het is voor mij alsof je de sterren van de Mercedes af haalt!' Volgens de BMJ, die aandacht besteedde aan het honderdjarig bestaan van het Tijdschrift en haar nieuwe uiterlijk, was 'our contemporary in the Netherlands one of the most attractive-looking medical periodicals now being published.'⁶ De vernieuwing leidde evenwel tot enkele opzeggingen van abonnees, die het onder meer bezwaarlijk vonden dat het blad niet meer in de jaszak paste [1970:2161-4]; [figuur 4.8].

Deze vormgeving werd meer dan 25 jaar gehandhaafd, maar begin jaren tachtig kon vernieuwing niet uitblijven. De voornaamste reden was opnieuw ruimtegebrek: de maximale jaarlijkse paginaomvang van 2500 was bereikt, terwijl er steeds meer artikelen werden aangeboden. Hoewel de gemiddelde lengte van de artikelen in 10 jaar sterk was teruggebracht, moesten ze nog korter, vond de hoofdredactie. Ook zocht zij typografische besparingsmogelijkheden. Grafisch ontwerper Harry Sierman werd in de arm genomen voor een gedaanteverandering. Hij liep een tijdje rond op het redactiekantoor om gevoel voor het blad te krijgen en de juiste vorm te vinden voor elke rubriek. Sierman raadde aan de omslag met de inhoudsopgave te handhaven: herkenbaar en eenvoudig. Wel werd de onoverzichtelijk geworden opmaak gewijzigd en werden de artikelen ingedeeld in drie secties: redactionele, opiniërende of samenvattende artikelen tezamen, oorspronkelijke stukken en 'overige rubrieken'. De opmaak en de typografie werden in 1985 aangepast. Het glanzende papier werd ingeruild voor mat. Door de typo-

grafische veranderingen kon de inhoud van het blad met 30% toenemen [1985:1-2 en 2014].

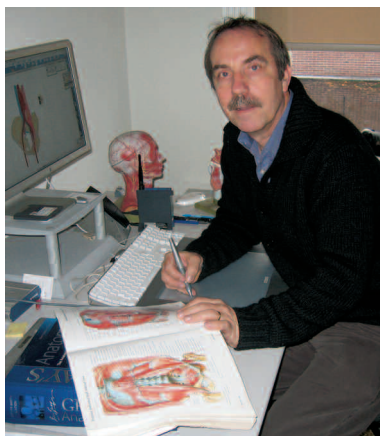
Al langer werden samenvattingen en Engelstalige abstracts bij oorspronkelijke stukken geplaatst, maar vanaf 1991 werden die volgens internationaal opgestelde criteria gestructureerd [1990:2337-8]. Vanaf 1997 kregen alle artikelen een abstract en de meeste ook een samenvatting in het Nederlands. Voorin werd wekelijks een ‘amuse’ opgenomen, een korte beschrijving van de inhoud van het nummer. Verder wilde de hoofdredactie niet gaan: een kleuriger typografie ‘voegt onzes inziens weinig toe aan kwaliteit en kost veel; bovendien hoeft een hoogbejaarde wekelijkse gast geen modekleur aan te trekken om herkend te worden’ [1994:1].

Na het aantreden van Van Gijn als nieuwe voorzitter van de hoofdredactie, in 1996, werd de binnenkant langzamerhand toch kleuriger. Van Gijn wilde vooral het didactische element van het Tijdschrift benadrukken. Hij schiep daartoe allereerst meer ruimte voor illustraties. Ter vergroting van de toegankelijkheid van de tekst werd af en toe ook een tabel op een licht kleurfontje geplaatst, de zogenaamde leertabel. De lezers kwamen niet in opstand; integendeel, nieuw onderzoek wees uit dat ze het op prijs stelden. Ontwerpers Wim en Justus Bottenheft kregen de opdracht een nieuwe opmaak en vormgeving te bedenken. Deze werd met ingang van de jaargang 2005 doorgevoerd. Voorheen moesten zwart-wit- en kleurenvellen apart worden gedrukt en was het een heel geschipper met artikelen om de illustraties precies op de kleurenvellen te krijgen. Door de verbeterde druktechnieken was full colour drukken inmiddels niet meer zo kostbaar en werd besloten hiertoe over te gaan [figuur 4.9 en 4.10].

Er wordt sindsdien met steunkleuren onderscheid aangebracht tussen de drie secties in het Tijdschrift. Op de omslag is zichtbaar dat de eerste sectie groene paginanummers heeft, de tweede rode en de derde blauwe. In het binnenwerk keren deze kleuren terug in de paginanummers, de titels, de grafieken, de tabellen en de begeleidende tekeningen. In de oude lay-out vulde men de pagina’s volledig, nu wordt meer wit toegestaan. In de eerste twee secties begint elk artikel op een nieuwe bladzijde en wordt de tekst in twee kolommen afgedrukt. Soms wordt op overgebleven ruimte een fragment opgenomen uit het Tijdschrift van honderd jaar geleden of een stukje over penningen of schilderijen. De artikelen in de derde sectie staan ook nog in 2 kolommen, maar de overige rubrieken in dit gedeelte krijgen 3 kolommen. Er is gekozen voor een iets wittere en zwaardere papiersoort en het lettertype is veranderd van Times in Quadraat, van de Nederlandse ontwerper Fred Smeijers. Overigens niet uit chauvinisme, aldus de hoofdredactie, maar uit overwegingen van leesbaarheid [2005:1-5].

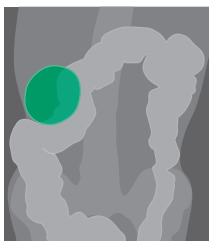
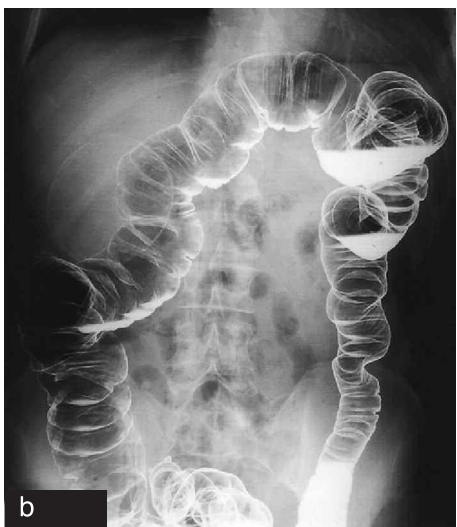
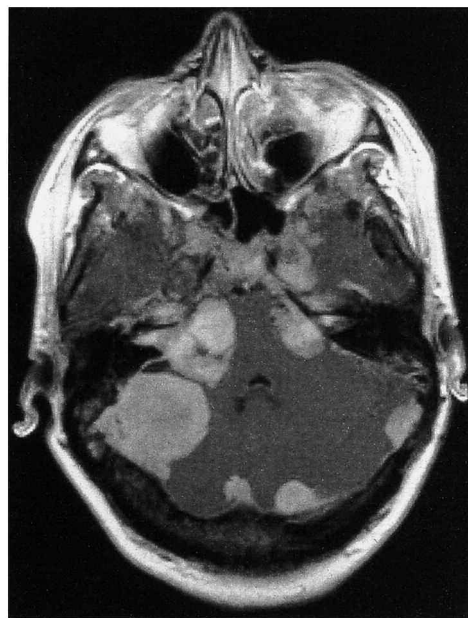


Figuur 4.12
Het zetten van illustraties in het Tijdschrift was vóór het computertijdperk tijdrovend en kostbaar handwerk.



Figuur 4.11
R.P.Slagter,
medisch illustrator.

Figuur 4.13
MRI-opnamen na toediening van gadoliniumcontraststof van de achterste schedelgroeve van een patiënt met multipole tumoren, zowel uitgaande van de dura (A), het tentorium (B), als gelokaliseerd in de brughoeken (C).
[1997:640].



Figuur 4.14
Coloninloophoto met verkalkte ronde structuur rechts in de bovenbuik: porseleinen galblaas.
[2004:1198].



Beeld

In het Tijdschrift werden behalve grafieken en tabellen sinds lang foto's opgenomen van een jubilerende, gepensioneerde of overleden arts en soms van patiënten. Ook werden soms door de auteurs zelf aangeleverde radiologische afbeeldingen of illustraties geplaatst. Tussen 1957 en 1985, de twee jaren waarin de vormgeving werd gewijzigd, zijn de jaargangen sober en overwegend zwart-wit. Een enkele keer werd een kleurenfoto opgenomen, maar die moest als losse bladzijde worden tussengevoegd (1960: 'tegenover p. 1413' of 1966: 'tegenover p. 1559'). Na 1985 werden tussen de tekst iets vaker kleurenfoto's afgedrukt. Dit gebeurde als kleur een functionele meerwaarde bood boven zwart-wit, bijvoorbeeld bij dermatologische afbeeldingen.

Patiënten werden soms nog geheel herkenbaar afgebeeld. De maatschappelijke veranderingen dwongen echter niet alleen tot een andere bejegening van patiënten in tekst, maar ook in beeld. In 1984 had het tuchtcollege in een zaak over patiënteninformatie in algemeen toegankelijke publicaties geoordeeld dat de identiteit van patiënten in tekst en beeld verhuuld diende te worden, tenzij de patiënt toestemming tot openbaarmaking had verleend. Hiervan werden alle gezondheidstijdschriften op de hoogte gebracht [1984:230-1]. Vanaf 1986 zijn patiënten onherkenbaar in het Tijdschrift, tenzij de didactische of informatieve noodzaak anonimiseren onmogelijk maakt. Dan is echter uitdrukkelijke toestemming van de belanghebbenden gevraagd.

Zoals gezegd, werd vanaf 1996 meer ruimte geschapen voor illustraties bij artikelen. Hiervoor werd medisch-biologisch illustrator R.P.Slagter aangetrokken, destijds een van de weinigen in Nederland die zich hierop toelieden [figuur 4.11].* Dat de illustraties in het Tijdschrift vanaf dat moment een grote vlucht hebben genomen, schrijft Slagter toe aan een samenloop van omstandigheden. Illustreren was lange tijd tijdrovend en kostbaar handwerk. Kleine correcties betekenden vaak dat alles opnieuw moest worden gezet, geknipt en geplakt. Met de groei van de technische en elektronische mogelijkheden van de computer werd illustreren eind jaren negentig eenvoudiger en betaalbaarder. Er kunnen gemakkelijk correcties worden aangebracht, onderdelen van illustraties zijn te hergebruiken en er kan meer kleur in worden verwerkt [figuur 4.12].

Het beeld moet in het Tijdschrift de inhoud van de tekst dienen. Medisch-biologische foto's en illustraties zijn bovendien van wetenschappelijke aard. Om deze twee redenen vallen ze onder de verantwoordelijkheid van de wetenschappelijk eindredacteurs. De huisstijl van de illustraties is

* In Nederland was er weinig empoel voor medisch illustratoren en bestond er tot voor kort geen opleiding voor. Slagter heeft zijn opleiding in Nieuw-Zeeland gevolgd. Sinds enkele jaren fungeert mw.M.Kunen als tweede illustrator.

langzamerhand in samenspel tussen hen en de illustrator tot stand gekomen. De wetenschappelijk eindredacteuren geven opdracht voor de illustraties en controleren deze vervolgens net als de artikelen op medisch-wetenschappelijke correctheid. Soms gaat het om verklarende tekeningen bij originele radiologische, pathologische of andere afbeeldingen die auteurs bij hun artikel willen plaatsen. Uit didactisch oogpunt worden in de originele afbeeldingen geen pijlen en teksten geplaatst. De lezer moet zelf, aan de hand van de verklarende tekening, proberen om het originele beeld te ontcijferen en ontdekken waar een bepaalde soort cel, afwijking of aantasting is te zien. De tekening is slechts een hulpmiddel en daarom ook kleiner dan het origineel. Dat was overigens een groeiend inzicht; mettertijd werden de tekeningen schematischer en kleiner [zie voor voorbeelden hoofdstuk 2].

Verklarende tekeningen zijn technisch gezien niet moeilijk om te maken, maar ze zijn wel gevoelig voor fouten. In het begin stond er wel eens verkeerde omgevingsinformatie bij en dat leidde tot kritiek van radiologen. Een redactionele kanttekening legde in 1999 uit dat auteurs verantwoordelijk blijven voor de afbeeldingen én de begeleidende tekeningen. Zij dienen dus goed hun radiologen te raadplegen [1999:500-1].

Daarnaast worden bij sommige artikelen speciale illustraties gemaakt op verzoek van de hoofdredactie of de wetenschappelijk eindredacteuren. Dat kunnen anatomische tekeningen of moleculaire of parasitologische schema's zijn, of bijvoorbeeld een verduidelijking van beeldvormend onderzoek [figuur 4.13 en 4.14]. Zulke illustraties vergen denkwerk en raadpleging van boeken, medisch-biologische tijdschriften en het internet om precies te begrijpen wat verduidelijkt moet worden. Een didactisch goede illustratie doet de werkelijkheid meestal geweld aan om de boodschap over te brengen. Daarom kloppen de verhoudingen vaak niet, worden er elementen weggelaten en zijn onderdelen van ondergeschikt belang minder opvallend getekend. Om de herkenbaarheid voor de lezer te vergroten krijgen vaak terugkerende elementen zoals de celmembraan of antilichamen in elke illustratie dezelfde vorm. Regelmatige lezers kunnen tekeningen zo leren 'lezen' en herkennen wat er is afgebeeld.

RECLAME EN ADVERTENTIES

Het blijft niet bij wetenschappelijk beeld alleen. Het Tijdschrift neemt ook sinds jaar en dag advertenties en reclame op. Deze kunnen echter op gespannen voet staan met de betrouwbaarheid van de inhoud van het Tijdschrift. De redactie en de lezers zagen dat al vroeg in. De advertenties verschenen vanwege de weerstand onder de lezers dan ook op uitscheurbare bladen. In het gedenkboek bij het honderdjarig bestaan van het Tijdschrift

schreef Van Valkenburg: ‘Het was tot ver in de negentiende eeuw een bij velen levend beginsel, dat een wetenschappelijk orgaan als het onze, het opnemen van advertenties onwaardig was. Nadat dit principe was verlaten, is het “advertentieblad” een steun voor de uitgave geworden, zelfs in die mate, dat de daaruit getrokken inkomsten de kurk werden genoemd, waarop het Tijdschrift dreef.’⁷ In 1956 nog werd er verlies geleden op de abonnementen, terwijl er een kleine 68.000 gulden was verdiend aan advertenties. Een jaar later bleek ‘een verheugende stijging der inkomsten’ door de groei van het aantal abonnementen.⁸

Het onbehagen der medici

Hoofdredacteur Prakken uitte in 1957 al zorgen over de geneesmiddelenindustrie, zoals wij op bl. 184 e.v. beschreven. Hij had ook bezwaren tegen de reclame die zij maakte. Hij meende toen echter nog dat artsen een corrigerende rol konden spelen: wanneer de arts zich ‘van zijn verantwoordelijkheid en waardigheid bewust toont door het eisen van wetenschappelijke argumenten en het afwijzen van aanprijzingsmethoden die niet passen jegens een kritisch geschoolde arts, zal de farmaceutische industrie spoedig inzien dat zij met bij sigaretten en wasmiddelen deugdelijk gebleken methoden op de verkeerde weg is geraakt’ [1957:2373-5]. Prakken erkende wel: ‘Het maakt de indruk van inconsequentie, wanneer in de met alle mogelijke kritiek bewaakte wetenschappelijke kolommen een geneesmiddel met klem van argumenten wordt afgeraden, en het desondanks in het advertentiegedeelte warm wordt aangeprezen.’ Binnen de Vereniging werd anders over reclame gedacht. In 1956 had een commissie al ‘krachtig geadviseerd’ tot censuur op geneesmiddelenadvertenties, maar dat bleek praktisch en wettelijk onuitvoerbaar. Prakken kondigde aan dat deskundigen de advertenties kritisch zouden gaan beoordelen, maar het rapport dat een commissie hierover in 1957 presenteerde, werd niet overgenomen door redactie en bestuur.⁹

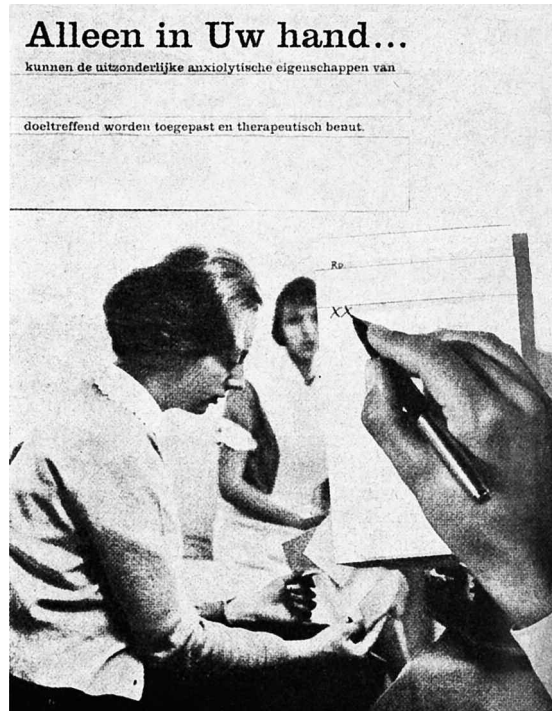
De hoofdredactie rekende het allereerst tot haar taak artsen bij te schoolen op geneesmiddelengebied, maar vanaf 1961 veranderde haar toon. Prakken begon stelling te nemen tegen wat hij beschreef als ‘de infiltratie van de grote industrie in het medische publikatie-systeem’. Hij vond dat de gratis verspreide periodieken die praktiserende artsen onder ogen kregen grotendeels reclameorganen van de geneesmiddelenindustrie waren geworden. De ‘propaganda van de industrie’ maakte het artsen vrijwel onmogelijk zich goed te informeren over geneesmiddelen [1961:1569-71]. Toch bleef ook het Tijdschrift advertenties opnemen en Prakken stelde dat de hoofdredactie zich niet met de inhoud daarvan bemoeide. In weerwil van wat hij eerder beweerde, kon volgens hem de medisch geschoolde lezer zelf wel oordelen over de waarde van het geadverteerde.

In 1963 verscheen een analyse van de medische reclame in het Tijdschrift. Ongeveer eenderde van de bladzijden van de jaargangen 1958 en 1959 bleek ingenomen door reclame voor ruim 350 merknamen van geneesmiddelen. In 1959 betrof de reclame bovendien voor een derde merknamen die in 1958 nog niet voorkwamen. Ook had de auteur het voorlichtings- en reclamemateriaal geanalyseerd dat een arts in 1961 had ontvangen in zijn postbus – ruim 27 kg. Voor ruim twee derde van de merknamen werd louter reclame gemaakt, bij het overige deel werd ook voorlichting gegeven. Bij slechts 18% was sprake van verantwoorde informatie over de samenstelling van het middel, de indicatie(s), de toxiciteit en de wetenschappelijke literatuur erover [1963:2195-9]. Praktijk zat er dus niet ver naast met zijn kritiek op deze propaganda.

Pas tien jaar later was er weer aandacht voor reclame, in een oorspronkelijk stuk getiteld *Het weerstaan van geneesmiddelenreclame* [1973:141-5]. Het beschreef enkele gevaren van reclame voor de medicus practicus, bijvoorbeeld dat de arts verleid zou kunnen worden een sterker werkend geneesmiddel te verkiezen met echter ook meer bijwerkingen of een middel voor te schrijven waaraan patiënten helemaal geen behoefte hebben ('Penicilline G met een zuurbestendig laagje' of combinatiepreparaten). Er waren al eerder inperkende maatregelen voor farmaceutische reclame voorgesteld. Om artsen minder vatbaar te maken voor psychologische verleiding en om hun kritische vermogen op te schroeven, bepleitte de auteur onderwijs en nascholing, voorlichting en regelmatig overleg met apothekers. Relatiegeschenken en reisaanbiedingen, zo adviseerde hij met klem, moesten te allen tijde worden afgeslagen.

Op nascholing had de hoofdredactie zich al eerder toegelegd en zij stelde zich ook sinds lang teweer tegen de mogelijke invloed van de farmaceutische industrie op haar kolommen.* Maar op zeker moment werd haar standvastigheid beproefd. De rubriek 'Vraag en antwoord' behandelde in 1975 de vraag of het zin had bij dreigende abortus 'een behandeling in te stellen met preparaten als Gravibinan, Gestanon of Proluton-depot?' De beantwoorder stelde: 'Voor het zinvol zijn van deze middelen bij de genoemde toestanden is geen enkel bewijs geleverd' [1975:1904-5]. Dat schoot de fabrikant van de middelen, Schering, zodanig in het verkeerde keelgat dat hij dreigde met het terugtrekken van advertenties uit het Tijdschrift. De hoofdredactie heeft Schering geantwoord dat hij dat maar moest doen. Zo ver kwam het niet. De bron van dit verhaal is G.J.Kloosterman, hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie, en beantwoorder van de vraag.

* Al in 1933 had het NTvG een leidraad aanvaard 'inzake de houding door de redacties der geneeskundige tijdschriften aan te nemen tegenover heeren adverteerders en hun advertenties'. Deze was opgesteld in een vergadering van de Nederlandsche Vereeniging der Geneeskundige Pers [1933:756-62].



Figuur 4.15
Medische reclame in de jaren zestig:
‘psychologische beïnvloeding’
door middel van beeld en slogan.
[1967:206]

Bestond reclame aanvankelijk vooral uit tekst, mettertijd werd het beeld medebepalend. Een artikel uit 1967 ging in op de ‘diepte-psychologische beïnvloeding’ door medische reclame, waarin een beeld en een slogan een appel deden op onbewuste gevoelens en motieven van artsen [1967:205-10]; [figuur 4.15]. ‘Alleen in uw hand ... kunnen de uitzonderlijke anxiolytische eigenschappen van X doeltreffend worden toegepast en therapeutisch benut’. Of: ‘Hartpatiënten houden van u als u voorschrijft ...’ [1967:208]. Dit was niet een en al subtiele beïnvloeding. De gebruikte beelden stoorden de lezers van het Tijdschrift soms ook vanwege hun potsierlijkheid of domheid. Achterop een nummer in oktober 1974 verscheen een advertentie van de firma Stöpler, fabrikant van medische instrumenten en apparaten. Bij de foto van een verpleegster stond de tekst: *Levert Stöpler tegenwoordig ook al verpleegsters?* ‘Ik hoop van niet!’ schreef mw.prof.dr.A.Ch.Ruys, die jarenlang de epidemiologische mededelingen in het Tijdschrift had verzorgd, in een ingezonden brief. ‘Want op de foto staat een verpleegster over een zieke gebogen, terwijl slierten haar tot aan haar kin over haar gezicht hangen. (...) Het is bekend – zie onderstaande literatuurlijst – dat neus, huid en (of) haar van werkers in een ziekenhuis een bron kunnen zijn voor infecties met stafylokokken bij patiënten (soms met dodelijke afloop)’ [1974:1768].

In de loop der jaren schreven lezers overigens geregeld brieven wanneer hen misleidende teksten of ongepaste reclame onder ogen kwamen. Soms gebeurde dat met een doortimmerde analyse die korte metten maakte met

de zogenaamd wetenschappelijke informatie over een zogenaamd nieuwe pijnstillert. Zoals over Idalon, van ‘de mannen die Glifanan maken’ [1979: 2111-2]. Ook volgde wel eens een ironische brief. In 1993 ontwaarde een briefschrijver op een reclamefoto een bijzondere bijwerking van Zantac (ranitidine, een maagzuurremmer). De krabartefacten op de rug moesten toegenomen libido suggereren. Maar een eigen n = 1-onderzoek (‘niet ter beoordeling voorgelegd aan de commissie Medische Ethiek van ons ziekenhuis’) bevestigde de resultaten niet. ‘Mogelijk kan de redactie ervoor zorgen dat geneesmiddelen in het Tijdschrift uitsluitend worden aangeprezen met in adequaat klinisch onderzoek aangetoonde feiten, omdat anders gemakkelijk teleurstellende ervaringen kunnen optreden’ [1993:2659].

De brief vormde aanleiding voor de hoofdredactie om het advertentiebeleid toe te lichten. Farmaceutische reclame moest aan wettelijke voorschriften voldoen en daarnaast aan de regels van vier verschillende instanties uit de bedrijfstak en de overheid die (farmaceutische) reclame beoordeelden. Het Tijdschrift en de uitgever hadden aanvullende voorwaarden opgesteld. ‘De hoofdredactie ziet toe dat aan de verschillende voorwaarden is voldaan, maar acht het niet noodzakelijk een inhoudelijk oordeel te vellen, tenzij overduidelijk de zedelijke normen worden geschonden’ [1993:2659]. Welke zedelijke normen ze op het oog had, bleef onvermeld.

Verenigingsleden stelden hun ergernis over de reclame in het Tijdschrift eveneens geregeld in de jaarlijkse Algemene Vergadering aan de orde. Dat had er in 1980 toe geleid dat tegen de zin van de uitgever per contract werd vastgelegd dat de hoofdredactie het aantal advertentiepagina’s kon beperken.¹⁰ Ook de inhoud lag geregeld onder vuur. In 1993 bekritiseerde de Algemene Vergadering het opnemen van advertenties voor homeopathische middelen en acupunctuurcursussen. De hoofdredactie vond echter dat de lezer zelf moet uitmaken wat werkt en wat niet. ‘Overigens moet bedacht worden dat het 137-jarig bestaan van dit tijdschrift in belangrijke mate te danken is aan het tientallen jaren lang publiceren van advertenties voor volstrekt onwerkzame middelen.’¹¹ Het advertentiebeleid is inmiddels weer strikter. Advertenties voor homeopathie en te expliciete aanprijzingen van Viagra worden geweerd.

Een reclamebeeld bestond overigens niet altijd uit foto’s, maar soms uit wetenschappelijk ogende grafieken. In 2003 berichtte een artikel over buitenlands onderzoek waaruit bleek dat geneesmiddelenreclames vaak op zinloze en dikwijls op misleidende manier grafieken gebruiken. De gegevens werden stelselmatig vervormd, bijvoorbeeld door grafiekassen met onjuiste schalen of splitsingen te gebruiken [2003:1761]. De fabrikant van clopidogrel, een plaatjesaggregatieremmer, werd op de vingers getikt over een rekenfout waardoor het geneesmiddel veel te gunstig afstak tegen een concurrerend middel [1999:2479].

Personeelsadvertenties: ‘Er wordt bij ons veel gelachen’

Het bleef niet bij ergernis over geneesmiddelenreclame. Ook de beelden en de teksten van personeelsadvertenties in het Tijdschrift begonnen lezers en hoofdredactie danig te storen. Twee hoofdredacteurs schreven in een artikel dat de meeste zorginstellingen in Nederland ‘gespeend lijken te zijn van elke vorm van bescheidenheid of zelfkennis’ [2000:2517-8]. Die beschreven zichzelf vrijwel zonder uitzondering als innovatief, patiëntgericht, creatief, nationaal en internationaal in hoog aanzien staand en met een goede sfeer: ‘Er wordt bij ons veel gelachen’. In een reactie op dit artikel legden twee briefschrijvers een verband met de groeiende management-invloed in het medisch bedrijf, waarbij de vorm volgens hen voorrang kreeg op de inhoud: ‘De wervende teksten komen cynisch over als men bedenkt dat een arts tegenwoordig erg blij mag zijn met voldoende secretariële en verpleegkundige ondersteuning en andere noodzakelijke faciliteiten om het beroep gewoon te kunnen uitoefenen’ [2001:243-4]. Deze paradox kwam enkele jaren later nogmaals aan de orde. Niet langer werd in advertenties de kwaliteit van de werkplek benadrukt, maar die van de vrije tijd. De adverteerders hadden het letterlijk over een andere boeg gegooid en er figureerden plotseling heel wat zeilboten in advertenties. *Frisse lucht voor longarts m/v* stond gedrukt over een foto van een man die op het voordek van een boot luierde. Een advertentie voor een chirurg stelde: *Het blijft mensenwerk... Bent u de specialist die alles in de hand heeft?* Erbij stond de doormidden gesneden foto van een man, zijn rechterhelft als dokter met stethoscoop, zijn linkerhelft als zeiler met touw. Het ware realistischer geweest, reageerde een briefschrijver, ‘als de jonge generatie “bloed, zweet en tranen” in het vooruitzicht werden gesteld’ [2004:294]. Om er nog maar van te zwijgen dat de afgebeelde zeiler misschien beter een vrouw had kunnen zijn [figuur 4.16].



Figuur 4.16.
Personeelsadvertentie voor een
chirurg, begin van de 21e eeuw.
[2004:294]

BESLUIT

De opeenvolgende hoofdredacties toonden zich al vóór 1957 bewust van de taak die het Tijdschrift had: informatie overbrengen op een manier die inderdaad ‘informatief’ is. Na 1957 stelde men steeds professionelere eisen aan inhoudelijke kwaliteit, leesbaarheid, begrijpelijkheid en betrouwbaarheid. Vanwege die eisen werd en wordt zorgvuldig omgesprongen met taal, beeld en vormgeving. Dat gebeurde in iets mindere mate met reclame, waarover de hoofdredactie ook zeggenschap heeft, maar waarbij commerciële overwegingen meetellen. Echter, ook daarbij kweet zij zich in het verleden geregeld van haar kritische, voorlichtende of bijscholende taak. Bovendien lieten de lezers zich niet onbetuigd als de hoofdredactie in hun ogen verzaakte.

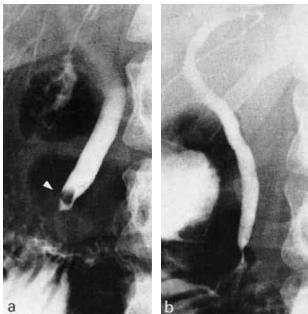
De kenschetsing van het Tijdschrift als een oudere heer in drielijg grijs was niet onverwacht, schreef Van Gijn bij de presentatie van de nieuwe vormgeving in 2005, maar ze was ook niet onwelgevallig: ‘het Tijdschrift streeft immers naar diepgang en volgt niet de waan van de dag’ [2005:1-5]. Toch kan uiterlijke verfraaiing kwaliteit onderstrepen. Het Tijdschrift is anno 2007 misschien nog altijd een oudere heer in degelijk pak, maar de stropdas is afgelegd.

Noten

- 1 Jaarverslag Algemene Vergadering 1964, p. 4.
- 2 Delprat CC. De geschiedenis van de eerste 50 jaren van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1857-1907. Haarlem: De Erven F.Bohn; 1932. p. III.
- 3 Taal Spelling Stijl in Geneeskundige Geschriften, Twintig herdrukken van opstellen. Haarlem: Bohn; 1940. p. 7.
- 4 Verslag Algemene Vergadering 1986, p. 13.
- 5 Notulen Algemene Vergadering der Vereniging 1963, p. 11.
- 6 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde BMJ, 12 januari 1957, p. 95-6.
- 7 Valkenburg CT van. Gedenkboek 1907-1957. Geschiedenis van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde gedurende de tweede halve eeuw van zijn bestaan. Haarlem: Bohn; 1957. p. 382.
- 8 Notulen Algemene Vergadering der Vereniging uit 1957 en 1958.
- 9 Notulen Bestuur en Redactie, 5 oktober 1957.
- 10 Gijsbers P. Een bestendige relatie onder huwelijks voorwaarden: Bohn en het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. In: Gijsbers P, Kempen A van, redacteurs. Deugdlijke arbeid vordert lang bepeinen. Jubileumboek uitgegeven ter gelegenheid van het 250-jarig bestaan van uitgeverij Bohn 1752-2002. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2002. p. 215-26.
- 11 Verslag Algemene Vergadering 1993, p. 19.

1977

- 16 **Traumatische duodenumperforatie bij het veiligheidsriem-syndroom.** Eerste in de Nederlandse literatuur verschenen mededeling over dit door de veiligheidsriem veroorzaakte letsel.
- 621 **Penicillinasevormende gonokokken.** In 1976 verscheen de eerste mededeling over de isolatie van 2 penicillinasevormende gonokokkenstammen in de VS. Rotterdamse onderzoekers beschrijven nu de eerste stam in Nederland. Deze stam bleek via een stewardess die contact had gehad met een Filippijnse steward, in Nederland geïntroduceerd te zijn.
- 1504 **Endoscopische papillotomie voor stenen in de ductus choledochus.** In 1973 was in Erlangen voor het eerst via een duodeno-scoop een steen uit de ductus choledochus verwijderd door incisie van de papil van Vater. G.N.J. Tytgat en medewerkers beschrijven hun ervaringen bij de eerste 10 patiënten. In alle gevallen had de ingreep succes. Als enige complicatie ontstond een niet ernstige pancreatitis. De methode is een goed alternatief voor operatie, vooral bij patiënten met een verhoogd operatierisico.



Patiënte E: (a) voor en (b) na papillotomie. De pijl wijst naar de choledochussteen.

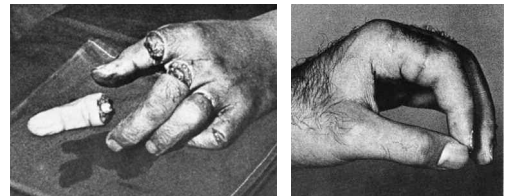
- 2038 **Het effect van de antiresus D-immunoprofylaxe.** In Nederland werd in 1969 begonnen met de verstrekking van antiresus D-immuuglobuline aan resusD-negatieve vrouwen na de geboorte van het eerste kind en later ook na de volgende kinderen. In de periode 1969-1976 daalde het percentage immunisaties bij deze groep zwangeren van 3,53 tot 0,80. Het succes van deze maatregel is mede te danken aan geïmmuniseerde vrijwilligers die door middel van plasmaferese maandelijks 500 ml plasma afstaan.

1978

- 69 **PUVA-behandeling bij psoriasis.** In 1974 verscheen uit Boston de eerste mededeling over deze nieuwe behandelingsmethode, bestaande uit psoralen (P) per os, gevolgd door bestraling met ultraviolet licht (UVA). In de Leidse dermatologische kliniek werden sinds 1975 87 patiënten met PUVA behandeld. De initiële behandeling gaf bij

76 patiënten een verbetering van 80-100%. Voor de onderhoudsbehandeling was bij 80% van de patiënten één bestraling per 1-3 weken nodig. Ernstige nevenwerkingen werden niet gezien. Een beperkende factor zouden de kosten van de PUVA-therapie kunnen zijn: circa f 45 (20,42 euro) per belichting.

- 422, 429 **Microvasculaire chirurgie.** In de jaren zestig is veel dierexperimenteel onderzoek gedaan om anastomosen van vaten met een diameter van 1 mm of minder mogelijk te maken. Verder lukte het om bij de behandeling van zenuwletsels gedetailleerde fascikelreconstructies te doen. Op deze wijze werden onder andere vrije transplantaties van huid en darmgedeelten en replantaties van geamputeerde vingers mogelijk. De microchirurgie luidt een nieuw tijdperk in de reconstructieve heelkunde in, maar vraagt behalve een investering van f 40.000 (ruim 18.150 euro) in microscoop en instrumentarium intensieve training van twee of meer enthousiaste chirurgen per centrum.



Guillotine-amputatie van de wijsvinger en partiële amputatie van de 3 vingers.

Status na replantatie van de wijsvinger (3 maanden na operatie).

- 499 **Campylobacter en enteritis.** In de veterinaire geneeskunde was deze bacterie al lang bekend als pathogeen, maar pas in 1973 werd in België het verband gelegd tussen *Campylobacter fetus* subspecies jejuni en enterocolitis. In het Streeklaboratorium in Enschede werd de bacterie geïsoleerd uit de ontlasting van 63 (11%) van 584 patiënten met diarree. Opvallende kenmerken waren buikkrampen, bloed bij de ontlasting en voorafgaand koorts en algemeen ziektegevoel. Contact met pluimvee speelt een rol bij de besmetting, maar ook verspreiding van mens op mens is mogelijk.



Campylobacter fetus subspecies jejuni. De gewonden vorm is duidelijk te onderkennen; de zweepdraad is vaag zichtbaar.

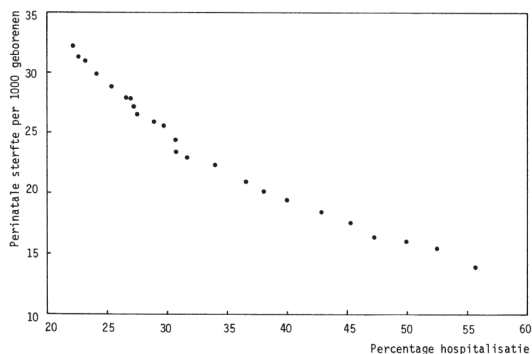
885 **Poliomyelitis op de Veluwe.** De diagnose werd bij 19 patiënten gesteld, van wie 14 verlamningsverschijnselen hadden. Geen van hen was ooit tegen polio gevaccineerd en allen behoorden tot dezelfde kerkelijke gemeenschap.

1015 **Cisplatine bij de behandeling van het gemetastaseerde testisteratoom.** Tot voor kort was de prognose van deze aandoening slecht. Utrechtse internisten behandelden 6 patiënten met het nieuwe middel cisplatine, gecombineerd met vinblastine en bleomycine. 5 patiënten kwamen in een complete remissie.

1108 **Luchtbrug voor Nederlandse hartpatiënten naar Genève.** Vanwege tekortschietende faciliteiten in Nederland werden patiënten voor wie een hartoperatie geïndiceerd was, vervoerd naar Houston en Genève. In 13,5 maanden ondergingen 366 Nederlanders in Genève een openhartoperatie. In aansluiting op de ingreep overleden 8 patiënten. Vergeleken met gegevens uit de grote Amerikaanse cardiochirurgische centra waren de vroege operatieve resultaten niet ongunstig.

1171, 1161 **Thuis bevallen of in het ziekenhuis?** Op grond van gegevens van het Centraal Bureau voor de Statistiek laat D.Hoogendoorn zien dat er de laatste 24 jaar een zeer sterke negatieve correlatie heeft bestaan tussen het percentage ziekenhuisbevallingen en de perinatale sterfte. In provincies waar een hoog percentage van de vrouwen in een ziekenhuis bevalt, is de perinatale sterfte in het algemeen laag, en omgekeerd.

G.J.Kloosterman wijst op de nadelen van volledige, dus gedwongen ziekenhuisbevalling zonder behoud van de mogelijkheid tot een goed begeleide thuisbevalling. Hij pleit voor het vasthouden van het uitgangspunt dat zwangerschap en baring in principe normale gebeurtenissen zijn die alleen zorgvuldige controle behoeven en pas medisch ingrijpen wanneer daartoe een indicatie bestaat.



Spreidingsdiagram van de perinatale sterfte per 1000 en het percentage hospitalisatie, 1952-1975.

1558 **Fenylketonurie (PKU) in Nederland.** In 1974 was begonnen met de landelijke screening. Tot en met 1976 werd bij 25 jonge zuigelingen PKU vastgesteld, overeenkomend met een incidentie van 1/16.000.

1979

859 **Taakverzwaren binnen het ziekenhuis.** In de periode 1955-1977 is het aantal opnamen per 1000 inwoners gestegen van 73 naar 108, terwijl de gemiddelde verpleegduur is gedaald van 20 naar 15 dagen. Het aantal opgenomen bejaarden neemt toe, in het klinische operatiepatroon vindt een verschuiving plaats naar zwaardere ingrepen en het stijgende aantal poliklinische bevallingen vraagt meer kortdurende intensieve zorg. Bij dit alles blijft de groei van de verpleegkundige staf achter bij die van de medische.

1077 **Het skateboard, een nieuwe bron van ongevallen.** In 1978 bereikte deze nieuwe rage Nederland. De Rotterdamse auteurs zagen in 6 weken 30 patiëntjes met 33 meer of minder ernstige verwondingen, waaronder 17 botfracturen.

1643 **Reanimatiedienst in een algemeen ziekenhuis.** In het St. Antonius Ziekenhuis te Utrecht werd een reanimatiedienst opgericht. In de afgelopen 3 jaar werden 245 reanimaties verricht. Ongeveer 1 op de 10 patiënten was 3-6 maanden later nog in leven. De schrijver bepleit vooraf goed af te spreken welke patiënten al dan niet gereanimeerd zullen worden.

1859 **Eerste harthulp; eerste ervaringen.** Door D.Durrer en medewerkers werd in 1978 in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam een laagdrempelige diagnostische afdeling ingericht. In de eerste 8 maanden werden 2129 personen gezien, van wie 570 op de hartbewakingseenheid (HBE) werden opgenomen en 887 meteen weer naar huis konden. Op deze wijze wordt efficiënter gebruik gemaakt van kostbare HBE-faciliteiten en wordt voorkomen dat patiënten die anders opgenomen zouden zijn, zich ten onrechte als hartpatiënt beschouwen.

1981 **Malaria tropica geïmporteerd via Schiphol.** Een 24-jarige vrouw kreeg de ziekte zonder dat zij in het buitenland was geweest of een bloedtransfusie had gehad. Zij woonde op minder dan 1,5 km van het centrum van Schiphol, een afstand die de meeste malariamuggen kunnen overbruggen.

1980

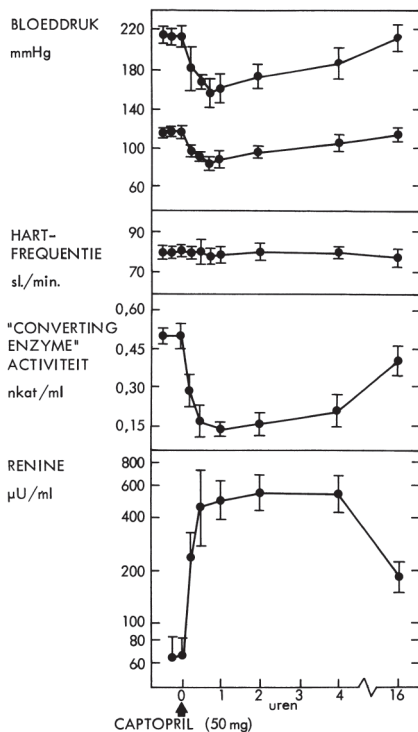
183, 189 **Epidemiologisch onderzoek naar risico-indicatoren voor harten vaatziekten.** Resultaten van onderzoek bij ruim 10.000 inwoners van Zoetermeer van 5 jaar en ouder naar bloeddruk, cholesterol, quieteletindex en rookgewoonten. Onder andere werd gevonden dat 21,4% van de respondenten potentiële hypertensie had (dat wil zeggen ≥ 160 en/of 95 mmHg en/of onder behandeling wegens hypertensie). Meer dan een derde van de behandelde had nog een te hoge bloeddruk.

467 **De Japanse kampen; nog geen verleden tijd.** In Nederland zijn er ongeveer 60.000 mensen die als kind in de periode 1942-1945 in een internerskamp hebben gezeten. Verwacht wordt dat psychische en somatische stoornissen eerst nu zullen optreden, doordat de betrokkenen thans in een kritieke fase van hun leven zijn of komen (40-60 jaar).

1096 Concentratie α -foetoproteïne (AFP) en neuralebuisdefecten van de foetus. Sinds 1974 is bekend dat met behulp van AFP-bepaling in het serum neuralebuisdefecten zoals spina bifida en anencefalie kunnen worden opgespoord. In Groningen is het eerste prospectieve onderzoek in Nederland verricht. Bij 17 vrouwen was de AFP-waarde te hoog, van wie bij 10 een andere oorzaak dan een defect van de neurale buis aannemelijk was. Zesmaal werd amniocentese verricht, waarbij tweemaal een defect van de neurale buis werd aangetoond. Met een goed opgezette screening, eventueel gevolgd door abortus provocatus, zouden in Nederland 15 in plaats van 80 door spina bifida gehandicapte kinderen geboren worden en in leven blijven.

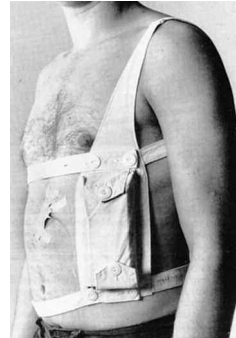
1445, 1484 Het verband tussen rookgedrag, lichaamsbeweging en coronaire hartziekten (het project Zeist). In Zeist en omgeving werden in bijna 4 jaar 499 personen jonger dan 70 jaar met een acuut myocardinfarct of een dodelijke coronaire aanval geregistreerd. De gegevens werden vergeleken met die van een aselechte steekproef uit de Zeister bevolking. Roken van sigaretten en sigaren kwam vaker voor in de patiëntengroep. Wandelen, fietsen of tuinieren leek te beschermen tegen coronaire hartziekte.

1996 'Angiotensine convertering enzyme'(ACE)-remming bij de behandeling van hypertensie. Sinds ruim een jaar beschikken enkele Nederlandse centra over het nieuwe middel captopril. M.A.D.H.Schalekamp et al. doen verslag van hun eerste ervaringen. Het middel is werkzaam bij zowel renovasculaire als essentiële hypertensie.

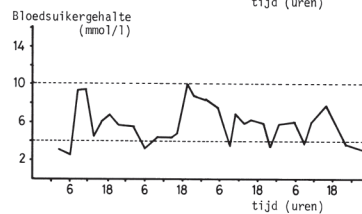
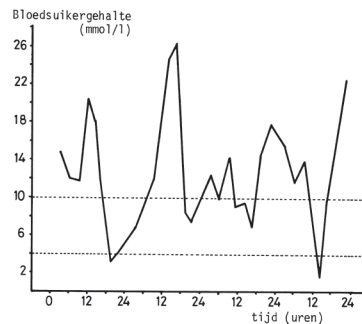


Effecten (gemiddelde waarde \pm standaardafwijkingen van het gemiddelde) van een enkele dosis captopril bij 10 patiënten met ernstige hypertensie. Ondanks de vrij sterke daling van de bloeddruk trad er geen tachycardie op.

2038 Continue subcutane insuline-infusie. Eerste ervaringen in Groningen met deze methode bij 5 patiënten met insulineafhankelijke diabetes mellitus. De insuline-behoefte daalde met 24-56%.



Schouderholster voor het dragen van het pompje.



Patiënt E. Bloedsuikerdagcurven tijdens conventionele insulinerapie (boven) en na instelling op continue subcutane insuline-infusie (onder). De stippellijnen markeren het gebied tussen 4 en 10 mmol/l.

1981

4 Rookgewoonten van Nederlandse huisartsen. Onder mannelijke huisartsen is het percentage huidige rokers 64, tegen 58 in de mannelijke bevolking. Huisartsen zijn minder vaak sigarettenrokers en frequenter pijp- en sigarenrokers.

93 Tamponziekte. Eerste melding in Nederland van deze aandoening bij 3 jonge vrouwen met het toxische-shock-syndroom. De ziekte wordt toegeschreven aan toxinen van bepaalde typen *Staphylococcus aureus*.

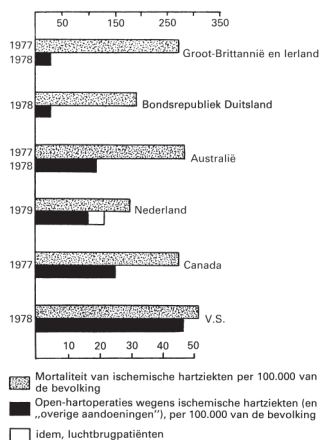
104 **Medische gevolgen van martelingen.** Onderzoek bij 43 thans in Nederland wonende vluchtelingen, afkomstig uit 9 landen. Vooral de psychische problemen blijken groot te zijn. De vraag is wat de gevolgen op de lange termijn zullen zijn. Inmiddels is een centrale medische opvang voor vluchtelingen in Nederland gerealiseerd.

694 **Afwijkingen aan knieën en enkels bij ex-profvoetballers.** In 1956 is in Nederland betaald voetbal ingevoerd. 43 Limburgse spelers die toen in de hoogste afdelingen van de competitie speelden en gemiddeld 20 jaar actief hadden gevoetbald, werden orthopedisch en röntgenologisch onderzocht. De ex-profs hadden aanzienlijk meer klachten en afwijkingen dan een aselechte steekproef Maastrichtse gemeenteambtenaren met een vergelijkbare leeftijd. 'Uit de resultaten blijkt duidelijk dat in het beroepsvoetbal rekening moet worden gehouden met een aanzienlijk aantal letsels van knieën en enkels, vaak leidend tot blijvende klachten en afwijkingen.'

878 **Zes levertransplantaties te Groningen verricht.** Drie patiënten overleden binnen 40 dagen na de operatie aan de gevolgen van ernstige stollingsstoornissen. 'De lichamelijke toestand van de overige drie is thans, respectievelijk 20, 13 en 9 maanden na transplantatie, uitstekend.'

2091 **Oogletsels door vuurwerk tijdens de jaarwisseling.** In twee opeenvolgende jaren werden enquêtes gehouden onder de Nederlandse oogartsen. In 1979/'80 waren er 126 patiënten met 146 getroffen ogen, waarvan 9 slecht tot onbruikbaar waren en 1 verwijderd moest worden. Tijdens de jaarwisseling 1980/'81 waren deze getallen respectievelijk 138, 168, 11 en 1. Vaak was de oorzaak het werpen van rotjes door anderen. 'Berucht is ook het per ongeluk naar de mond brengen van het rotje in plaats van de sigaret waarmee men het aanstak.'

2148 **De frequentie van openhartoperaties in Nederland.** Bij de vergelijking van de frequentie van deze operaties in Nederland met die in andere landen moet men rekening houden met de prevalentie van ischemische hartziekten in die landen. Verder worden in de VS veel niet-ingezetenen geopereerd. Wanneer men daarvoor corrigeert, behoort de frequentie van deze operaties in ons land waarschijnlijk tot de hoogste ter wereld.

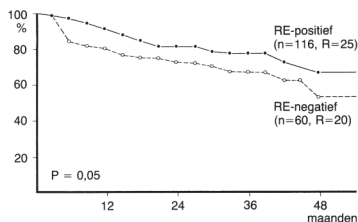


Mortaliteit van ischemische hartziekten en frequentie van open-hartoperaties wegens ischemische hartziekten (en 'overige aandoeningen'), gestandaardiseerd.

462 **Acute otitis media: paracentese, antibiotica of geen van beide.** Dubbelblind onderzoek door F.L. van Buchem et al. bij 171 kinderen (239 oren). Vier behandelingen werden vergeleken: (1) antibiotica noch paracentese, (2) alleen paracentese, (3) alleen antibiotica, (4) zowel antibiotica als paracentese. Er was geen significant verschil in klinisch beeld tussen de 4 groepen. Symptomatische behandeling met neusdruppels en analgetica lijkt in het algemeen verantwoord.

1305 **Salmonellose tijdens de Europese topconferentie in Maastricht.** Op 23 en 24 maart 1981 vond in Maastricht een Euro-topconferentie plaats. 600 à 700 personen – journalisten en gemeentepersoneel die feestelijk onthaald waren op een koud buffet – kregen verschijnselen van gastro-enteritis. De oorzaak was waarschijnlijk dat bij de bereiding van een saladebasis, waarvan ongeveer 1000 tot 1200 personen hadden gegeten, *S. indiana* zich tot grote aantallen heeft kunnen vermeerderen. De schade was ongeveer een miljoen gulden. Op 28 maart verzorgde hetzelfde cateringbedrijf onder toezicht oog van de Keuringsdienst van Waren een familiediner en een koud buffet, weer met gastro-enteritis als gevolg van *S. indiana* na afloop.

1493 **Oestradiolreceptoractiviteit bij mammacarcinoom.** Nijmeegse onderzoekers volgden 176 geopereerde patiënten bij wie de oestradiolreceptoractiviteit (RE) in het tumorweefsel bepaald was. De kans op een recidief was groter wanneer de primaire tumor RE-negatief was. Ook de geschatte overlevingsduur was in deze groep lager dan bij patiënten met een positieve RE-status.



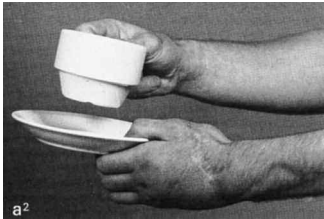
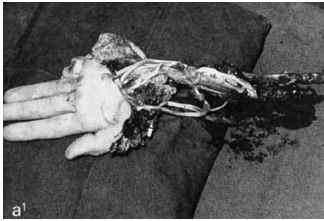
Kans op recidief met betrekking tot de receptoractiviteit voor oestradiol (RE) van de primaire tumor (R, aantal patiënten met een recidief).

1537 **Roken en zwangerschap.** Verloskundigen, verspreid over Nederland, ondervroegen ruim 2400 zwangeren over hun rookgewoonten. Het percentage rooksters nam af van 56 voor tot 46 in de zwangerschap. In de loop van de zwangerschap gingen sommigen meer roken: in de laatste 3 maanden rookte 15% van de zwangeren meer dan 10 sigaretten per dag.

1574 **Replantaties en revascularisaties van meer dan 100 vingers, handen en benen.** In Nederland werd in 1976 voor het eerst een volledig afgerukte duim met behulp van microchirurgische technieken gereplanteerd in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Dijkzigt. Inmiddels is er ervaring met meer dan 100 replantaties en revascularisaties van geheel of gedeeltelijk losgeraakte ledematen. De kans is groot (85%) dat na intensieve revalidatie functioneel herstel kan ontstaan.



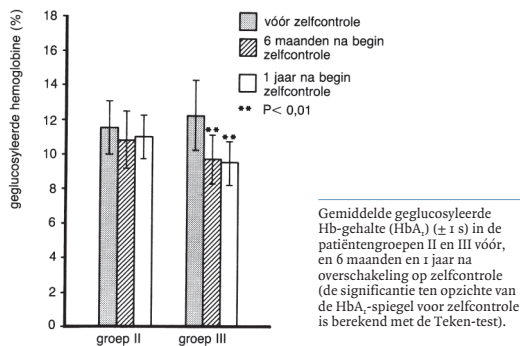
Echocardiografie (vervolg)



Patiënt bij wie een deel van de hand volledig was afgerukt. Het herstel van de functie blijkt duidelijk.

1983

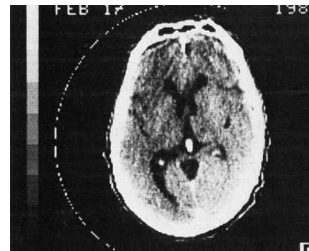
44 **Zelfcontrole bij de behandeling van diabetes mellitus.** Zelfcontrole met bloedsuikerstrips werd onderzocht bij patiënten die niet goed gereguleerd waren met 1 insuline-injectie per dag. 17 patiënten deden wel aan zelfcontrole, maar wilden zich niet meer dan eenmaal per dag insuline toedienen (groep II). Groep III bestond uit 47 patiënten die wel hun insulineschema wilden aanpassen. Dit had een goed effect op de diabetesregulatie.



59 **Voor penicilline ongevoelige pneumokokken nu ook in Nederland.** In 1982 werden in Limburg bij patiënten met acute exacerbaties van luchtweginfecties 2 *Streptococcus pneumoniae*-stammen ontdekt die verminderd gevoelig waren voor penicilline.

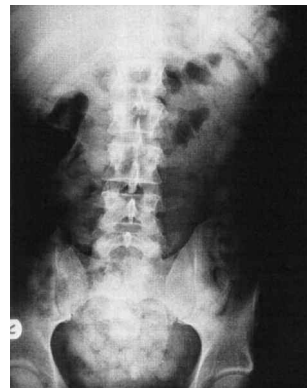
324, 327 **Legionella pneumophila-ziekenhuisepidemieën.** In het pas geopende Academisch Ziekenhuis bij de Universiteit van Amsterdam (AZUA) overleden 6 patiënten aan een pneumonie door *Legionella pneumophila*. Het bleek dat het warmwaterleidingcircuit besmet was. Drie maanden na verhoging van de temperatuur in het circuit deden zich weer 2 gevallen voor die goed afliepen. In het Academisch Ziekenhuis Leiden deden zich in 4 jaar 14 gevallen voor van wie 3 patiënten overleden aan de gevolgen van de *Legionella*-pneumonie. Waarschijnlijk was de bacterie uitgegroeid in de boiler en het warmwaterleidingnet van het gebouw van de Inwendige Geneeskunde.

383 **Stereotactische operatie bij met levodopa behandelde Parkinson-patiënten.** Ervaringen bij 18 patiënten met sterk invaliderende tremoren. In 14 gevallen waren patiënt en familie tevreden over het resultaat van de ingreep.



Computertomogram van de hersenen van een patiënt die 1 week voordien een stereotactische operatie onderging; het letsel is zichtbaar in de ventrolaterale thalamus rechts.

874 **Het koeriersyndroom.** Een 31-jarige vliegtuigpassagier met hypoventilatie, hypotensie en lichtstijpe pupillen moest in het Slotervaartziekenhuis te Amsterdam beademd worden. Het bleek dat hij 40 porties hasjesj in zijn tractus digestivus vervoerde.



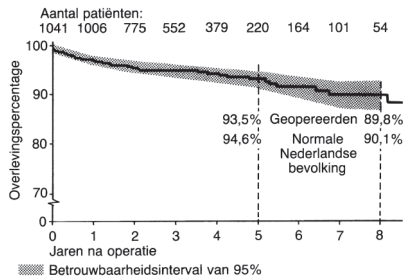
Buikoverzichtsfoto van een 31-jarige man 48 uur na het slikken van 500 g hasjesj, verdeeld in porties, verpakt in 'keukenfolie'.



Per anum geloosde hasjesjebollen, zonder en met verpakking.

988 **Tien jaar coronariachirurgie in Rotterdam.** Verslag over de resultaten bij 1041 patiënten die sinds 1971 geopereerd waren. De perioperatieve sterfte bedroeg 1,2%. 89% van de patiënten voelde zich beter en 33% was geheel zonder klachten. De kans op overleven was, inclusief de operatiesterfte, na 8 jaar bijna 90%.

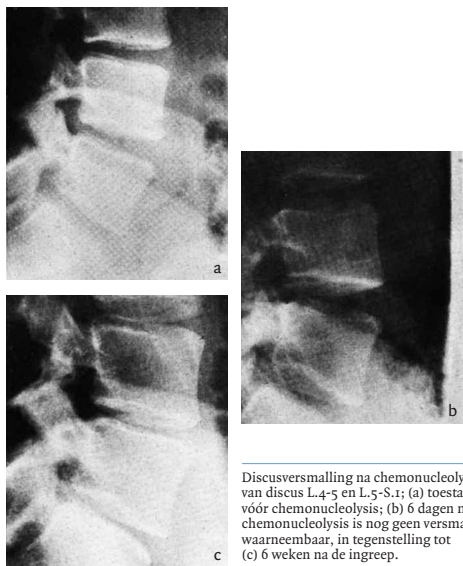
Tien jaar coronariachirurgie in Rotterdam (vervolg)



Actuariële overlevingscurve na coronariachirurgie bij 1041 patiënten. Overleving na 5 jaar: 93,5% en na 8 jaar 89,8%. Dit zou voor de normale Nederlandse bevolking met dezelfde leeftijdsopbouw en geslachtsverdeling 94,6% en 90,1% zijn.

1329 Transplantatie van autoloog beenmerg bij acute myeloïde leukemie in remissie. Eerste ervaringen bij 3 patiënten die behandeld waren met intensieve chemotherapie en totale lichaamsbestraling. Bij alle drie werd na transplantatie een stabiele remissie bereikt.

1385 Chemonucleolysis bij hernia nuclei pulposi lumbalis. Het is de bedoeling door intradiscale inspuiting van chymopapaïne de discus te doen vervloeien. De auteur heeft inmiddels 50 patiënten behandeld. Bij 37 van de 38 patiënten met een aangetoonde HNP was het resultaat goed, maar slechts bij 4 van de 12 patiënten bij wie de diagnose onzeker was.



Discusversmalling na chemonucleolysis van discus L.4-5 en L.5-S.1; (a) toestand vóór chemonucleolysis; (b) 6 dagen na chemonucleolysis is nog geen versmalling waarneembaar, in tegenstelling tot (c) 6 weken na de ingreep.

1612 Gezondheid en ziekte; een onderzoek van gezinnen. Het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut onder leiding van de hoogleraar Huisartsgeneeskunde F.J.A.Huygen deed onderzoek bij 210 gezinnen met 830 personen die viermaal achtereenvolgens thuis werden bezocht. Daarbij werden gegevens verzameld over onder andere de gezondheids-

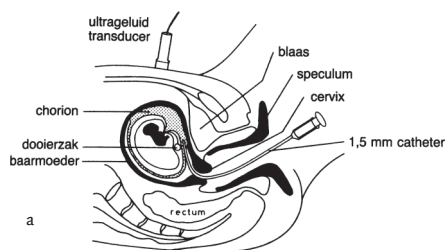
beleving, klachten over de eigen gezondheid en de geneigdheid tot angst. Het bleek dat mensen die zich gezond voelen desondanks een aantal klachten hebben en dat voor slechts 10% van deze klachten medische hulp wordt ingeroepen.

2223 Borstsparende behandeling bij het operabele mammacarcinoom. De radicale mastectomie volgens Halsted is gebaseerd op het principe dat de chirurg in een vroeg stadium van de tumorgroei genezing teweeg kan brengen door de gehele mamma en omgevende weefsels met een ruime marge te verwijderen. Het duurde bijna 100 jaar voordat werd aangetoond dat minder mutilerende ingrepen vergelijkbare resultaten geven. Vanuit het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis worden de eerste resultaten gemeld bij 270 patiënten die een borstsparende operatie ondergingen, gevolgd door bestraling; wanneer okselkliermetastasen werden aangetroffen, werd ook nog adjuvante chemotherapie gegeven. Het cosmetische resultaat was meestal goed en de meeste patiënten gaven de voorkeur aan deze minder verminkende behandeling ondanks de langere duur ervan.

1984

9, 18 Granulomateuze peritonitis na gebruik van met zetmeel geïmpregneerde operatiehandschoenen. Van talk was al bekend dat het granulomateuze peritonitis kan veroorzaken. Bij 2 patiënten bleek zetmeelpoeder deze afwijking ook te kunnen veroorzaken.

436, 460 Prenatale diagnostiek van aangeboren afwijkingen door onderzoek van chorionvlokken ('vlokkentest'). Rotterdamse onderzoekers aspireerden chorionweefsel langs vaginale weg en onder echografische controle bij vrouwen die op sociale indicatie voor abortus in aanmerking kwamen.

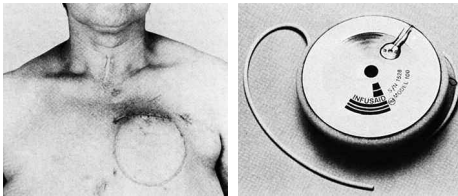


a. Schematische voorstelling van het afnemen van chorionvlokken; b. echografisch beeld in de 8e week; dooierzak (pijl) en plaats van afnemen in het chorion frondosum (asterisk).

Prenatale diagnostiek van aangeboren afwijkingen door onderzoek van chorionvlokken ('vlokcentest') (vervolg)

Hiermee werden methoden voor prenatale diagnostiek ontwikkeld die bij 21 zwangeren met verhoogde kans op afwijkingen bij de vrucht werden toegepast. In 17 gevallen kon in de 8e-ge zwangerschapsweek een diagnose worden gesteld die in 4 gevallen leidde tot afbreken van de zwangerschap.

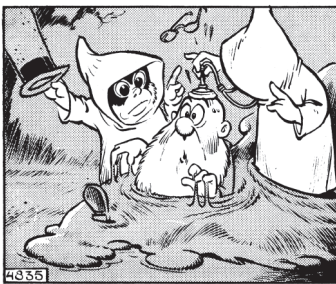
- 502 **Een implanteerbare insuline-infusiepomp.** Bij een patiënt die resistent was tegen subcutaan toegediende insuline, werd een infusiepomp geïmplanteerd die was verbonden met een in de linker V. subclavia gelegen katheter. Hiermee lukte het de bloedglucosespiegels te laten dalen.



De infusiepomp bevindt zich links infra-claviculair. De omvang van de pomp is op de huid aangegeven.

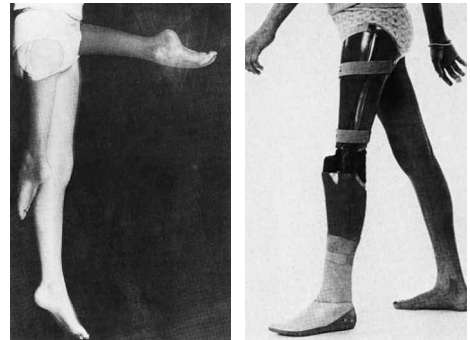
Infusaid infusiepomp, model roo; de doorsnede bedraagt 8,5 cm. Centraal bevindt zich het septum, waardoor het reservoir kan worden bijgevuld.

- 1229 **Het kukelfenomeen bij mitralisinsufficiëntie.** Bij ruptuur van de chordae tendineae van een mitralisklepblad is voortgeleiding van het systolisch geruis naar het hoofd mogelijk. De auteurs stellen voor dit verschijnsel het kukelfenomeen te noemen, naar een verhaal van Maarten Toonder.



De foto toont het moment waarop Ra-ra de kwintenstraler de samenstelling van het tuigje heeft veranderd, zodat Ep-Iep, de waarnemer, rustig het kukel kan meten van professor Prlwytkofsky. (Deze illustratie is overgenomen uit het verhaal 'Tom Poes en het kukel' van Marten Toonder, met diens toestemming.)

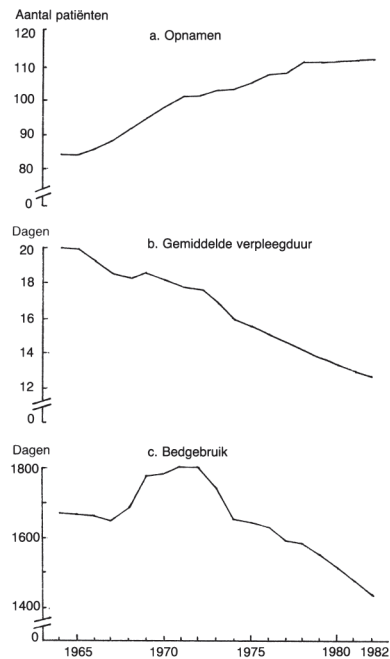
- 1267 **Rotatieplastiek van het onderbeen bij de behandeling van osteosarcoom van het distale femur.** Bij 4 kinderen werd de tumor radicaal verwijderd. Daarna werd het onderbeen aan de overblijvende femurstomp getransplanteerd, waarbij het onderbeen 180° werd gedraaid. Daarna werd een prothese aangemeten, waarbij het kniescharnier door de voet wordt bewogen.



Actieve flexiemogelijkheid in de heup na rotatie-transplantatie van het onderbeen.

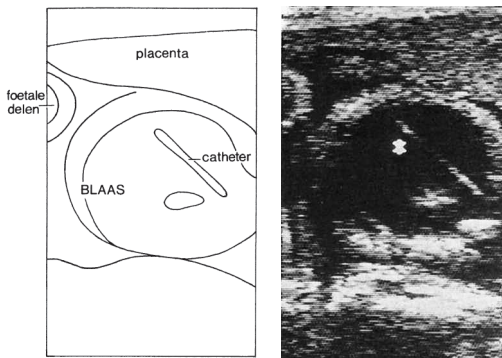
Bovenbeenprothese met tuberzitet en kniescharnier.

- 1699 **Opnamen, verpleegduur en verpleegdagen.** 'Op medisch Nederland, vooral op de specialisten, wordt een van jaar tot jaar toenemende druk uitgeoefend eraan mee te werken de kosten van de gezondheidszorg binnen de perken te houden. Aangezien klinische hulp extra hoge kosten met zich meebrengt, wordt vooral aandacht gevraagd voor deze post.' Hoogendoorn stelt in dit verband vast dat de bezuinigingen niet hebben geleid tot een dalende opnamefrequentie in de algemene ziekenhuizen. Wel is de gemiddelde verpleegduur in de loop der jaren sterk gedaald en wordt elk bed intensiever gebruikt.



a. Gestandaardiseerd aantal opnamen per 1000 mannen plus vrouwen, 1964-1982. b. Gestandaardiseerde gemiddelde verpleegduur van mannen plus vrouwen, 1964-1982. c. Gestandaardiseerd aantal verpleegdagen per 1000 mannen plus vrouwen, 1964-1982.

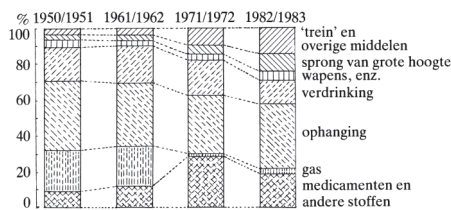
2073 **Antenatale diagnostiek met ultrageluid.** Met echoscopie is het mogelijk congenitale afwijkingen zoals duodenumatresie, omfalocoele, hydrocefalus en hydronefrose op te sporen, zodat tijdig de juiste behandeling kan worden ingesteld. Bij een gestuwde urineblaas kan bijvoorbeeld bij het kind in utero al een katheter worden ingebracht.



Patiënte C: catheter onder echoscopische controle in de foetale blaas gebracht. Transversale doorsnede door de blaas.

1986

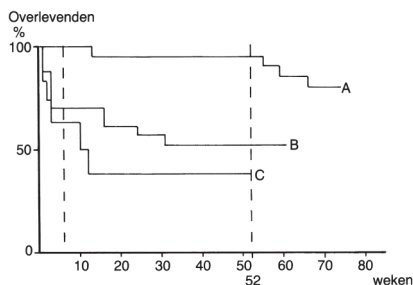
209 **Stijgend aantal gevallen van zelfdoding.** In 1950 werden in Nederland 558 gevallen van suïcide geregistreerd; in 1983 was dit getal 1720, terwijl de bevolking in die periode was gestegen van 10 naar 14 miljoen. Zelfdoding komt meer voor bij ouderen en bij mannen. De gebruikte methoden zijn veranderd: sinds de komst van het aardgas is suïcide met behulp van huishoudelijk gas bijna verdwenen, terwijl de toegenomen hoogbouw gepaard ging met meer zelfdodingen door een sprong van grote hoogte.



Procentuele verdeling van de zelfmoorden naar toegepaste methode, per tijdsperiode, 1950-1983.

1985

113 **Endoscopische sclerosering van bloedende slokdarmvarices.** Het overlevingspercentage van patiënten die eenmaal uit slokdarmvarices hebben gebloed, bedraagt, 1 jaar na de eerste bloeding, circa 45. Met sclerosering kon een niet-massale bloeding steeds worden gestopt. Binnen een jaar ontstonden bij 19 van 53 met sclerosering behandelde patiënten recidiefloedingen. Eén jaar na de ingreep waren 35 nog in leven. 'Door haar eenvoud is de methode geschikt voor toepassing bij patiënten die wegens leverfunctiestoornissen bij andere vormen van behandeling grote kans lopen op ernstige complicaties.'



Overlevingsduur van 53 patiënten na scleroseringsbehandeling wegens bloeding uit oesophagusvarices, onderscheiden volgens Child in drie klassen A, B en C.

1743 **Tyfusexplosie na een feestmaaltijd.** Om het einde van de vastentijd te vieren gebruikten enkele Turkse families een feestmaaltijd, waarna bij 8 personen op grond van klinische verschijnselen en microbiologisch onderzoek de diagnose 'typhus abdominalis' werd gesteld.

217 **Endoscopische papillotomie (EPT) bij galstenen.** Bij 57 patiënten werden choledochusstenen vermoed en bij 52 van hen werd endoscopische retrograde cholangiopancreatografie (ERCP) verricht, zo mogelijk gevolgd door EPT als choledochusstenen werden gevonden. In 29 gevallen werden concrementen gevonden, die alle door EPT konden worden verwijderd. Dit beleid maakte in zeer veel gevallen chirurgische choledochusexploratie overbodig.

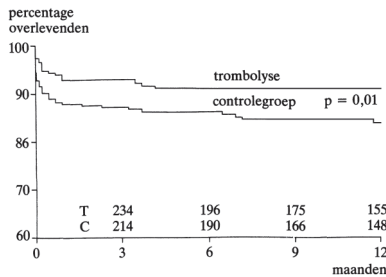
449 **Een ziekenhuisepidemie door Staphylococcus aureus ongevoelig voor meticilline.** Deze ongevoelige bacterie was voor het eerst in 1969 in Nederland aangetoond zonder dat de klinische betekenis daarvan duidelijk was. In het AMC in Amsterdam werd in 1984 de intensivereafdeling besmet via een uit Frankrijk overgeplaatste patiënte. De stam verspreidde zich over het ziekenhuis. Bij 4 van de 19 gekoloniseerde patiënten ontstonden ernstige infecties. Eén patiënt overleed mede als gevolg van deze infectie.

638, 2194, 2198 **In-vitrofertilisatie (ivf).** In 1978 werd de eerste ivf-baby geboren. In 1983 had het Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt de Nederlandse primeur. Inmiddels zijn daar na ivf 24 kinderen geboren. De kans op zwangerschap is bijna 19% per follikelpunctie en die op een doorgaande zwangerschap (meer dan 12 weken) 15%. Een aantal perifere klinieken werkt nu samen met het centrale laboratorium, waardoor het academisch ziekenhuis meer tijd heeft voor nieuwe ontwikkelingen.

1110 **De eerste Nederlandse ervaringen met harttransplantatie.** In 1984 vond de eerste transplantatie in Nederland plaats in Rotterdam. Sindsdien zijn 79 patiënten aangemeld, van wie er 14 werden geaccepteerd. Van deze 14 waren inmiddels 2 patiënten op de wachtlijst overleden en 10 getransplanteerd. Alle 10 maakten het goed en 4 van hen waren weer gedeeltelijk aan het werk.

1984
1985
1986

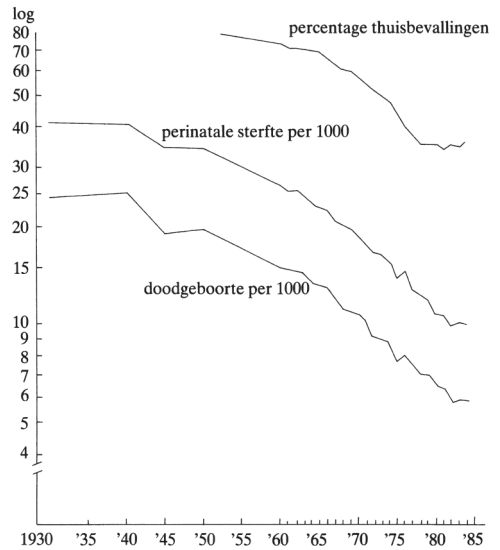
1260, **Trombolysie bij het acute hartinfarct.** Door het Nederlands Interuniversitair Cardiologisch Instituut werd een gerandomiseerd onderzoek verricht bij ruim 500 patiënten met een acuut hartinfarct. De ene groep werd conventioneel behandeld en de andere groep kreeg zo spoedig mogelijk intracoronair streptokinase, deels gecombineerd met intraveneuze toediening. Sterfte, ventrikelfibrilleren, pericarditis en cardiogene shock kwamen minder vaak voor in de tweede groep.



Overlevingscurven van patiënten die met trombolysie dan wel conventioneel werden behandeld. De overlevingskans is groter na trombolytische behandeling, het verschil tussen beide curven is statistisch significant ($p = 0,01$). Onderin de figuur zijn de patiëntenaantallen vermeld, waarover follow-up-gegevens bekend zijn in de verschillende intervallen (T: trombolysiegroep, C: controlegroep).

1436, **Indrukwekkende en tegelijk teleurstellende daling van de**
 2124 **perinatale sterfte in Nederland.** Hoogendoorn wijst op de sterke daling van de perinatale sterfte. Echter, sinds 1982 is er geen verdere daling en is vrijwel overal in Europa de perinatale sterfte sterker gedaald dan in Nederland. Er

lijkt een verband te bestaan tussen sterfte en percentage thuisbevallingen. Hoogendoorn noemt de mogelijkheid dat de daling van de sterfte mede toe te schrijven is aan de stijging van het percentage bevallingen dat in het ziekenhuis plaatsvindt. (Deze suggestie vormde de aanleiding tot een heftige discussie in de brievenrubriek, die zo hoog opliep dat een sussende redactionele kanttekening nodig was.)



Doodgeboorte en totale perinatale sterfte in Nederland, 1930-1985; percentage thuisbevallingen, 1952-1984.

5

De Vereniging *Een rijke historie*

DE REGELS	263
BENOEMINGEN	267
VERGADERINGEN	272
FINANCIËN	276
ZETEL DER VERENIGING	280
VERZAMELINGEN	287
NEVENACTIVITEITEN	294
TERUGBLIK	299



Toen het Tijdschrift in 1857 werd opgericht, was het ‘tevens orgaan der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst’, maar de band met de NMG was een losse. De Maatschappij gaf een jaarlijkse subsidie, ze kreeg het recht een lid van de redactie aan te wijzen en leden van de Maatschappij kregen korting op de abonnementsprijs. Het Tijdschrift verplichtte zich een deel van de inhoud beschikbaar te stellen voor mededelingen, verslagen en andere stukken van de Maatschappij. De redactie was verder helemaal vrij in haar doen en laten. De relatie met de Maatschappij bleef bestaan tot 1941, toen de NMG wegens oorlogsomstandigheden tijdelijk werd opgeheven. Na de bevrijding zijn beide organisaties hun eigen weg gegaan en is het in de oorlog opgerichte *Medisch Contact* verder verschenen als weekblad van de (K)NMG.

De eerste redactie van het Tijdschrift bestond uit 28 heren. Uit deze Algemene Redactie werd in de jaarlijkse Algemene Vergadering elk jaar een Comité van Redactie gekozen, bestaande uit een ‘Gérant’ en enkele leden. De eerste gerant was de Amsterdamse arts en voormalig voorzitter van de Maatschappij J.Penn. Het Comité vormde de eigenlijke redactie, maar in de praktijk deed vooral de gerant het dagelijkse werk. Hij was ook verantwoordelijk voor de financiën en deed daarvan verslag in de Algemene Vergadering. Controle hierop werd uitgeoefend door een jaarlijks benoemde commissie bestaande uit een drietal leden van de Algemene Redactie.

In 1861 wordt aan het begin van de 5e jaargang vermeld dat het Tijdschrift wordt uitgegeven door een ‘Vereeniging van Redacteurs’. De redacteurs kunnen in principe levenslang lid van de Vereniging blijven. Het Comité wordt dan uitgebreid van 5 naar 7 leden, van wie 4 – onder wie de gerant – in Amsterdam moeten wonen.

De structuur van de organisatie is de afgelopen 150 jaar weinig veranderd. In de statuten, reglementen en andere regels die in de periode 1957-2006 van kracht zijn, komen dan ook elementen voor die nu merkwaardig aandoen, maar nog afkomstig zijn uit deze voorgeschiedenis.

DE REGELS

Enkele maanden na de oprichtingsvergadering wordt een voorlopig reglement opgesteld, waarvan een exemplaar bewaard gebleven is [figuur 5.1]. De aantekeningen zijn waarschijnlijk van de hand van J.Zeeman, de opvolger van Penn als gerant [2006:2159-62].

AAN HEEREN REDACTEUREN VAN HET
Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde.

Amsterdam, 15 November 1856.

WEL-EDELE HEEREN!

Het Comité van Redactie van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde, heeft de eer U bij deze een voorloopig Reglement aan te bieden, waarin de hoofdbepalingen betreffende genoemd Tijdschrift zijn opgenomen. Voor de leden der Redactie, die de Algemeene Vergadering van 28 September hebben bijgewoond en aan wie later bij Missive van 13 October mededeelingen zijn gedaan, strekke dit stuk gedeeltelijk ter herinnering, gedeeltelijk ter kennisgeving van de latere bepalingen, die door het Comité nog moesten worden vastgesteld; voor de later toegetreden leden der Redactie ter inlichting omtrent de regeling der zaak.

Zoo de leden nog bedenkingen hebben tegen deze regeling, die als eene voorloopige moet worden beschouwd tot aan de eerstvolgende Algemeene Vergadering der Redactie, worden zij verzocht die voor den 22sten dezer aan den Ondergeteekende toe te zenden, ten einde, des vereischt daarin nog wijzigingen kunnen gebragt worden. Zoo de leden binnen 14 dagen geene kennisgeving van zoodanige wijzigingen ontvangen, zullen zij dit Reglement van kracht moeten rekenen tot de genoemde Algemeene Vergadering.

VOORLOOPIG REGLEMENT.

1. Het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde wordt, overeenkomstig het contract door de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst gesubsidieerd, uitgegeven voor rekening der Redactie.

2. De Redactie bestaat uit de Heeren:

- G. A. N. ALLEBÉ, C. DE BORDES, J. E. C. VAN CAMPEN,
- J. L. CHANFLEURY VAN DISSELSTEIN, L. ALI COHEN, J. VAN DEEN, J. VAN GEUNS, J. P. GILDEMEESTER, K. M. GILTAY,
- C. GODÉE, H. J. HALBERTSMA, A. W. M. VAN HASSELT,
- A. HEYNSIUS, E. F. HOYAOK, A. H. ISRAËLS, F. W. KRIEGER,
- L. LEHMANN, C. A. J. A. OUDEMANS, J. PENN, M. POLANO,
- J. N. RAMAER, F. J. J. SCHMIDT, G. E. V. SCHNEEVOOGT,
- J. M. SOHRANT, A. E. SIMON THOMAS, J. TRIXEIRA DE MATTOS, J. W. R. TILANUS en J. ZEEMAN.

3. Jaarlijks zal te Amsterdam (zoo veel mogelijk gelijktijdig met de groote Najaars-Vergadering van het Hoofdbestuur der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst) eene Algemeene Vergadering der Redacteuren worden gehouden ter bespreking van de belangen van het Tijdschrift. In het bijzonder zullen worden behandeld:

- 3 De Reas van nieuwe Leden geschiedt op de jaarl. algem. vergadering met gesloten briefjes. Het is der op die vergadering aanwezig te zijn.
- 4 De jaarl. algem. vergadering heeft plaats ind. maand April, zóóveel mogelijk gelijkt.

- a) de verhouding tot en contract met de Maatschappij en de verhouding tot andere Genootschappen;
- b) vorm en wijze van uitgave, keuze van plaats der uitgave, verhouding tot den boekhandel.
- c) verdeling der werkzaamheden, keuze van nieuwe redacteurs.
- d) keuze van een Comité van Redactie en van den gérant.

e) regeling der honoraria en der litteratuur voor de Redactie; rekening en verantwoording.

Ter goedmaking der reis- en verblijfkosten ter Algemeene Vergadering voor de leden buiten Amsterdam wonnende, wordt jaarlijks eene som uitgetrokken van f 150.

4. Een Comité van Redactie (waartoe behooren zijn de Heeren SCHNEEVOOGT, COHEN, TILANUS, ZEEMAN en PENN) is belast met de uitvoering der besluiten van de Algemeene Vergadering. Tot aan de eerstvolgende Algemeene Vergadering is het gemagtigd tot de regeling van al wat in het belang van het Tijdschrift moet worden verrigt voor zoo ver dit niet reeds door de Redactie vastgesteld is.

5. De gérant (voor het eerste jaar de Heer PENN) is verantwoordelijk voor de geheele administratie en correspondentie, de correctie, het maken van eene volledige inhoudsopgave. Hij heeft echter het recht de werkzaamheden, aan zijne beoefeningen verbonden, aan andere leden der Redactie over te dragen.

6. Elk redacteur is verplicht al het meest wetenswaardige uit het vak, dat hij op zich neemt, in het Tijdschrift mede te deelen, of zorg te dragen dat die mededeeling op voldoende wijze geschiede. In het leveren van oorspronkelijken arbeid is elk redacteur geheel vrij, niet gebonden aan het vak, waarvoor hij is genoemd.

7. De indeeling van het Tijdschrift is bepaald als volgt:

- I. Al de stukken der Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst.
 - II. Oorspronkelijke stukken en leidingartikelen.
 - III. Wetenschappelijke overzichten (waartoe ook aanleiding zullen geven de discussiën in Genootschappen).
 - IV. Wetenschappelijke mededeelingen [korte, bondige referaten].
 - V. Militaire geneeskunde.
 - VI. Verslagen van Genootschappen.
 - VII. Boekankondigingen.
 - VIII. Ingezonden stukken.
 - IX. Berigten, buiten- en binnenland (hieronder ook de personalia betreffende de militaire geneeskundigen).
- N.B. De rubrieken II en III worden bepaaldelijk met de groote letter gedrukt. De rubriek I naar gelang van den aard der stukken met groote of kleine letter, te bepalen door den van wege het hoofdbestuur met de Redactie der stukken van de Maatschappij belasten redacteur (Professor SCHNEEVOOGT).

2. de Vereeniging bestaat uit een bepaald aantal Leden.

Figuur 5.1
Voorloopig reglement van het
Tijdschrift uit 1856.

In 1900 heeft de Vereniging voor de eerste keer koninklijk goedgekeurde statuten en een huishoudelijk reglement. Voor die tijd waren er alleen reglementen. Artikel 1 van die statuten luidt:

‘De Vereeniging “Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde” stelt zich ten doel de bevordering van de geneeskundige literatuur in Nederland. Zij tracht dit doel te bereiken door het in stand houden en uitgeven van het bestaande “Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde”.’

In de in 1957 vigerende statuten was daar aan toegevoegd: ‘door alle overige wettige middelen, welke tot het doel kunnen leiden.’

Er is steeds een sterke overlap tussen Vereniging en redactie geweest, hoewel de band tussen beide de afgelopen 50 jaar wel wat lossier is geworden. In 1957 is de situatie als volgt. Het bestuur van de Vereniging fungeert tevens als redactie van het Tijdschrift. De Vereniging bestaat uit leden en oud-leden van het bestuur. In de jaarvergadering van de Vereniging – de zogenaamde Algemene Vergadering – worden de nieuwe leden van het bestuur gekozen. Deze nieuwe bestuurs- en redactieleden zijn op het moment van hun benoeming nog geen lid van de Vereniging. Het bestuur telt ten hoogste 12 leden. Er is een dagelijks bestuur, tevens hoofdredactie, bestaande uit voorzitter, ondervoorzitter en secretaris. Voorzitter en ondervoorzitter worden telkens voor 1 jaar door de Algemene Vergadering benoemd, de secretaris voor 5 jaar. Alle 3 zijn direct herkiesbaar. De overige leden van het bestuur zijn 3 jaar in functie en niet direct herkiesbaar. De rest van hun leven kunnen zij dan lid van de Vereniging blijven. De voorzitter is tevens penningmeester van de Vereniging. Er is een Financiële Commissie volgens artikel 20 van het Huishoudelijk Reglement bestaande uit 3 leden, die tijdens de jaarlijkse Algemene Vergadering een oordeel over het gevoerde beleid geeft.

De regel dat nieuwe redacteurs zonder enige ervaring in de Vereniging ook meteen lid van het bestuur zijn, doet merkwaardig aan. Deze bestuursleden zijn vervolgens slechts 3 jaar in functie. Dit betekent dat de invloed van het dagelijks bestuur, dat langere zittingsperioden heeft, onevenredig groot geweest moet zijn.

In 1957 is J.R.Praakken voorzitter van het bestuur en redacteur-gerant (ook wel beherend redacteur genoemd), functies die hij sinds 1955 vervulde. Met J.W.Duyff als ondervoorzitter (tevens waarnemend beherend redacteur) en de secretaris M.M.Hilfman (tevens redacteur) vormt hij het dagelijks bestuur van de Vereniging en tevens de hoofdredactie van het Tijdschrift.

Statutenwijziging

In de loop van de jaren zestig ontstaat behoefte aan meer scheiding tussen Vereniging en redactie: men vindt de structuur van de organisatie verouderd en het is ongewenst dat een hoofdredacteur tot na zijn 70e in functie blijft. Een commissie van 3 leden – de zogenaamde commissie-Gispen – brengt een rapport uit, dat in 1970 tot aanpassing van de statuten leidt. Een belangrijke verandering is de bepaling dat leden van de hoofdredactie geen (onder)voorzitter van het bestuur van de Vereniging meer kunnen zijn. Wel zijn zij lid van dat bestuur, maar de meerderheid bestaat uit door de Algemene Vergadering benoemde leden die geen deel van de hoofdredactie uitmaken.

De Algemene Vergadering benoemt nieuwe leden, die een aantal jaren als redacteur fungeren. Zij vormen met de hoofdredactie (voorzitter, ondervoorzitter en secretaris) de redactie. Een lid van de hoofdredactie (in de praktijk de voorzitter) wordt belast met de financiële aangelegenheden van de exploitatie en is tevens penningmeester van het bestuur. De secretaris van de hoofdredactie is ook secretaris van het bestuur.

Er is sinds deze statutenwijziging dus nog steeds een sterke overlap tussen hoofdredactie en bestuur van de Vereniging, een constructie die lijkt op de zogenaamde ‘one-tier-board’ in het Angelsaksische bedrijfsleven (gecombineerd bestuur van commissarissen en raad van bestuur). In het bestuur is nu een meerderheid van leden geen lid meer van de hoofdredactie. Doordat ook de voorzitter van het bestuur geen deel meer uitmaakt van de hoofdredactie kan de Vereniging meer dan tevoren toezicht houden op de redactie. Het bestuur vergadert minimaal 4 maal per jaar, neemt besluiten over lopende zaken en bereidt de besluiten voor die goedkeuring van de Algemene Vergadering behoeven.

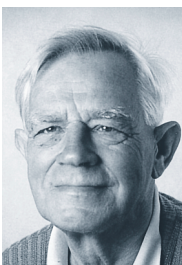
In 1971 fungeert de in 1970 aangetreden hoofdredacteur L.B.W.Jongkees nog een jaar als voorzitter, daarna zijn de functies gescheiden en wordt de Arnhemse internist L.Schalm de eerste voorzitter van de Vereniging volgens de nieuwe statuten [figuur 5.2].

Vanwege een nieuw Burgerlijk Wetboek worden de statuten opnieuw vastgesteld in 1976, waarbij statuten en Huishoudelijk Reglement worden samengevoegd. Koninklijke goedkeuring is dan niet meer nodig.

In het begin van de jaren tachtig beseft het bestuur onder voorzitterschap van E.Mandema, hoogleraar Inwendige Geneeskunde te Groningen, dat modernisering van het redactiebeleid nodig is [figuur 5.3]. Deze overweging speelt een belangrijke rol bij de benoeming van A.J.Dunning tot hoofdredacteur wanneer Jongkees 70 jaar wordt.



Figuur 5.2
L.Schalm.



Figuur 5.3
E.Mandema.

Verdere modernisering

In 1992 wordt in de statuten een aantal veranderingen doorgevoerd. Voor de hoofdredactie wordt de leeftijdsgrens op 65 jaar gesteld en voor bestuursleden op 70. De voorzitter van het bestuur krijgt duidelijk omschreven taken, onder andere bij het voorkómen en oplossen van geschillen binnen de organisatie. Bestuursleden die geen lid van de hoofdredactie zijn, kunnen maximaal 6 jaar in functie zijn. De secretarissen van de hoofdredactie krijgen nu de titel ‘uitvoerend hoofdredacteur’, een benaming die beter recht doet aan hun werkzaamheden. In de loop der jaren was namelijk een duidelijker scheiding ontstaan tussen de redactionele werkzaamheden en de productie, waar de secretaris vroeger ook bij betrokken was. Daarmee waren de verschillen in de redactionele taken van de leden van de hoofdredactie verdwenen. Verder was het woord ‘secretary’ voor buitenlands gebruik verwarrend. De regel dat één van de leden van de hoofdredactie wordt belast met de financiële aangelegenheden van de exploitatie blijft gehandhaafd. Wezenlijke veranderingen in de relatie Vereniging-redactie zijn er niet.

In de afgelopen jaren zijn stemmen opgegaan om de verantwoordelijkheden van bestuur en hoofdredactie verder te scheiden. De noodzaak daartoe werd vooral duidelijk in 2005. Binnen de hoofdredactie ontstond toen een ernstig verschil van mening over de onderlinge taakvervulling dat niet intern kon worden opgelost. Het probleem werd daarop voorgelegd aan het bestuur. Het feit dat de leden van de hoofdredactie deel uitmaakten van dat bestuur bemoeilijkte het zoeken naar een oplossing. In 2006 zijn aan de Algemene Vergadering verschillende mogelijkheden voorgelegd om de statuten aan te passen.

Anders dan bij algemeen medische tijdschriften zoals de *BMJ*, *The New England Journal of Medicine* en de *JAMA* is het NTvG geen verantwoording schuldig aan andere organisaties of aan aandeelhouders. Bestuur en hoofdredactie hoeven uitsluitend rekenschap af te leggen aan de Algemene Vergadering. Dit garandeert een zeldzaam grote mate van redactionele zelfstandigheid.

BENOEMINGEN

Redacteurs en leden

Nieuwe redacteurs – en daarmee nieuwe leden van de Vereniging – worden door de Algemene Vergadering gekozen uit tweetallen die door de hoofdredactie worden voorgesteld en door het bestuur zijn goedgekeurd. Daarbij wordt gelet op de verschillende disciplines die in de redactie vertegenwoordigd moeten zijn en op de spreiding over het land. Een ongeschreven onderdeel van de benoemingsprocedure is dat de hoofdredactie potentiële kandidaten verzoekt een bijdrage aan het Tijdschrift te verzorgen, bijvoorbeeld

in de vorm van een boekbespreking of een caput selectum. Een snelle reactie en een goed geschreven stuk vormen een aanbeveling. Als regel kiest de Algemene Vergadering de eerste persoon op de voordracht. De kandidaat die op de tweede plaats van het voorgedragen tweetal staat, wordt vaak bij een volgende gelegenheid als eerste geplaatst. Een benoeming wordt als eervol beschouwd en praktisch altijd onder dankzegging aanvaard. Uit de laatste 50 jaar zijn slechts 2 weigeringen bekend.

Een nieuw lid fungeert 3 jaar als redacteur, maar in het geval van een specialisme met relatief weinig beoefenaren wordt die periode vaak stilzwijgend verlengd.

In enkele gevallen zijn leden benoemd die geen redacteur geweest zijn; het ging dan om medewerkers aan de referatenrubriek met een lange staat van dienst, taalkundig adviseurs en een wetenschappelijk eindredacteur.

In het in 1957 geldende huishoudelijk reglement staat dat – afgezien van de hoofdredactie – de helft van het aantal redacteurs bij voorkeur buiten Amsterdam werkzaam moet zijn. In latere jaren is dat geen expliciete wens meer. In 1957 waren van de 59 leden van de Vereniging 21 afkomstig uit Amsterdam. De 12-koppige redactie (inclusief hoofdredactie) telde toen 4 Amsterdammers. In 2006 zijn deze getallen als volgt: van de 190 leden zijn er 53 werkzaam (of laatstelijk werkzaam geweest) aan de Universiteit van Amsterdam (37) en de Vrije Universiteit (16) en de daaraan verbonden academische ziekenhuizen; 20 leden zijn of waren werkzaam aan de universiteit van Groningen, 23 aan die van Leiden, 5 Maastricht, 22 Nijmegen, 30 Rotterdam en 18 Utrecht. Van de 19 niet aan een academisch centrum verbonden leden zijn of waren er 4 werkzaam in Amsterdam. De redactie inclusief hoofdredactie bestaat in 2006 uit 24 redacteurs, van wie 9 afkomstig uit Amsterdam.



Figuur 5.4
Th.M.Vroom.

Feminisering

In 1957 bestond de medische stand nog overwegend uit mannen. De ledenlijst van 1957 weerspiegelt dat: onder de 59 leden waren slechts 2 vrouwen, te weten Charlotte (A.C.)Ruys, hoogleraar Microbiologie, en dr. Emma Sluiter, oud-redacteur-secretaris van het Tijdschrift en in 1927 als eerste vrouw lid van de hoofdredactie. Ook in de ledenlijst van de eerste 100 jaar zijn de vrouwen op de vingers van één hand te tellen; 4 op een totaal van 189. Van uitsluiting op principiële gronden was evenwel geen sprake. Als eerste vrouwelijk verenigingslid was in 1902 benoemd dr.A.P.C. (Catherina) van Tussenbroek, ‘algemeen arts voor vrouwen en kinderen’ en voorvechtster van de vrouwenbeweging. In 1957 was er geen enkele vrouw lid van de redactie en ook in de jaren zestig en zeventig was dat nog een uitzondering. Thea (Th.M.)Vroom, in 2001 de eerste vrouwelijke voorzitter van de Vereniging, herinnert zich redactievergaderingen die zij als pasbenoemde redacteur

bijwoonde en die door Jongkees hardnekkig met ‘Mijne Heren’ werden aangesproken [figuur 5.4].

Zoals in hoofdstuk 3 beschreven overtreft sinds halverwege de jaren tachtig het aantal vrouwelijke eerstejaarsstudenten geneeskunde de mannelijke; sindsdien schommelt hun aandeel rond de 60%. Dit vertaalt zich met vertraging naar de specialisten, opleiders en hoogleraren. Ook voor het Tijdschrift geldt dat het de trend van feminisering met vertraging volgt [figuur 5.5]. In 2006 telde de lijst van 190 leden 21 vrouwen en waren van de 20 redactieleden 5 vrouw.

Samenstelling van de redactie

In de eerste decennia van de hier beschreven periode bestond de redactie bijna uitsluitend uit medici en dan voornamelijk specialisten en een enkele huisarts. In 1957 waren de volgende disciplines in de redactie (exclusief hoofdredactie) vertegenwoordigd: reumatologie, huisartsgeneeskunde, zenuwziekten, fysiologie, kindergeneeskunde, radiologie, chirurgie, kno en interne geneeskunde. Pas in de jaren tachtig wordt het palet uitgebreid met niet-medische disciplines, bijvoorbeeld door de benoeming van de jurist H.J.J. Leenen in 1984. In 2006 bestaat de redactie (afgezien van de hoofdredactie) uit een psycholoog, 2 internisten, een jurist, een biochemicus, een neuroloog, een psychiater, een chirurg-traumatoloog, een klinisch epidemioloog, 2 gynaecologen, een kinderarts-pulmonoloog, een dermatoloog, een medisch microbioloog-epidemioloog, een uroloog, een anesthesioloog, een chirurg, een arts-microbioloog, een radioloog en een huisarts. De hoofdredactie wordt in 2006 gevormd door een neuroloog, een cardioloog, een chirurg en een huisarts.

In de ledenlijst van 1957 vormen hoogleraren de hoofdmoot: 42, naast 16 doctoren en 1 arts zonder doctorstitel. In 2006 waren 166 van de 190 leden hoogleraar.

Hoofdredactie

Hoofdredacteur en waarnemend hoofdredacteur (later voorzitter en waarnemend voorzitter van de hoofdredactie) oefenen hun functie in deeltijd uit. Een van de benoemingsvoorwaarden – zeker in het geval van de hoofdredacteur – is dat deze werkzaam blijft in een leidinggevende klinische functie in een academisch ziekenhuis. Echter, in de afgelopen 50 jaar zijn de taken van de hoofdredactie duidelijk zwaarder geworden. De positie van medische tijdschriften is niet meer zo vanzelfsprekend als vroeger en vraagt om creatieve initiatieven. De werkzaamheden van het redactie bureau zijn gegroeid en de personeelsformatie is fors toegenomen. Het is daarom niet verwonderlijk dat bij herhaling in de ledenvergadering is gevraagd of het



Figuur 5.5
De vrouw in de geneeskunde van R. Tolman, vervaardigd in opdracht van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde ter gelegenheid van de millenniumwende.



Figuur 5.6
J.R.Prakken (W.G. Hofker, 1977).

Figuur 5.8
A.J.Dunning (H.Bayens, 1995).



Figuur 5.7
L.B.W.Jongkees (J.Engelman, 1982).

niet tijd werd voor een fulltime hoofdredacteur, zoals ook andere algemene medische tijdschriften als *The Lancet* en de *BMJ* die hebben. Tot nu toe heeft steeds het argument dat de voorzitter van de hoofdredactie een gezaghebbend praktiserend clinicus moet zijn de doorslag gegeven in het voordeel van de deeltijdfunctie.

De voorzitter en de waarnemend voorzitter van de hoofdredactie worden door de Algemene Vergadering telkens voor een jaar benoemd; met ingang van 1972 geldt dit ook voor de secretarissen (later uitvoerend hoofdredacteurs). Omdat de leden van de hoofdredactie ook een arbeidscontract hebben, zou een negatief besluit van de Algemene Vergadering hoogstens een motie van wantrouwen kunnen zijn, maar in de praktijk heeft deze situatie zich nooit voorgedaan.

De dermatoloog J.R.Praakken werd in 1955 unaniem door de Algemene Vergadering gekozen als redacteur-gerant (hoofdredacteur) [figuur 5.6]. Zijn voorganger W.Kouwenaar was bij een vliegtuigongeluk overleden. De voordracht was opgesteld door het bestuur en een commissie van senioren. Voor velen was een belangrijk argument om Praakken te kiezen zijn vroegere ervaring als huisarts.

In 1970 besloot Praakken – inmiddels 73 jaar – zijn functie neer te leggen. De Algemene Vergadering bracht 26 van de 28 stemmen uit op L.B.W.Jongkees, kno-arts en sinds 1957 lid van de Vereniging [figuur 5.7].

Wegens het bereiken van de 70-jarige leeftijd van Jongkees moest in 1983 een nieuwe hoofdredacteur aantreden. De benoeming werd zorgvuldig voorbereid. In de Algemene Vergadering van 1980 werd een profiel vastgesteld. Eisen waren: niet ouder dan 58 jaar, actief medisch werkzaam als huisarts of specialist en contact met de universitaire geneeskunde. Een andere voorwaarde was dat de functie in deeltijd uitgeoefend zou worden. Dit laatste punt was een onderwerp van discussie omdat sommigen de combinatie van het hoofdredacteurschap met klinische taken te zwaar en daarmee onwenselijk vonden. De stilzwijgende voorwaarde ‘in of bij Amsterdam woonachtig’ gold niet meer. Een advertentie in het Tijdschrift leverde 7 brieven op en verder werden 2 namen door derden genoemd. Een selectiecommissie kwam in 1982 met A.J.Dunning, cardioloog, als enige kandidaat, een voorstel dat door het bestuur unaniem werd overgenomen [figuur 5.8]. In de vergadering werden alle geldige stemmen op hem uitgebracht. Deze benoeming was in zoverre een novum dat hiermee een niet-lid van de Vereniging als hoofdredacteur werd benoemd.

In 1995 werd Dunning 65 jaar, volgens de statuten van 1992 de leeftijd waarop leden van de hoofdredactie moeten aftreden. Zoals inmiddels gebruikelijk bij vacatures voor leden van de hoofdredactie was de leden gevraagd suggesties te doen en was een advertentie in het Tijdschrift geplaatst. Belangrijk onderdeel van het profiel was: ‘aan het hoofd staan van (of functioneren in) een academische afdeling die zowel in patiëntenzorg als in

wetenschappelijk opzicht een voorname plaats inneemt.' Na gesprekken met een aantal kandidaten stelde een commissie uit het bestuur de Utrechtse neuroloog J. van Gijn voor, die bij acclamatie in de Algemene Vergadering van dat jaar werd benoemd. Hij was daarmee de eerste voorzitter van de hoofdredactie in de geschiedenis van het Tijdschrift die niet in Amsterdam woonde of werkte.

VERGADERINGEN

Reguliere vergaderingen

De Vereniging vergadert tegenwoordig in de regel viermaal per jaar. Drie van deze vergaderingen zijn wetenschappelijke bijeenkomsten op zaterdagochtend, waarbij meestal een van de leden een voordracht over eigen werk houdt.

De vergadering in mei of juni is de jaarvergadering (Algemene Vergadering). Tijdens deze vergadering leggen bestuur en redactie verantwoording af over het gevoerde beleid en worden de nodige besluiten genomen. In 1957 werden de vergaderingen nog op zondag gehouden; de invoering van de vrije zaterdag was aanleiding om later die dag te kiezen. De laatste jaren zijn – tot nu toe tevergeefs – wel stemmen opgegaan op een werkdag te vergaderen. Na afloop van de vergadering wordt in een restaurant in de omgeving – eerst in het Vondelpark, later rond het Leidseplein – een uitgebreide maaltijd genoten. De voorzitter van de hoofdredactie is dan de tafelpreses, een gelegenheid die door Dunning werd aangegrepen om met veel humoristisch verbaal vuurwerk het onderwerp van de spreker van die dag te relateren aan het voorliggende menu. Deze traditie heeft Van Gijn op geheel eigen wijze voortgezet.

Een belangrijk aspect van deze diners is het ongedwongen contact tussen jongere leden en hun voormalige leermeesters zonder de hoge sociale barrières die tot voor kort tussen deze generaties bestonden. Vroeger werd na afloop van het diner nog een redactievergadering gehouden. Het rendement van deze bijeenkomsten werd evenwel in belangrijke mate beperkt door effecten van de voorafgaande maaltijd. Daarom werd in 1995 voor de redactievergaderingen overgegaan op een vrijdagmiddag, gevolgd door een diner. Het bestuur vergadert minstens viermaal per jaar op de dagen dat er ook een vergadering van de Vereniging is.

In de loop van de jaren is het karakter van de vergaderingen en andere bijeenkomsten van de Vereniging duidelijk minder formeel geworden, zoals ook blijkt uit de verslagen. In de jaren vijftig en zestig 'verheffen de aanwezigen zich van hun zetels' om overledenen te gedenken, pas in 1976 worden die eenvoudigweg staande herdacht. Ter gelegenheid van het komende lustrum wordt in de Algemene Vergadering van 1980 de prangende vraag

behandeld: rokkostuum of smoking? Als de dames in het lang komen, is een blauw pak niet gepast [figuur 5.9]. Nog steeds bezoeken de meeste heren de vergaderingen in pak met das, hoewel spijkerbroek en T-shirt langzaam in opmars zijn. De tegenwoordige leden beschouwen het bezoeken van de vergaderingen niet meer als een verplichting die samenhangt met het lidmaatschap. In het verleden werd daar anders over gedacht.

In 1957 werd aan zieke leden die de vergadering niet konden bijwonen een telegram gestuurd, in het geval van een vrouwelijk lid in 1976 een bloemstuk. In 2006 zou een afwezig lid vreemd opkijken als de bloemist met de beste wensen van het NTvG voor de deur zou staan.

De Algemene Vergaderingen hebben een aantal vaste agendapunten. De hoofdredacteur/penningmeester doet verslag over het gevoerde beleid. Hoofdonderwerpen zijn in de eerste jaren van onze periode de exploitatie van het Tijdschrift en het vermogen van de Vereniging. Daarop wordt dan commentaar geleverd door de zogenaamde Financiële Commissie. In de loop van de tijd verschuift de aandacht naar het redactionele beleid.

De Financiële Commissie krijgt in 1970 de naam 'Commissie ex artikel 12 van het Huishoudelijk Reglement' en na de statutenwijziging in 1992 'Commissie ex articulo gd der Statuten'. Deze commissie, die bestaat uit 3 leden, werd aanvankelijk elk jaar door loting aangewezen, later door de vergadering benoemd. In de loop der jaren beperken de opeenvolgende commissies zich niet tot geldzaken, maar beoordelen ze ook het redactiebeleid. Hun rapporten behandelen onderwerpen die regelmatig terugkomen. De leden beschouwen zichzelf niet als financiële experts; zij zijn niet voor boek-



Figuur 5.9
Het diner ter gelegenheid van
het 125-jarig bestaan van
de Vereniging.

houder in de wieg gelegd, maar vragen zich wel af of 775 gulden voor een bureau niet te duur is. Is de combinatie hoofdredacteur-penningmeester wel verstandig? Moeten we niet meer met Vlaanderen samenwerken? Is het geen tijd voor een uitgave in het Engels? Moet hoofdredacteur een fulltime-functie worden? Zijn de salarissen van de medewerkers niet te hoog? Is er wel voldoende aandacht voor actualiteiten en maatschappelijke problemen? De commissie eindigt haar rapport dan in de regel met complimenten voor de hoofdredacteur en zijn medewerkers. De voorzitter van de hoofdredactie dankt daarop de commissie, gaat welwillend in op de kritiek, ziet wel enkele bezwaren tegen de gedane suggesties, maar zal er serieus aandacht aan besteden. Daarna benoemt de vergadering een nieuwe commissie die het volgende jaar deelneemt aan deze liturgische beurtzang zonder dat de koers van het beleid merkbaar verandert.

Sinds enkele jaren wordt er met succes naar gestreefd de amusementswaarde van deze jaarvergaderingen te vergroten. Voorafgaand aan het formele verenigingsdeel van de agenda houdt een spreker van ‘buiten’ – schrijver, museumdirecteur, kunsthistoricus – een voordracht.

De Algemene Vergadering in mei 2006 had een ongewoon verloop. Het bestuur deed mededeling van het vertrek van uitvoerend hoofdredacteur Overbeke als gevolg van het eerder genoemde conflict binnen de hoofdredactie. De vergadering leverde ernstige kritiek op de aanpak van het probleem door het bestuur en verleende het bestuur geen décharge voor het in 2005 gevoerde beleid, waardoor een extra ledenvergadering in het najaar nodig werd. Daar gebeurde dit alsnog.

Lustra

Ter gelegenheid van lustra van de Vereniging zijn bijzondere bijeenkomsten gehouden. Daarbij is soms uitgegaan van het jaar van oprichting van het Tijdschrift (1856), een andere keer is gerekend vanaf 1857 (1e jaargang van het Tijdschrift).

In 1957 was er voorafgaand aan het officiële bijeenkomst een feestavond voor leden, medewerkers en relaties van het Tijdschrift, inclusief drukkers en clichémakers. Bekende kleinkunstenaars traden op, onder wie wereldkampioen goochelen Fred Kaps. De officiële herdenking werd gehouden in de aula van de Gemeente Universiteit van Amsterdam. 's Morgens was er een buitengewone wetenschappelijke vergadering, waar prof.dr.W.P.C.Zeeman, de voorzitter van de eeuwfeestcommissie, een voordracht hield over ‘Geneeskunde en geneeskunst als paranimfen van wellevendheid’ [1957:2093-8]. In de middag waren er toespraken, onder andere van de hoofdredacteur van de BMJ. Hij bood een voorzittershamer [figuur 5.10] aan, een ‘block and gavel’, gemaakt uit de moerbeiboom uit de tuin van Charles Dickens; deze boom was gekapt om plaats te maken voor het redactie bureau van de



Figuur 5.10
De hoofdredactie bewondert
het geschenk van de BMJ:
een voorzittershamer.

Figuur 5.11
De menukaart van het diner
ter gelegenheid van het 100-jarig
bestaan van de Vereniging.



BMJ. Aan oud-hoofdredacteur prof.dr.J.J.van Loghem sr werd een gouden Dondersmedaille uitgereikt, terwijl hoofdredacteur Prakken werd benoemd tot ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw. De dag werd besloten met een diner voor leden en hun partners en enkele genodigden. De klassieke standing van de Vereniging laat zich aflezen uit de voor de menukaart gebruikte taal [figuur 5.11].

Bij de viering van het 125-jarig bestaan werden de medewerkers van het redactie bureau in september 1981 getraakteerd op een uitstapje naar het Openluchtmuseum in Arnhem, een safari door het dierenpark en een – in de woorden van Jongkees – eenvoudige feestmaaltijd [1982:3-4]. Later die maand werd een wetenschappelijke vergadering gehouden in het Instituut voor de Tropen. Sprekers waren A.S.Relman, hoofdredacteur van *The New*

England Journal of Medicine, S.Lock, hoofdredacteur van de BMJ, en P.J.Vinken, hoogleraar Medische Informatieverzamelingen. Als blijk van waardering werden Donderspenningen uitgereikt aan H.J.Viersma, gedurende circa 30 jaar leider van de referatenrubriek, en L.Schalm, de eerste verenigingsvoorzitter volgens de statuten van 1970. Er was een jubileumprijsvraag uitgeschreven voor twee categorieën. A.D.Molendijk won een prijs met zijn opstel ‘Gouden appelen op zilveren schalen’ en J.J.E.van Everdingen was de winnaar in de rubriek aforismen met bijdragen als:

*Een redactie beoordeelt de stukken
door zich over vorm en inhoud te bukken
over stijl en presentatie
over eenvoud en variatie
en volgt daarbij zijn eigen nukken**

Het 130-jarig bestaan werd gevierd in het Van Gogh Museum met een symposium over het medisch-historische boek. Ter gelegenheid van het 135e jaar werd op 27 september 1991 in Artis een tentoonstelling over medische illustraties geopend. De volgende dag werd een symposium over dit onderwerp gehouden en verder verscheen een themanummer [1991:1777-832] hierover.

FINANCIËN**

De Vereniging is eigenaar van het Tijdschrift, van het redactiekantoor met inboedel (eerst in de Jan Luykenstraat, nu in de Johannes Vermeerstraat) en van de verzamelingen zoals de bibliotheek en de penningen. De Vereniging ontvangt huur voor het pand, een post die op de exploitatie van het Tijdschrift drukt. Een positief resultaat van de exploitatie wordt toegevoegd aan het vermogen van de Vereniging en omgekeerd wordt een verlies door de Vereniging opgevangen. De laatste twee decennia heeft de Vereniging, binnen het kader van haar doelstelling, meer activiteiten kunnen ondernemen dan alleen het uitgeven van het Tijdschrift. Door de gunstige financieel-economische omstandigheden was het vermogen van de Vereniging zodanig toegenomen dat zij haar oorspronkelijke doelstelling ruim kon opvatten.

* In 1994 verscheen een boek met de titel *Nieuw Tijdschrift voor Geneeskunst*, een persiflage op het NTvG, onder redactie van Van Everdingen en anderen. Het geschrift werd via de farmaceutische industrie verspreid. De hoofdredactie vond dat de goede naam van het Tijdschrift in het geding was en dreigde met tegenmaatregelen [1994:2084], maar de affaire liep met een sissert af.

** Om de waarde van de gulden in de afgelopen decennia te kunnen vergelijken met die van de euro nu is op bl. 26 een omrekening afgedrukt.

Periode-Prakken (1957-1970)

De beherend redacteur (hoofdredacteur) – in deze periode tevens voorzitter van de Vereniging – fungeerde ook als penningmeester. In de jaarlijkse Algemene Vergadering van de Vereniging legde hij in een rapport verantwoording af over zijn beleid. Aan de orde kwamen de financiële resultaten van de exploitatie van het Tijdschrift in het voorgaande jaar, een overzicht van de financiën van de Vereniging in dat jaar en de begrotingen voor het volgende jaar (waarvan inmiddels al circa 5 maanden waren verstreken).

Het resultaat van de exploitatie werd als volgt berekend: (a) inkomsten uit de tekst (voornamelijk abonnementsgelden), (b) uitgaven voor de tekst (drukken en verzenden, administratie uitgever, salarissen en pensioenen redactie en medewerkers, honoraria auteurs) en (c) inkomsten uit advertenties. De inkomsten van de Vereniging bestonden uit de winst van de exploitatie, de huur van het redactiepand en de opbrengst van beleggingen. Het vermogen was opgebouwd uit beleggingen, onroerend goed (perceel Jan Luykenstraat), inboedel en verzamelingen (voornamelijk de boeken). Omdat het onroerend en roerend goed voor lage bedragen op de balans stonden, was er steeds een behoorlijke stille financiële reserve.

De nauwe verwevenheid van Tijdschrift en Vereniging gaf de penningmeester de mogelijkheid om binnen de wettelijke mogelijkheden bedragen die niet overduidelijk verenigingskosten waren ten koste van de exploitatie te brengen. Op deze wijze verminderde de winst en daarmee de af te dragen belasting.

De salariering van de hoofdredacteur, zijn plaatsvervanger en de leider van de referatenrubriek waren gekoppeld aan de hoogleraarschaal, die van de secretaris aan de schaal van 1e geneesheer van het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam. De pensioenen waren niet waardevast. Jaarlijks werd besloten of aan gepensioneerde medewerkers als compensatie voor de inflatie een toelage kon worden gegeven.

In 1957 werd het contract met de uitgever Bohn vernieuwd. De uitgever ontving f 1,50 per abonnement (was f 1,-) en verder van de advertenties 12,5% van de bruto-omzet en 7,5% van de nettowinst. Dat betekende in 1960 circa f 90.000 voor de uitgever.

Tussen 1957 en 1970 varieerde de opbrengst van de exploitatie van het Tijdschrift tussen een verlies van f 27.600 in 1965 en een positief saldo van f 211.000 in 1970. In 1961 bedroeg de omzet bijna 1 miljoen en het vermogen van de Vereniging ruim f 800.000. Begin 1963 werden de advertentietarieven met circa 50% verhoogd en in 1964 met nog eens 10%. In 1963 waren jaaronzet en vermogen beide ongeveer 1 miljoen.

Prakken heeft zich lang verzet tegen verhoging van de abonnementsgelden, met als argument dat de beurskoersen gunstig waren voor het deel van het vermogen dat in aandelen was belegd. Omdat het hier om ongereaa-

liseerd vermogen ging, was dit geen teken van een diep inzicht in financiële zaken. In 1965 werd eindelijk besloten de abonnementsprijs te verhogen van f 36 naar f 42. In 1968 werd het bedrag verhoogd tot f 48 en in 1969 naar f 55. Studenten kregen hun abonnement voor de halve prijs, zoals heel lang de traditie is geweest. In de periode 1957–1970 steeg het vermogen van circa 500.000 naar ruim 1,2 miljoen gulden.

Periode-Jongkees (1971-1982)

In 1971 en 1972 werd verlies – respectievelijk f 26.800 en f 21.800 – geleden op de exploitatie door hogere kosten en lagere baten. De kerstgratificatie bleef achterwege. De abonnementsprijs werd geleidelijk verhoogd tot f 150 in 1982. Een nieuw contract met Bohn hield onder andere in dat de Vereniging het maximale aantal advertenties in het Tijdschrift bepaalde, en niet de uitgever.

In 1972 werd de pensioenregeling ondergebracht bij PGGM. Vóór die tijd werden de pensioenen uitgekeerd door de Pensioen-Centrale, een coöperatieve verzekeringsmaatschappij waarvan de Vereniging lid was. Deze pensioenen waren gelijk aan het eindsalaris, maar niet waardevast. (Ter compensatie van de inflatie wordt nog steeds aan een oudgediende een aanvulling op dat pensioen uitgekeerd.)

Na de magere jaren 1971 en 1972 steeg de winst van de exploitatie met een minimum van f 67.600 in 1974 tot f 1.069.000 in 1982. In de Algemene Vergadering werd de vraag gesteld of het inmiddels tot 4,7 miljoen gulden gestegen vermogen niet te groot werd.

Periode-Dunning (1983-1995)

In deze periode van economische voorspoed groeide het vermogen explosief verder tot 30 miljoen gulden in 1995. In 1990 werd voor f 5.000.500 het pand aan de Johannes Vermeerstraat gekocht. Een gelukkige omstandigheid was dat ten behoeve van de verkoop aandelen te gelde werden gemaakt voordat korte tijd later als gevolg van de Eerste Golfoorlog een forse koersdaling inzette. In 1992 bracht het huis aan de Jan Luykenstraat, dat op 2 miljoen getaxeerd was, 1,5 miljoen gulden op. De opbrengsten van de exploitatie van het Tijdschrift waren bijzonder gunstig: minimaal f 897.900 in 1985 en maximaal f 2.477.500 in 1995. De abonnementsprijs was in de loop der jaren verhoogd tot f 224, waarbij het studentenabonnement net onder de magische grens van 100 gulden was gehouden.

Periode-Van Gijn (1996-2007)

In 1998 werd besloten studenten geneeskunde na het behalen van de propedeuse 1 jaar lang een gratis abonnement te geven en daarna gedurende 2 jaar een instapabonnement à f 52 aan te bieden (een gewoon abonnement kostte toen f 242,50), gevolgd door het reguliere studentenabonnement van f 99,50. Later bleek dit aanbod te vroeg in de studie te komen en werd het verschoven naar het begin van de klinische fase.

Hoewel de abonnementsprijs steeg van f 231,75 in 1996 tot € 251,75 in 2005, brak de stijgende lijn van de exploitatiewinsten af. In 1996 was de winst nog f 1.837.000, daarna dalend tot f 424.000 in 1998. Vervolgens waren er alleen maar verliezen: van f 61.500 in 1999, oplopend tot € 916.200 in 2005. Een van de oorzaken is de veranderde advertentiemarkt.

Het contract met de uitgever wordt tegenwoordig ongeveer om de 5 jaar herzien. Sinds 2002 zijn de afspraken voor de vergoeding aan de uitgever als volgt:

- 10% van de abonnementsprijs exclusief BTW;
- 15% van de netto advertentieopbrengst;
- 15% van de winst op de advertentie-exploitatie;
- 5% van de winst op de abonnementenexploitatie.

In 2005 bedroeg de vergoeding € 879.700.

Het vermogen bedroeg in 1996 f 33.852.000, steeg (vooral dank zij koerswinst op beleggingen tijdens een periode van een uiterst gunstig beursklimaat) tot f 52.000.000 (circa € 23.640.000) in 2000 en daalde in 2005 tot € 19.476.000.

Algemeen

De financiële situatie van Vereniging en Tijdschrift wordt in hoge mate bepaald door de economie van het land. Winsten en verliezen in de afgelopen 50 jaar kunnen dan ook niet zonder meer worden toegeschreven aan het beleid van de verschillende penningmeesters of het financiële inzicht van hun adviseurs. Wel is in de vette jaren zeer bewust een goed gebruik gemaakt van de ruimere middelen om de activiteiten van de Vereniging aanzienlijk te vergroten en de werkzaamheden en de behuizing van het redactiekantoor te moderniseren. Een voorbeeld is het digitaliseren en elektronisch toegankelijk maken van alle jaargangen van het Tijdschrift in een tijd dat andere medisch-wetenschappelijke tijdschriften in de wereld nog niet zo ver waren [zie bl. 337 e.v.].

Het financiële overzicht van de laatste 10 jaar laat zien dat vanaf 1999 de resultaten van de exploitatie voortdurend negatief zijn. De voornaamste oorzaak is de stijging van de kosten die niet worden toegerekend aan de tekst en

de advertenties, de zogenaamde algemene kosten, met de personeelskosten als grootste post. In 1995 bedroegen de algemene kosten f 3.140.500 en in 2005 € 3.082.300. Daar komt bij een teruggang van de winst op de advertenties: f 2.576.000 in 1995 en € 878.500 in 2005, een daling van 25%.

Op grond van een extern financieel advies wordt een bedrijfsreserve van 3 maal de jaaromzet aangehouden. Wanneer de stand van het vermogen van de vereniging dat toelaat, kan de overblijvende financiële ruimte worden benut voor het realiseren van de doelstelling (de bevordering van de geneeskundige literatuur in Nederland) anders dan door het uitgeven van het Tijdschrift. In 2005 bedroeg het vermogen € 19.476.000. Effecten staan voor € 15.393.300 op de balans. Bij de beleggingen wordt als richtlijn aangehouden: 40% obligaties en 60% aandelen. In 1997-1999 schommelde het koersresultaat van de effecten rond 2 miljoen euro, maar in 2001 en 2002 werden forse verliezen geleden (respectievelijk 1,8 en 2,8 miljoen euro), gevolgd door een voorzichtig herstel. In 2001 is besloten de opbrengsten van circa een derde van het belegde bedrag (destijds ongeveer 10 miljoen gulden) te bestemmen voor het Fonds van de Vereniging waarmee projecten op het grensvlak van geneeskunde en andere disciplines kunnen worden gesubsidieerd. In 2004 en 2005 verstrekke dit fonds respectievelijk € 113.887 en € 345.244 aan subsidies.

Het vermogen van de Vereniging is nog steeds ruim voldoende om zonder inkomsten minstens 3 jaar aan de verplichtingen te voldoen. Bij voortdurende van de exploitatieverliezen en tegenvallende advertentieopbrengsten zullen de bakens echter verzet moeten worden.

ZETEL DER VERENIGING

Tot 1920 hadden Vereniging en redactie geen eigen ruimte. De administratie en de stukken waren bij een lid van de hoofdredactie thuis. In 1920 werden kamers gehuurd, in 1925 een benedenhuis en in 1930 een heel pand in de Van Eeghenstraat. Na lange discussies in de Vereniging of het wel verstandig was zo veel geld aan een eigen huis te besteden, was in 1936 de onzekere financiële situatie in het land een argument dat wel te doen. Verwacht werd dat onroerend goed in deze roerige tijden zijn waarde beter zou houden dan effecten, een voorspelling die ruimschoots is uitgekomen. Voor ruim f 30.000 werd Jan Luykenstraat 5 gekocht [figuur 5.12]. Volgens G.A. van Rijnberk, redacteur-gerant sinds 1913, zou het pand minstens een halve eeuw bruikbaar zijn als zetel der Vereniging en redactiekantoor, achteraf een nauwkeurige schatting.

Jan Luykenstraat

Het huis werd opnieuw ingericht, met als resultaat volgens Van Valkenburg in zijn Gedenboek uit 1957: ‘De inrichting en de versiering zijn van dien aard, dat zij van een zogenaamd herenhuis de normale bewoonbaarheid intact hebben bewaard, met behoud van volkomen geschiktheid voor zijn zakelijke bestemming. Geen stalen meubelen, en geen neonlicht; fatsoenlijke gordijnen, en goede vloeren, met goede tapijten bedekt.’ Behalve de kantoorruimten voor de redactiemedewerkers waren er stijlvol ingerichte kamers voor de voorzitter en de ondervoorzitter. In de grote vergaderzaal was een deel van de bibliotheek geplaatst. De bovenverdieping werd bewoond door de conciërge, tot in de jaren zestig gekleed in een gestreept dienstjasje en werkzaam tot zijn 75e jaar [figuur 5.13]. Deze functionaris zorgde onder andere voor koffie en thee; volgens overlevering liep hij met zijn dienblaadje achteruit de kamer uit – en niet alleen bij de hoofdreactie. In 1968 werd de woning van de conciërge ingrijpend verbouwd en kwam er een huisbewaardersechtpaar te wonen. Kort voor de verhuizing naar de Johannes Vermeerstraat werd voor hen een woning elders gehuurd.

Figuur 5.12
Het pand aan de Jan Luykenstraat 5,
links de Lucky Luyk.



Figuur 5.13
De slaapkamer van de conciërge
op de bovenverdieping van de
Jan Luykenstraat 5.



Figuur 5.14
De ontruiming van de Lucky Luyk
wordt verwacht.

Begin jaren tachtig verstoorden de maatschappelijke woelingen ook de serene rust van het statige redactie bureau. In 1981 stond het helemaal gerevoveerde buurhuis dat met nummer 5 het dak deelde te koop. De actieve Amsterdamse krakersbeweging betrok het pand in het voorjaar en doopte het 'Lucky Luyk'. In het najaar werd het door een knokploeg van de eigenaar ontruimd, maar de krakers keerden snel terug. De Lucky Luyk groeide uit tot een van de symbolen van de krakersbeweging, die er huisvesting voor jongeren in wilde afdwingen. De gemeente kocht evenwel het pand en zette een ontruimingsprocedure in gang [figuur 5.14]. Om voorbereid te zijn op een gewelddadige uitzetting van de burens werden voor de ramen van het redactie bureau rolluiken aangebracht. Secretaris Van der Heide liet uit voorzorg in de kelder pakken scheepsbeschuit opslaan voor het geval de ontruiming op een beleg uit zou lopen. 11 oktober 1982 werd 's ochtends bij het redactiekantoor aangebeld en stormde de mobiele eenheid de trap op. Via het gebarricadeerde dak werd de Lucky Luyk ingenomen. Sommige Tijdschrift-medewerkers vonden de situatie beangstigend en mochten naar huis. Anderen gingen er op de kamer van hoofdredacteur Jongkees in de fauteuils eens goed voor zitten en hadden een eersterangsuitzicht op de veldslag. De ontruiming was aanleiding voor straatgevechten in de omgeving tussen krakers en politie met als gevolg een verbrande tram, 24 gewonden en meer dan 100 arrestaties.

In 1985-1986 werd het interieur gemoderniseerd in verband met de automatisering van de administratie. De verouderde inrichting met pluche gordijnen en lampenkappen werd vervangen: wit in plaats van bruin, kunst aan de muur, moderne bureaus. De eerste pc was in 1984 aangeschaft, in 1987 gevolgd door een minicomputer. De administratieve handelingen waren geleidelijk toegenomen. De meeste artikelen (zeker 90%) werden nu eerst beoordeeld door referenten. Er werden meer artikelen aangeboden. Inmiddels waren 19 mensen in dienst. De indeling van het hoge, diepe en smalle huis was onpraktisch. De administratie en de productieafdeling waren door een tussenliggende verdieping gescheiden. De boeken van de bibliotheek waren over veel kamers verspreid.

Johannes Vermeerstraat

In 1986 viel het besluit een nieuw onderkomen te zoeken. Na veel zoektochten door de stad kwam in 1989 het Kunsthistorisch Instituut van de Universiteit van Amsterdam op de Johannes Vermeerstraat 2 in beeld [figuur 5.15]. Het kapitale pand was in 1911-1912 gebouwd voor een kunsthandelaar en in 1918 gekocht door de koopman W.J.R. Dreesmann. Deze liet in 1927 het huis uitbreiden met 2 kamers. Verder werd toen een huiskapel ingericht, volgens overlevering de ruimte waar zich thans het secretariaat van de hoofdredactie bevindt. Dreesmann liet in 1924 een 15e-eeuwse kopie van een majolica madonna uit de school van de gebroeders Della Robbia in de zijgevel inmetseten toen het huis tijdelijk werd bewoond door de pauselijke nuntius, die het gebouw ook heeft gewijd [figuur 5.16]. In 1960 werd het huis gekocht door de Gemeente Universiteit en de VU, waarna in 1961 alleen de Gemeente Universiteit eigenaar werd en er het Kunsthistorisch Instituut in huisvestte.



Figuur 5.15
Het pand aan de Johannes
Vermeerstraat 2 bij de aankoop.



Figuur 5.16
De 'majolica madonna' in de zijgevel
van Johannes Vermeerstraat 2.



Figuur 5-17
Het geheel gerestaureerde en
gerenoveerde pand Johannes
Vermeerstraat 2.



Figuur 5-18
De hal van het redactiekantoor.



Figuur 5.19
Het terras in de tuin waar bij
goed weer wordt geluncht.

Figuur 5.20
De kamer van de voorzitter van
de hoofdredactie, met Mesdags
aan de muur.



De Vereniging kocht het pand in 1990 voor f 5.000.500. Er werd onder couvert geboden; het bod van de Vereniging bleek aanzienlijk hoger te zijn dan dat van de andere bidders. Met de verbouwing moest een half jaar worden gewacht omdat de bouwvergunning niet werd afgegeven. De stadsdeelraad had namelijk bezwaren tegen de bouw van de liftkoker. In 1991 werd begonnen met de restauratie en renovatie onder leiding van ir.F.G.C. Rothuizen, die ook getekend had voor de modernisering van Jan Luykenstraat 5. Secretaris (later uitvoerend hoofdredacteur) A.J.P.M.Overbeke fungeerde als bouwcoördinator. Begin januari 1992 vond de verhuizing plaats [figuur 5.17].

De indeling is als volgt. Op de begane grond is de monumentale hal [figuur 5.18], daaromheen zijn de riante kamer van de voorzitter van de hoofdredactie, de kleine en de grote vergaderzaal en de keuken met een eettafel voor de lunch van de medewerkers. De kamers van de waarnemend voorzitter, de uitvoerend hoofdredacteurs en het secretariaat van de hoofdredactie bevinden zich op de eerste etage. Op de tweede etage zijn de directeur, één van de wetenschappelijk eindredacteurs en de productieafdeling gehuisvest. De bibliotheek met enkele werkplekken, onder andere voor een stagiair en de andere wetenschappelijk eindredacteur, is op de derde etage te vinden. Ook is daar een douche die wordt gebruikt door medewerkers die zich tijdens de middagpauze voorbereiden op de marathon van New York en andere sportevenementen. In de kelder verzorgt en bewaakt de systeembeheerder de databestanden. Het terras in de fraaie tuin is bij goed weer een ideale plaats om de lunch te gebruiken [figuur 5.19].

Huis en tuin worden opgeluisterd door verschillende uitingen van beeldende kunst. De oude verzameling van portretten van illustere voorgangers is aangevuld met schilderijen van Prakken, Jongkees en Dunning. Aan Hans Bayens werd ten tijde van de verhuizing opdracht verleend voor een schilderij met een medisch onderwerp, wat resulteerde in 'De grote visite', een doek dat een prominente plaats inneemt aan de wand van de grote vergaderzaal. Bij wijze van belegging zijn twee Mesdags aangeschaft die de kamer van de voorzitter van de hoofdredactie sieren [figuur 5.20]. In de hal en de tuin zijn verschillende beelden geplaatst die de sfeer van een kantoorgebouw speels doorbreken [zie bl. 288-9].

In 1996 is het huis op de lijst van rijksmonumenten geplaatst. In het dossier van Monumentenzorg staat het als volgt beschreven: 'Vroeg 20ste-eeuwse villa, uitgevoerd in historiserende stijl, met bijbehorend hekwerk, van algemeen belang vanwege de architectuurhistorische waarde. Tevens van belang vanwege stedenbouwkundige en ensemblewaarde als beeldbepalend onderdeel van de villabebouwing rond het Museumplein.' Het predicaat 'rijksmonument' houdt in dat bij veranderingen aan het pand de plannen aan de Commissie Monumenten moeten worden voorgelegd. Het is maar goed dat de lift tijdig is aangebracht.

VERZAMELINGEN

Behalve beeldende kunst heeft de Vereniging in de loop van de tijd ook andere objecten verzameld zoals boeken, penningen, portretten, postzegels met medische onderwerpen en ex-librissen van Nederlandse artsen. Op dit moment gaat de aandacht alleen nog uit naar de bibliotheek en de penningenverzameling. De verzameling portretten van Nederlandse geneeskundigen is overgedragen aan de KNMG, de postzegels zijn verkocht en de ex-libriscollectie leidt een slapend bestaan.

Bibliotheek

'In een tijdsbestek waarin de geneeskundige literatuur een niet meer te overziene omvang heeft aangenomen en waarin soms oude waarden als geheel nieuwe worden gelanceerd, is het goed af en toe eens naar de bronnen terug te keren. Soms zullen wij met blijdschap constateren hoeveel beter wij thans zijn toegerust voor de uitoefening van ons prachtige beroep, soms de wijsheid bewonderen van de in vroeger jaren werkende geneesheren, een enkele maal ook wel eens wat verwonderd lachen om hun ideeën en strevingen, misschien ten onrechte.'

E.Mandema, voorwoord bibliotheekcatalogus 1981

Figuur 5.21
De bibliotheek anno 1954
in de Jan Luykenstraat 5.





a



b



c



d



e



f



g



h

- a 'Belangrijk stuk', Bert Kiewiet
- b 'Staande tors', C.Spronken
- c 'Soleil couchant', H.W.Mesdag
- d Wortelnoten staand horloge, Carel C.Tappe, 18e eeuw
- e Dansers, Ineke van Dijk
- f 'Menuet', Saskia Pfaeltzer
- g 'De vrouw in de geneeskunde', Ronald Tolman
- h 'Thuiskomst vissersschepen', H.W.Mesdag

Het initiatief voor een eigen bibliotheek werd in 1914 door redacteur-gerant G.A. van Rijnberk genomen. Hij dacht aan een historisch gekleurde verzameling van boeken met sociale en medische onderwerpen. Ook aan folklore, psychologie en filosofie zou aandacht worden besteed. Als een gedreven verzamelaar ging Van Rijnberk voortvarend aan de slag. Toen de Financiële Commissie zich in 1944 afvroeg of niet te veel geld aan boeken werd besteed, was zijn antwoord: 'Wat weet men eigenlijk van de waarde van geld? Geld omgezet in mooie boeken blijft zijn waarde behouden'.¹ Van Rijnberk bleef tot 1947 in functie. In 1954 telde de verzameling ongeveer 5000 boeken en 5500 brochures [figuur 5.21]. Ter gelegenheid van het 125- en het 130-jarig bestaan van de Vereniging werd in twee delen een catalogus uitgegeven. Volgens het in 1981 verschenen eerste deel waren er toen 645 boeken en 4 handschriften uit de periode 1485-1800; het tweede deel uit 1986 telt circa 10.000 titels uit het tijdperk 1801-1985. Inmiddels bestaat de bibliotheekverzameling uit ongeveer 12.000 boeken, brochures en tijdschriften [figuur 5.22].

De bibliotheek bevat inderdaad de waardevolle boeken die Van Rijnberk voor ogen stonden. Het oudste boek, *Gart der Gesundheit* van Johann Wonnecke van Kaub, dateert uit het eind van de 15e eeuw. Ook is een aantal kostbare planten- en kruidenatlassen uit vroeger eeuwen aangekocht. Het langdurige verblijf van Van Rijnberk in Italië en zijn samenwerking met Italiaanse fysiologen vinden hun weerslag in een groot aantal Italiaanse titels. Zijn belangstelling voor het occulte is af te lezen uit boeken over dierlijk magnetisme en occulte wetenschappen. Verder waren door diverse leden van de Vereniging boeken over alle mogelijke onderwerpen afgestaan. Een en ander had geleid tot een verzameling die weinig onderlinge samenhang vertoonde. In de praktijk werd weinig gebruik gemaakt van de bibliotheek, zodat aan het nut ervan werd getwijfeld. Een duidelijk beleid ontbrak totdat de verhuizing naar de Johannes Vermeerstraat in zicht kwam. Wel werd in de jaren tachtig een aantal kostbare boeken gerestaureerd.

Nadat in 1977 en 1991 rapporten en adviezen van externe deskundigen over de bibliotheek waren verkregen, besloot de Algemene Vergadering van februari 1991 een actief bibliotheekbeleid te voeren. Als profiel werd gekozen voor de geschiedenis van de Europese geneeskunde. Van de verhuizing naar de fraaie nieuwe bibliotheekruimte in begin 1992 werd gebruik gemaakt om circa 10% van het boekenbestand dat niet paste in dat profiel af te stoten. Voor deze taak werd een parttime bibliothecaris aangesteld. De uit leden van de Vereniging bestaande Bibliotheekcommissie kon zich met deze gang van zaken niet verenigen en trok zich terug. Enkele jaren later vertrok de bibliothecaris om fiscale redenen, waarna in 1999 werd besloten een lid van de Vereniging te zoeken met belangstelling voor deze functie. Uiteindelijk werd gekozen voor de volgende constructie: een lid van de Vereniging als curator, bijgestaan door een kleine commissie met naast zich een parttime bibliothecaris.

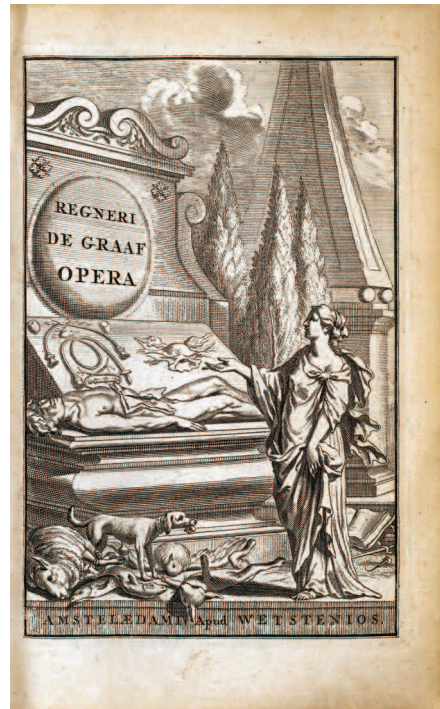
Figuur 5.23
De bibliothecaris anno 2006,
J.P.Gijssels.



Figuur 5.22
Een ex libris van het Tijdschrift.



Figuur 5.24
Titelpagina van Hippokratous
Aphorismoi. Aphorismi Hippocratis.
Ex recognitione A. Vorstii. Lugduni
Batavorum: ex officina Elzeviriana,
1628.



Figuur 5.25
Titelpagina van Regneri de Graaf
medici Delphensis Opera omnia.
Novae huic editione praefixa est
brevis narratio de auctoris vita.
Amstelaedami: apud Wetstenios,
1705.

Als eerste curator werd prof.dr.J.C.Molenaar aangesteld die van 2000 tot 2005 de functie vervulde, en als bibliothecaris J.P.Gijselhart [figuur 5.23]. In 2005 werd Molenaar opgevolgd door prof.dr.J.van der Meer. Als na te streven profiel werd gekozen voor: oorspronkelijke werken van vóór circa 1900 die beschouwd kunnen worden als mijlpalen in de geschiedenis van de Europese geneeskunde, secundaire bronnen over de geschiedenis van de geneeskunde en leerboeken interne geneeskunde en heelkunde.

Tijdens het curatorschap van Molenaar werden diverse activiteiten ondernomen. Gedurende een fulltime aanstelling in de periode 2001-2003 vervaardigde Gijselhart een geautomatiseerde catalogus die sinds 20 november 2004 via de website (www.ntvg.nl) voor iedereen rechtstreeks toegankelijk is. Verder werd de bekendheid van de bibliotheek vergroot door middel van lezingen, bruiklenen voor tentoonstellingen en een werkgroep van Leidse studenten die bijzondere exemplaren uit de verzameling besprak. Het restauratieproces van de bijzonderste boeken werd voortgezet. Er werd meer aandacht besteed aan de ideeëngeschiedenis van de geneeskunde.

Het nieuwe bibliotheekbeleid richtte zich, binnen de beschikbare budgetten, op verwerving van boeken die beslissend voor de ontwikkeling van de geneeskunde zijn geweest en die een hiaat in de collectie opvullen [figuur 5.24 en 5.25]. Vertrekkend vanuit de antieke geneeskunde werden werken

van Aretaeus van Capadocië (1552), Morgagni (1761) en Virchow (1858) aangeschaft. Bijzondere aankopen waren de anatomische atlanten van Bidloo (1685-1690) en Cowper (1698-1738) en de collectie nefrologie van de Amerikaanse internist-nefroloog Leon Fine. De verwerving van Descartes' *Les passions de l'âme* (1649) vormde de opmaat voor het aanvullen van werken op het gebied van de, toen nog gebroederlijke, neurologie en psychiatrie.

Molenaar en Gijselhart schreven diverse artikelen over de inhoud van de bibliotheek [2001:2487-92; 2003:2236-44; 2004:2341-5 en 2594-602; NTVG-S 2002:58-60]. Gefinancierd door het Fonds van de Vereniging wordt thans onderzoek gedaan naar de cultureel-historische achtergronden van euthanasie in Nederland onder supervisie van de historicus J.C.Kennedy. De aanleiding hiervoor vormde de schenking aan de bibliotheek door H.J.J.Leenen van zijn uitgebreide boekenbezit over dit onderwerp.

Van Rijnberk heeft gelijk gekregen met zijn opvatting dat mooie boeken hun waarde houden. De huidige bibliotheek biedt geïnteresseerde lezers ruimschoots gelegenheid zich geestelijk te verrijken op de wijze die Mandema aanbeveelt.

Penningen

Vanaf 1913 zijn penningen verzameld. Selectiecriteria waren dat de afbeeldingen op enige wijze verband moesten houden met geneeskunde en geneeskunst. Er werd een weinig actief beleid gevoerd, totdat de oud-secretaris J.van der Heide in 1999 werd aangesteld als curator van de verzameling. De verzameling wordt gekenmerkt door 3 thema's: medische faculteiten, praktiserende medici en ten slotte maatschappelijke organisaties zoals kruisverenigingen en fondsen voor medisch-wetenschappelijk onderzoek. Nu bestaat de collectie uit circa 700 penningen uit 400 jaar [figuur 5.26 en 5.27]. Onder andere is er een reeks Amsterdamse Hortuspenningen voor *medicinae doctores, chirurgen en apothekers*.

Figuur 5.26
Voor- en keerzijde van de
Dousa-penning op ware grootte.
(17e eeuw; [2005:884]).





Figuur 5.27
Voor- en keerzijde van de
Nuboer-penning,
ware grootte 8,5 cm
(20e eeuw; [2004:1494]).

Van der Heide herintroduceerde in 1981 de penning met een afbeelding van de 19e-eeuwse oogheekundige en fysioloog Donders als Verenigingspenning, uit te reiken aan personen met bijzondere verdienste voor de Vereniging. De penning die aan de winnaar van de Jonge-auteursprijs wordt uitgereikt, is ontworpen door Van der Heide [zie bl. 391]. Sinds het overlijden van Van der Heide in 2001 wordt de penningenverzameling beheerd door wetenschappelijk eindredacteur H.C. Walvoort, die met steun van een contactpersoon uit de numismatische wereld de verzameling aanvult. Vanaf 1999 verschijnen regelmatig afbeeldingen van penningen in het Tijdschrift.

NEVENACTIVITEITEN

De Vereniging heeft naast het uitgeven van het Tijdschrift ook andere activiteiten ondersteund en ontplooid. In de jaren negentig was de financiële situatie zo gunstig dat een commissie werd ingesteld om voorstellen te doen voor nieuwe initiatieven samenhangend met de doelstelling. Dit heeft onder andere geleid tot de auteurscursus, de Jonge-auteursprijs, de tijdschriftconferenties en de aanstelling van stagiairs [zie hierna]. Verder werd een bijzondere leerstoel ingesteld bij de Katholieke Universiteit Nijmegen (nu Radboud Universiteit Nijmegen).

In 2001 werd de opbrengst van een deel van het belegde vermogen bestemd voor een Fonds voor onderzoek op het gebied van geschiedenis van de geneeskunde en verwante terreinen. Inmiddels zijn 2 biografieën (over Van Swieten en over Ruysch) en een boek over aids in Nederland verschenen. Zes onderwerpen zijn nog in bewerking, te weten euthanasie, medische afbeeldingen, financiering van de psychiatrie, de dodendans in de schilderkunst en de literatuur, Arabische geneeskunde en een biografieën van Swammerdam en Petrus Camper.

Afgezien van de subsidies uit het Fonds is incidenteel bijgedragen aan kosten van publicatie van boeken over onderwerpen die een relatie met de doelstelling hebben. Voorbeelden zijn een proefschrift over Van Rijnberk, boeken over kwakzalverij en over literatuur en geneeskunde, het publicatieprogramma van het Global Initiative on Psychiatry, dat westerse psychiatrische literatuur voor Oost-Europa beschikbaar stelt, reisbeurzen voor deelnemers aan congressen uit derdewereldlanden en het jaarlijkse congres voor medisch studenten. In 1990 werd f 100.000 geschonken aan de bibliotheek van de medische faculteit in Boekarest voor boeken, tijdschriftabonnements en een fotokopieermachine. Het redactionele commentaar 'De vijftigste mei' [1995:915-6] ging gepaard met het planten van 2500 bomen in het artsenwoud in Israël ter gelegenheid van de 50-jarige bevrijding van Nederland.

Hoogst merkwaardig is de jarenlange ondersteuning van de Stichting Drooglegging Zuiderzee, die onverminderd werd voortgezet nadat van de Zuiderzee geen sprake meer kon zijn. Pas in 1961 werd de subsidie 'na jaar en dag' beëindigd.

Tijdschriftconferenties

Het doel van deze bijeenkomsten is om situaties die de geneeskunde, maar niet minder de maatschappij, voor vragen stellen, in een kleine kring van deskundigen te laten bespreken. Het gaat daarbij om de discussie, niet om consensus. Deelnemers worden uitgenodigd afhankelijk van het te bespreken onderwerp. Patiënten, ziekenhuisdirecties of verzekeraars nemen deel aan de discussie als dat zo uitkomt. De rol van Vereniging en redactie is beperkt tot het verlenen van gastvrijheid en het verzorgen van de verslaglegging [1989:1641].

De eerste tijdschriftconferentie vond plaats in 1989 en ging over de taak en de functie van medisch-ethische commissies bij wetenschappelijk onderzoek [1989:1659-64]. Voorbeelden van andere onderwerpen zijn: publiceren in het Nederlands, vrouwen en deeltijdarbeid in het medische beroep, screening, onbegrepen lichamelijke klachten [zie verder Bijlage 6].

Huisconcerten

Sinds 1992 zijn enkele malen kamermuziekconcerten in de hal van het redactiegebouw gegeven voor externe relaties of ter gelegenheid van het afscheid van een lid van de hoofdredactie. Zo werd Dunning uitgeluid met een uitvoering van Schuberts Winterreise.*

* De eerste regel van deze cyclus – 'Fremd bin ich eingezogen' – was ongewild van toepassing op Dunning, de tweede – fremd zieh' ich wieder aus – zeker niet.

Stagiairs

Vanaf 1986 bestaat voor jonge artsen de mogelijkheid om gedurende een half jaar stage te lopen op het redactie bureau. Het doel is om nieuwe auteurs op te leiden. De stagiairs volgen het redactie proces en wonen de vergaderingen van de hoofdredactie bij. Zij schrijven referaten, doen bibliometrisch onderzoek en publiceren daarover. Tot 2006 hebben 35 stagiairs van die mogelijkheid gebruik gemaakt. In totaal schreven zij 39 artikelen, waarvan 26 oorspronkelijke stukken, en leverden zij 90 andere bijdragen aan het Tijdschrift [zie Bijlage 8].

Auteurscursus

Vanaf 1986 worden eendaagse cursussen gegeven voor assistent-geneeskundigen in opleiding. De frequentie is tweemaal per jaar: om administratieve redenen afwisselend voor assistenten uit academische en niet-academische klinieken. Het aantal deelnemers is in de regel 30-35. Voordrachten worden gegeven door leden van de hoofdredactie, de wetenschappelijke eindredactie, de taalredactie, de redactie van de referatenrubriek en de adviserend taalkundige (eerst mw.F.Balk-Smit Duyzentkunst, later P.G.J. van Sterkenburg). In 1993 is een cursus op Curaçao gehouden voor lokale deelnemers.

Verder wordt sinds 1997 jaarlijks met veel succes een cursus ‘Schrijven in wetenschappelijk Engels’ gegeven door J.Kirkman en P.Hunt.

Jonge-auteursprijs

Voor deze ‘NTvG-prijs’ komen in aanmerking eerste auteurs van een oorspronkelijk stuk die jonger dan 40 jaar zijn. Een jury bestaande uit drie leden van de Vereniging hanteert de volgende criteria: oorspronkelijkheid van de vraagstelling, klinische relevantie, kwaliteit van de gebruikte methoden en van de presentatie van de resultaten. De prijs wordt uitgereikt aan het eind van de Algemene Vergadering en bestaat uit een penning en € 5000. In 1990 werd de prijs voor de eerste keer uitgereikt voor de winnende publicatie die in de jaargang 1989 was verschenen [zie verder Bijlage 5].

NTvG-S

Om medisch studenten te interesseren voor het Tijdschrift werd besloten tot een studenteneditie. Het eerste nummer verscheen in januari 1998 [figuur 5.28]. Het blad verschijnt viermaal per jaar, en omvat 80 pagina's per jaar. Het wordt in een oplage van 40.000 exemplaren gedrukt en meegestuurd met het moedertijdschrift. De andere exemplaren worden gratis



Figuur 5.28
Voorblad van het eerste nummer
van de NTvG-Studenteneditie in 1998.

aangeboden bij de 8 Nederlandse en 2 Vlaamse medische faculteiten. De redactie bestaat uit studenten van bijna alle Nederlandse medische faculteiten en is zelfstandig. Wel krijgt de hoofdredactie van het NTvG vooraf inzage in de kopij, maar dit heeft alleen maar tot kleine aanpassingen in de tekst geleid. Eenmaal per jaar is er overleg tussen beide redacties.

De meerderheid van de auteurs is student. Elk nummer wordt afgesloten door een column van de hand van een autoriteit op het gebied van geneeskunde, onderwijs of gezondheidszorg; de eerste keer was dat mw.dr.E. Borst, toenmalig minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Bijzondere leerstoel

In de afgelopen 15 jaar is door hoofdredactie en stagiairs veel onderzoek gedaan naar vorm en aard van publicaties in het NTvG en naar het redactionele proces [zie Bijlage 8]. Daarover is niet alleen in het Tijdschrift gepubliceerd, maar ook in internationale tijdschriften. Dit was reden voor het bestuur om toestemming te vragen een leerstoel te mogen vestigen en daarbij een plaats voor een universitaire onderzoeker beschikbaar te stellen.

In 1994 werd een verzoek aan het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam gericht voor de vestiging van een bijzondere leerstoel in de medisch-wetenschappelijke verslaglegging. In 1995 gaf het college het groene licht, waarop de Vereniging uitvoerend hoofdredacteur A.J.P.M. Overbeke voordroeg. In 1996 liet de Raad van Bestuur van het AMC evenwel weten niet akkoord te gaan.

Een positieve reactie van de Katholieke Universiteit Nijmegen leidde in 1999 tot de benoeming van Overbeke aan de Faculteit der Medische Wetenschappen met als leeropdracht 'De leer van de verslaglegging van medisch-wetenschappelijk onderzoek'. Na een voorafgaand symposium over publiceren in biomedische tijdschriften hield hij op 16 juni 2000 zijn inaugurele rede met de titel 'Wie wil blijven, moet schrijven. Medisch-wetenschappelijk publiceren: uitdaging of verplichting?' [figuur 5.29]. Hij is een dag per week

Figuur 5.29
Inaugurele rede uitgesproken door
A.J.P.M.Overbeke bij het aanvaarden
van de bijzondere leerstoel aan de
Katholieke Universiteit Nijmegen.



werkzaam in Nijmegen en verbonden aan de afdeling Medische Informatiekunde. De formatieplaats voor een onderzoeker wordt bezet door een promovendus die zoekgedrag van artsen in de elektronisch toegankelijke literatuur bestudeert met als doel aanbevelingen te doen om de opbrengst van het zoeken te vergroten.

TERUGBLIK

Tot 1970 was er in bestuurlijk opzicht nauwelijks onderscheid tussen Vereniging en Tijdschrift. De hoofdredactie en nieuwe redacteuren vormden het bestuur van de Vereniging. Om belastingtechnische redenen werd onderscheid gemaakt tussen de financiën van de Vereniging en de exploitatie van het Tijdschrift. Formeel was – en is – de Vereniging de eigenaar van het Tijdschrift, maar in feite vormde de hoofdredactie het dagelijks bestuur van de Vereniging. Daarbij was de voorzitter/hoofdredacteur ook nog verantwoordelijk voor het financiële beleid van Vereniging en Tijdschrift.

Bij de statutenwijziging van 1970 ging de hoofdredactie een minderheid van het bestuur vormen. Wel bleef de voorzitter van de hoofdredactie als penningmeester een hoofdrol in het beleid van de Vereniging spelen. In de Algemene Vergadering is bij herhaling de vraag gesteld of het wel wenselijk was een medisch specialist die niet vanwege zijn financiële deskundigheid als voorzitter van de hoofdredactie was benoemd ook met de verantwoordelijke functie van penningmeester te belasten, maar de centrale positie van deze functionaris bleef onaangetast. Dat neemt niet weg dat ook enkele voorzitters van de Vereniging een duidelijke invloed op het beleid hebben gehad. Met name geldt dat voor L.Schalm, de eerste voorzitter van de Vereniging volgens de statuten van 1970, en E.Mandema, die rond 1980 die functie bekleedde. Beiden hebben krachtig bevorderd dat het Tijdschrift zich meer openstelde voor de buitenwereld en dat het redactie bureau professioneler ging werken. Toch ligt het informele bestuurlijke zwaartepunt van de Vereniging nog steeds bij de hoofdredactie. Dat geldt niet alleen voor de financiële zaken, maar onder andere ook bij de selectie van nieuwe redacteuren; de mening van de hoofdredactie is in de praktijk doorslaggevend. Het bestuur, dat in de regel niet meer dan 4 maal per jaar vergadert, fungeert in de praktijk als een raad van toezicht. De meest ingrijpende besluiten die het bestuur neemt, betreffen de voorstellen voor benoeming van de leden van de hoofdredactie. De relatief korte zittingsduur (maximaal 6 jaar) van bestuursleden vergeleken met die van de hoofdredactie bevordert verder dat de hoofdredactie in feite als een raad van bestuur functioneert.

Het overzicht van de financiële situatie in de afgelopen 50 jaar laat zien dat de resultaten zeker bevredigend genoemd kunnen worden. Dat was in de jaren negentig aanleiding om verschillende activiteiten te ondernemen die

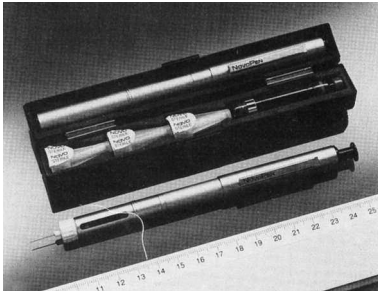
een relatie hadden met de doelstelling, zoals auteurscursussen, een tijdschrift voor studenten en een bijzonder hoogleraarschap. Daarbij moet wel worden aangetekend dat de grote hoogte van het vermogen eind jaren negentig voor een deel schijn is omdat het ongerealiseerde winsten op aandelen betreft. Een financiële reserve is nodig omdat de exploitatie de laatste jaren duidelijke verliezen oplevert. Onder jongere generaties neemt het aantal lezers van papieren tijdschriften duidelijk af. Een toenemend percentage van de Nederlandse artsen is al geen abonnee van het NTvG meer. Het is onzeker in welke mate de elektronische media nog meer terrein zullen veroveren op de klassieke intermediairs. De financiële reserves maken het mogelijk nog enige tijd op de huidige voet door te gaan, maar op de wat langere termijn zullen stellig duidelijke koerswijzigingen nodig zijn.

Noot

- 1 Valkenburg CT van. Gedenkboek 1907-1957. Geschiedenis van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde gedurende de tweede halve eeuw van zijn bestaan. Haarlem: Erven F.Bohn; 1957. p. 323.

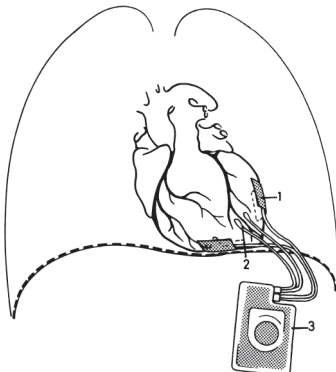
1987

- 104 **Insulinepen in plaats van spuit.** Multiple insuline-injecties per dag zijn nodig om de bloedglucosespiegels bij patiënten met type 1-diabetes mellitus zo goed mogelijk te reguleren. De meeste patiënten bleken de voorkeur te geven aan de nieuwe insulinepen boven de gebruikelijke injectiespuiten.



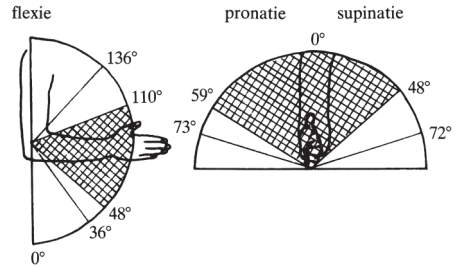
Boven de insuline-pen in de geopende cassette met accessoires, beneden klaar voor gebruik.

- 204 **Medicamenteus afbreken van de zwangerschap met epostane.** Dit middel remt de progesteronsynthese in het corpus luteum, waardoor abortus kan optreden. Bij 50 vrouwen met een ongewenste zwangerschap met een amenorroe-duur tot en met 8 weken was dit 42 maal het geval. De bijwerkingen van deze poliklinische behandeling waren minimaal.
- 679 **Erythema chronicum migrans als eerste teken van Lymeziekte.** In 1983 was bij patiënten in de VS met Lymeziekte *Borrelia burgdorferi* als ziekteverwekker geïsoleerd. In deze casuïstische mededeling wordt de ziektegeschiedenis van een man beschreven die in een Drents bos door een teek werd gebeten. De diagnose werd serologisch bevestigd.
- 951 **Eerste Nederlandse ervaringen met de implanteerbare automatische defibrillator.** Bij 7 patiënten werd dit apparaat na een reanimatie geïmplanteerd ter voorkoming van plotselinge hartdood. In 2 gevallen is op deze wijze waarschijnlijk een levensbedreigende ventriculaire ritmestoornis beëindigd.

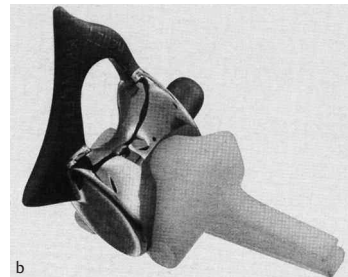
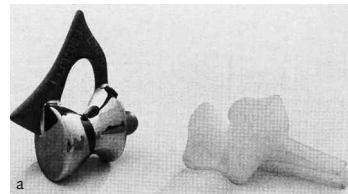


De ligging van defibrillator en elektroden na implantatie. (1) Patch-elektroden; (2) epicardiale afleid elektroden; (3) interne defibrillator.

- 1487 **Totale elleboogprothese bij reumatoïde artritis.** Van 12 ernstig geïnvalideerde patiënten waren 10 volledig tevreden met het resultaat van deze nieuwe behandeling.



Gemiddelde functie van het ellebooggewricht, vóór en na het plaatsen van een totale elleboogprothese volgens Souter-Strathclyde by 10 patiënten met reumatoïde artritis (■ voor operatie, □ + ▨ na operatie).

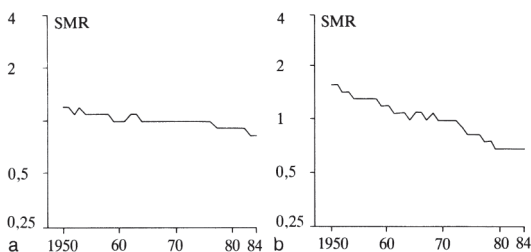


Totale elleboogprothese volgens Souter-Strathclyde. (a) Links de humerus-component, rechts de ulna-component; (b) de prothesedelen functionerend.

1988

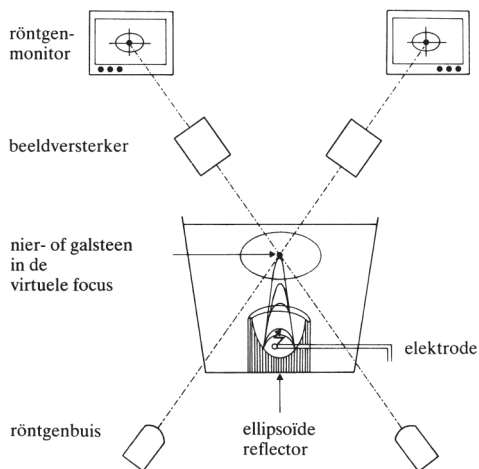
- 568 **Late gevolgen van de behandeling van kinderen met acute lymfatische leukemie.** Sinds 1973 bestaat de behandeling in Nederland uit systemische en intrathecale chemotherapie gecombineerd met schedelbestraling. Circa 50-70% van de kinderen geneest. Bij de meesten zijn er geen ernstige stoornissen in de groei, de secundaire geslachtsontwikkeling, de afweer tegen infecties en de functie van de inwendige organen. Wel vertoont een aanzienlijk percentage van de kinderen tekenen van hersenbeschadiging. 'Tenslotte zij erop gewezen dat behandeling van leukemie op de kindereleeftijd weliswaar ongewenste gevolgen op de lange termijn kan hebben, maar dat de ernst en de frequentie ervan niet opwegen tegen de belangrijke verbetering van de behandelingsresultaten die in de afgelopen 15 jaar is bereikt.'

1665 Sterfte aan aandoeningen die (gedeeltelijk) door medische zorg te voorkomen of te behandelen zijn geworden. In 1976 relativereerde McKeown in sterke mate de rol van de geneeskunde bij de sterftedaling sinds 1850. De sterfte aan infectieziekten daalde bijvoorbeeld al sterk voordat er effectieve medische interventies mogelijk waren. J.P.Mackenbach heeft nu voor Nederland de sterfte aan een aantal aandoeningen geanalyseerd waarvoor in de periode 1950-1984 effectieve medische zorg beschikbaar is gekomen. 'De conclusie is dat de ontwikkeling van de Nederlandse sterfte weinig aanleiding geeft om aan de effectiviteit van de huidige medische zorg te twijfelen.'

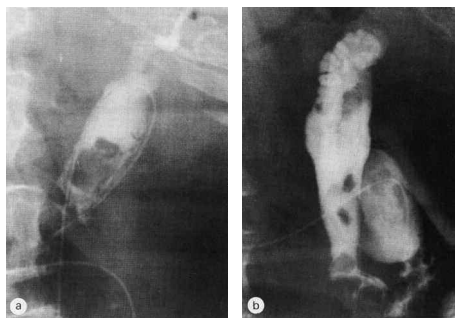


Trends in de totale sterfte (a) en in de sterfte ten gevolge van alle geselecteerde aandoeningen samen, gestandaardiseerd voor leeftijd en geslacht (SMR = standardized mortality ratios).

1965, 1970, 1974 Vergruizing van nierstenen en galstenen. Sinds 1980 is extracorporele schokgolflithotripsie (ESWL) eerst bij allerlei soorten nierstenen en sinds kort ook bij galstenen toegepast. Rotterdamse urologen zijn op grond van eigen goede ervaringen met deze methode van mening dat open chirurgie nauwelijks meer nodig is. Ook bij de oudere patiënt met choledocholithiasis kan op deze wijze een operatie worden voorkomen.



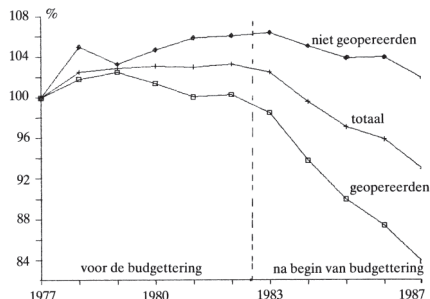
Schematische voorstelling van het principe van de extracorporele schokgolflithotripsie bij eerste-generatie-lithotriptor (Dornier).
 - Het genereren van de schokgolf door elektrode-ontlading in waterbad.
 - Focusering van schokgolven door half-ellipsoïde reflector in concreet dat in het virtuele brandpunt is gelegen.
 - Lokalisering van de urinesteen of steen in galblaas en plaatsing van patiënt door middel van twee elkaar kruisende röntgensystemen.



Cholangiografie door de nasobiliaire drain bij patiënte M. Er is een grote steen in de ductus choledochus vóór ESWL (a); de fragmenten na ESWL zijn zichtbaar (b).

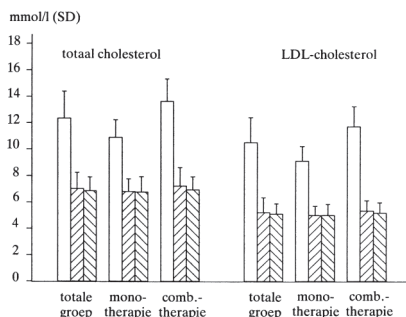
1989

156 Budgettering en ziekenhuisopnamen. Sinds 1983 zijn de ziekenhuizen gebudgetteerd. Omstreeks dat jaar daalde het aantal opnamen spectaculair. De daling van de verpleegduur zette zich onverminderd voort.



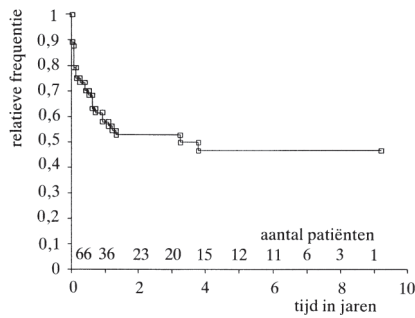
Naar leeftijd en geslacht gestandaardiseerde opnamefrequentie van wel en niet geopereerde patiënten in procenten van de opnamefrequentie in 1977.

332, 362 Simvastatine: een veelbelovende remmer van de cholesterol-synthese. Eerste ervaringen bij 50 patiënten met hypercholesterolemie. Het middel was uiterst effectief.

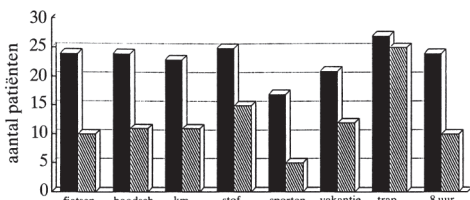


Gemiddelde gehalten (SD) van totaal cholesterol en 'low density lipoprotein'- (LDL)-cholesterol bij patiënten met hypercholesterolemie voor de behandeling □, na 1 jaar (n = 26) behandeling ⌘ en na 2 jaar (n = 24) behandeling ⑈ met simvastatine 40 mg dd als monotherapie (n = 12) of met een combinatie van simvastatine 40 mg dd en een galzuurbindend kunsthar (na 1 jaar: n = 14, na 2 jaar: n = 12). De resultaten zijn gegeven voor de totale groep en voor ieder van de subgroepen.

1395, 1401, 1406, 1414 **Levertransplantatie in Nederland.** In 1963 was in Denver de eerste orthotopie levertransplantatie verricht. In 1979 werd in Groningen met het Nederlandse transplantatie-programma gestart. Inmiddels zijn 73 transplantaties bij 66 volwassenen en 13 bij 11 kinderen uitgevoerd. Ook in vergelijking met buitenlandse centra zijn de resultaten goed te noemen. De kosten bedragen ca. f 250.000 (113.445 euro) per getransplanteerde patiënt, inclusief 5 jaar follow-up.

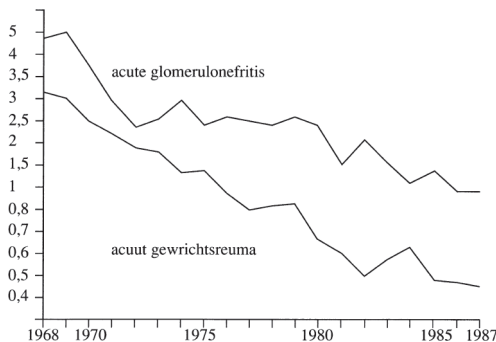


Actuariële overleving van alle volwassen patiënten die levertransplantatie ondergingen vanaf maart 1979.



Activiteitsniveau voor 8 dagelijkse bezigheden van 27 patiënten voor (■) en na (▨) een orthotopie levertransplantatie.

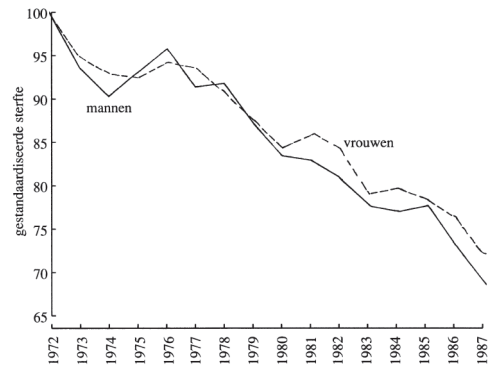
2334 **Acuut reuma en acute glomerulonefritis in Nederland.** De aantallen opnamen van deze verwante aandoeningen blijven dalen en ook de sterfte wordt steeds minder. Sinds 1976 is zelfs geen enkel sterfgeval van acuut reuma meer gemeld en in de jaren 1985-1987 zijn slechts 3 sterfgevallen van acute glomerulonefritis geregistreerd



(Voor leeftijd gecorrigeerde) aantallen opnamen wegens acuut gewrichtsreuma en wegens acute glomerulonefritis per 100.000 mannen + vrouwen, 1968-1987.

1990

592 **Daling van de sterfte aan het acute hartinfarct.** Nadat in 1972 het hoogtepunt was bereikt, is de sterfte blijven dalen, vooral bij de lagere leeftijdsgroepen.



Voor leeftijd gecorrigeerde (gestandaardiseerde) sterfte wegens acute ischemische hartziekten als percentage van de sterfte in 1972, naar geslacht.

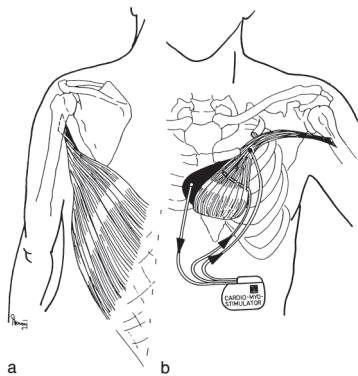
1457 **De eerste longtransplantatie in Nederland.** Een verslag van de eerste longtransplantatie werd in 1963 gepubliceerd. In Nederland werd deze ingreep voor het eerst verricht in het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein in 1989. Het betrof een 29-jarige vrouw met een ernstige vorm van bronchiolitis obliterans. De vitale capaciteit steeg van 1000 ml preoperatief tot 2100 ml 6 maanden na de ingreep.



Röntgenfoto van de thorax van patiënt A 6 maanden na rechtszijdige longtransplantatie. In het midden- en ondergebied plaatatelectase met resten van infiltratieve afwijkingen.

1748 **Het wikkelhart.** In het Academisch Ziekenhuis Maastricht is deze in 1985 voor het eerst beschreven methode nu toegepast bij 2 patiënten met ernstig chronisch hartfalen. Eén patiënt kon weer een normaal leven leiden, de ander overleed aan de gevolgen van mesenteriale trombose.

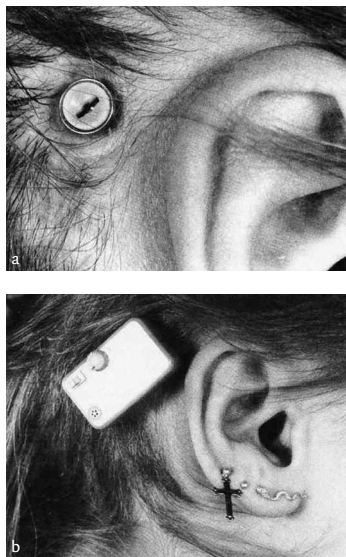
Het wikkelhart (vervolg)



De wikkelhartoperatie. (a) Rugaanzicht met de vrij te prepareren linker M. latissimus dorsi; (b) Vooraanzicht. De M. latissimus dorsi is in de borstholte gebracht, nadat een gedeelte van de 2e rib is verwijderd, en is om het hart gewikkeld. De spier zal worden geprikkeld door een pacemaker die de elektrische activiteit van het hart opvangt en zo zorgt voor een synchrone contractie van hart en wikkelspier.

1991

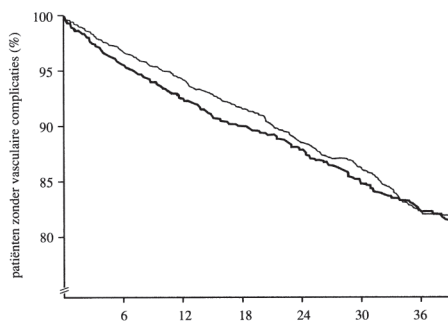
468 Een in het schedelbeen verankerd hoortoestel. Bij 15 patiënten voor wie een conventioneel luchtgeleidinghoortoestel niet geschikt was, werd een 'bone anchored hearing aid' (BAHA) ingebracht. Vergeleken met een conventioneel beengeleiderhoortoestel, waarbij de transducer op de huid drukt, verbeterde bij de meeste patiënten het spraakverstaan.



Fixatie van het BAHA-hoortoestel achter het oor. a. De titaniumopbouw, percutaan verbonden met de geïmplanteerde schroef. b. Het BAHA-toestel op zijn plaats.

796 Nierinsufficiëntie door Hantavirus-infecties in Twente. Bij een retrospectief onderzoek werd bij 5 van 10 patiënten met een acute en onbegrepen nierinsufficiëntie serologisch een doorgemaakte infectie met Hantavirus aangetoond. Het virus wordt verspreid door de rosse woelmuis, die vooral voorkomt op hoger gelegen gronden en in bosrijke gebieden. Bij 4 van 10 in Twente gevangen woelmuizen werd de infectie gevonden. Hantavirus-infecties komen zeer waarschijnlijk al vele jaren voor en worden onvoldoende herkend.

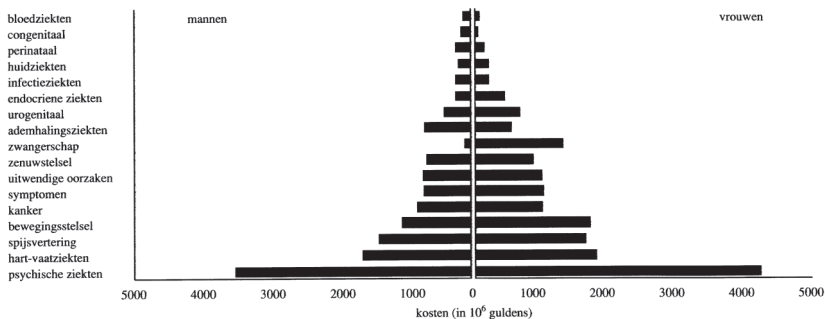
2273 Dosering van acetylsalicylzuur (ASA) bij 'transient ischaemic attack' (TIA). Het Nederlandse TIA-onderzoek was een gerandomiseerd dubbelblind onderzoek waarbij het effect van 30 mg ASA werd vergeleken met dat van 283 mg. Er werden 3131 patiënten gemiddeld 2,6 jaar geobserveerd. De lage dosis was minstens even effectief als de hogere en veroorzaakte minder bijwerkingen.



Kaplan-Meier-curves voor het samengestelde hoofdeindpunt 'vasculaire sterfte, beroerte, of hartinfarct', bij patiënten die na een 'transient ischaemic attack' of een niet-invaliderend herseninfarct werden behandeld met 30 mg acetylsalicylzuur per dag (—) of met 283 mg (---). Een hoger gelegen curve komt overeen met minder vasculaire complicaties.

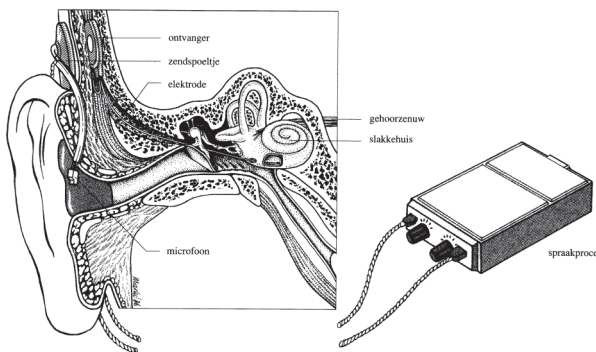
1992

74 Kosten van ziekten. In 1988 waren de totale kosten van de gezondheidszorg 39,8 miljard gulden, overeenkomend met 9% van het bruto nationaal product.



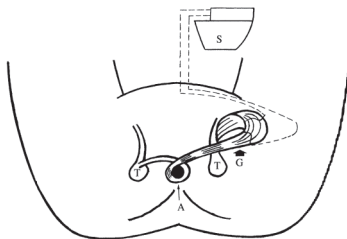
Kosten per diagnosegroep (ingedeeld naar de 17 hoofdstukken van de Internationale Classificatie van Ziekten), naar geslacht in 1988 in miljoenen gulden.

- 1404 **Cochleaire implantaten bij totaal doven.** Sinds 1985 worden cochleaire implantaten in Nederland toegepast. Het uitwendige deel van het apparaat vangt het geluid op en analyseert en codeert het in de spraakprocessor. Via de onderhuidse ontvanger worden de elektrische signalen zo dicht mogelijk bij de nog intacte zenuwvezels van de gehoorzenuw gebracht. Van 20 personen die zo'n binnenoorprothese ontvingen, scoorden 18 beter op de meeste tests. Bijna alle patiënten waren van mening dat het apparaat hun sociale contacten verbeterde. De kosten zijn evenwel hoog: circa f 50.000 (22.689 euro) per systeem en dan nog bijna eenzelfde bedrag voor medische behandeling en revalidatie.



Schematische tekening van een cochleair implantaat.

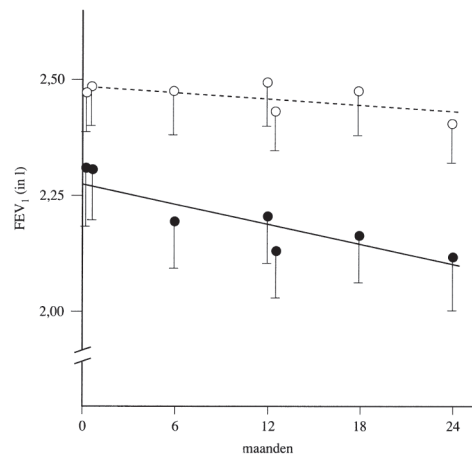
- 2178 **Anale M.-gracilisplastiek bij fecale incontinentie.** Bij deze ingreep wordt de M. gracilis naar het anale gebied getransponeerd. Via een subcutane elektronische stimulator wordt de spier geprikkeld. In Maastricht werden 12 patiënten behandeld, van wie 8 na 16 weken-5 jaar geheel continent waren. De verwachting is dat door deze dynamische M.-gracilisplastiek een stoma bij een groot aantal patiënten met fecale incontinentie kan worden vermeden.



De anale dynamische M. gracilis-plastiek wegens fecale incontinentie. De positie van de linker M. gracilis (G, dikke pijl) na transpositie. De spier is rond het anale kanaal (A, dunne pijl) gelegd en de pees is gefixeerd aan het contralaterale tuber ischiadicum (T). De elektrodekabels, weergegeven als gestippelde lijnen, zijn verbonden met een geïmplanteerde stimulator (S), die subcutaan in de onderbuik is geplaatst.

1993

- 192 **Sterkere verslechtering van de longfunctie bij CARA tijdens continue dan tijdens op klachten gerichte bronchusverwijdende medicatie.** De resultaten van dit Nijmeegse onderzoek laten zien dat patiënten met chronische aspecifieke respiratoire aandoening (CARA) die continu een bronchusverwijdend middel krijgen een jaarlijkse afname in geforceerd expiratoir éénsecondevolume (FEV₁) hebben die 3-4 maal zo groot is als die van patiënten die op geleide van klachten worden behandeld.



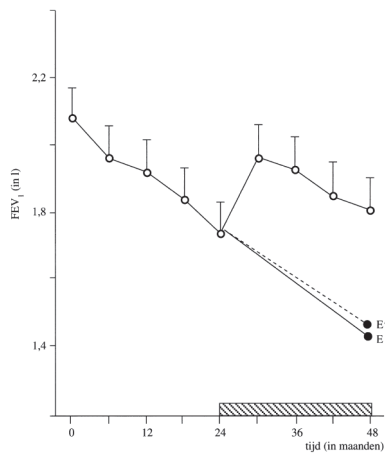
Afname van het geforceerde expiratoir éénseconde-volume (FEV₁) bij 144 CARA-patiënten in het gekruist therapeutisch onderzoek. De gemiddelde waarden en standaardafwijkingen van het gemiddelde zijn gegeven voor klachten gericht (○; n = 83) en continu (●; n = 61) behandelde patiënten.

- 240, 245 **Reductie van hematotoxiciteit van chemotherapie door re-infusie van perifere bloedstamcellen.** Infusie van autoloog beenmerg bespoedigt beenmergherstel na hooggedoseerde chemotherapie als behandeling van maligniteiten. Het is gebleken dat perifere bloedstamcellen dit vermogen ook hebben. Uit Amsterdamse centra worden nu de eerste resultaten met deze methode gemeld; die suggereren dat het hematologisch herstel hiermee aanzienlijk wordt versneld.
- 496 **Staken van levensverlengend handelen bij pasgeborenen.** In 1990 overleden 185 patiënten in 4 van de 10 centra voor neonatale intensieve zorg in Nederland. Bij 93 was de intensieve behandeling gestaakt wegens kansloosheid van de behandeling (58) of gebrek aan kans op een leefbaar leven (35). Bij de laatste categorie is het probleem dat het begrip 'leefbaar leven' niet scherp omschreven is.

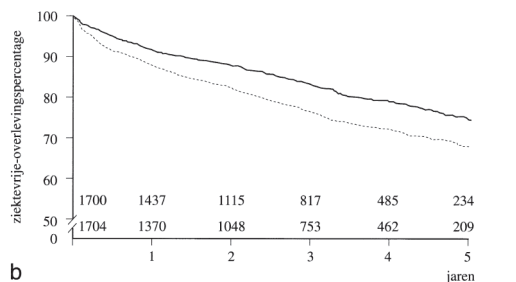
- 1722 **Remming van een ongunstig beloop van astma en chronische bronchitis door toevoeging van inhalatiecorticosteroiden aan monotherapie met bronchusverwijders.** Nijmeegse huisartsen en longartsen volgden 56 patiënten die 2 jaar lang alleen met een bronchusverwijder werden behandeld, waarna een aanvullende behandeling met beclometason werd gegeven. Door het inhalatiecorticosteroid werd de gestage achteruitgang van de longfunctie onderbroken.

→

Remming van een ongunstig beloop van astma en chronische bronchitis door toevoeging van inhalatiecorticosteroiden aan monotherapie met bronchusverwijders (vervolg)



Beloop van het geforceerde expiratoire éénseconde-volume (FEV₁) bij een groep van 56 patiënten met astma (n = 28) of chronische bronchitis (n = 28) gedurende 4 jaar bronchusverwijdende behandeling, in de laatste 2 jaar aangevuld met beclometason (E'); 800 µg/dag. De verticale lijnstukken geven de standaarddeviatie aan; E is het geëxtrapoleerde eindpunt wanneer alléén bronchusverwijdende therapie gecontinueerd zou zijn gedurende het 3e en het 4e jaar; E' is hetzelfde punt maar met een correctie voor spontane verbetering in het 3e en het 4e jaar op basis van regressie naar het gemiddelde.



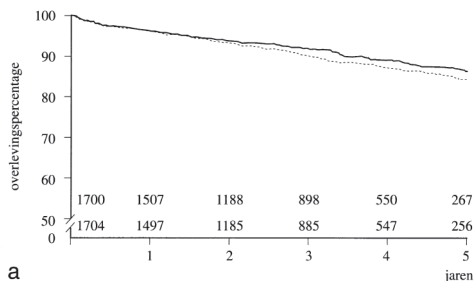
Kaplan-Meier-curven van 3404 patiënten die na een myocardinfarct gerandomiseerd orale anticoagulantia of placebo kregen voorgeschreven: overleving in het algemeen (a) en ziektevrije overleving (b; dat wil zeggen zonder overlijden, niet-fataal recidief-myocardinfarct, niet-fataal cerebrovasculair accident of ernstige bloeding); anticoagulantia (bovenste curve); placebo (onderste curve). Boven de horizontale as de aantallen patiënten 'at risk'.

1993
1994

1994

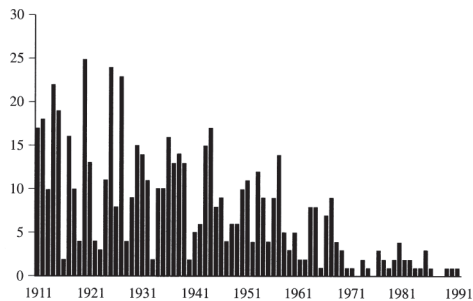
762 Een variabele maagband voor morbide obesitas. In het Rode Kruis Ziekenhuis te Beverwijk werd bij 30 patiënten met een mediane queteletindex (QI) van 43 kg/m² voor het eerst in Nederland een variabele maagband aangelegd. Hiermee wordt de maag verkleind. De cuff van het maagbandje, dat als pylorus fungeert, is via een slang verbonden met een reservoir in de rectusschede. Op deze wijze kan de vulling van de maagband en daarmee de diameter van de doorgang worden gevarieerd. Bij 13 patiënten die 10 maanden werden gevolgd, daalde de mediane QI naar 28 kg/m². Een complicatie was maagperforatie in 2 gevallen.

1018 Orale anticoagulantia na een hartinfarct. Verslag van een dubbelblind gerandomiseerd onderzoek bij 3404 patiënten uit 60 Nederlandse ziekenhuizen. Orale anticoagulantia werden vergeleken met placebo. Het effect op de sterfte was gering, maar er was een sterke vermindering van cardiale en cerebrovasculaire complicaties.



a

1855 Hij die het onweer hoort, is niet door de bliksem getroffen. Het aantal doden door blikseminslag is sinds het begin van de eeuw sterk afgenomen. Vroeger waren het vooral werkers op het veld, nu zijn het sporters en recreanten die dodelijk worden getroffen. Over het aantal overlevenden zijn geen betrouwbare gegevens.



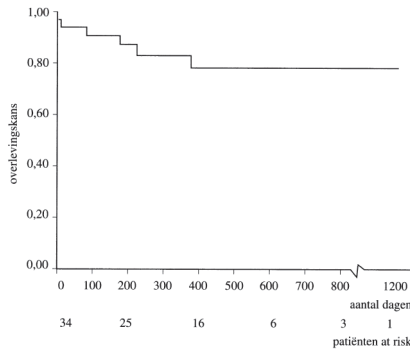
Aantal doden door blikseminslag in Nederland sedert 1911; bron: Centraal Bureau voor de Statistiek.

2133 Wiegendood in Nederland. Dankzij onderzoek van G.A.de Jonge wordt op de buik te slapen leggen van zuigelingen beschouwd als een belangrijke vermijdbare causale factor. In Nederland is deze buikligging van zuigelingen in de periode 1987-1993 afgenomen van circa 60% naar circa 10%. In die periode daalde het aantal gevallen van wiegendood/'sudden infant death syndrome' van 162 in 1980 tot 68 in 1993.

2491 Schildwachtklieronderzoek bij melanoma cutis. Het idee hierbij is dat ieder deel van de huid draineert op een 'eigen' lymfeklier. Voor de melanoombehandeling is het van belang om te weten of deze zogenaamde schildwachtklier tumorcellen bevat. In het Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit is een eerder beschreven methode aangepast om deze klier op te sporen. Door inspuiting van een radioactief colloïd wordt de lymfedrainage van het gebied waaruit het melanoom verwijderd is, zichtbaar gemaakt. Voordat de op deze wijze gelokaliseerde lymfeklier voor histologisch onderzoek wordt verwijderd, wordt een blauwe kleurstof ingespoten die de klier tijdens de operatie zichtbaar maakt. Op deze wijze bleek het inderdaad mogelijk micrometastasen aan te tonen.

1995

182 Het Groningse longtransplantatieprogramma. In de periode 1990-1993 werden 257 patiënten aangemeld, van wie uiteindelijk 35 een enkelzijdige (12) of dubbelzijdige (23) transplantatie ondergingen. De 1-jaarsoverleving was 84%.

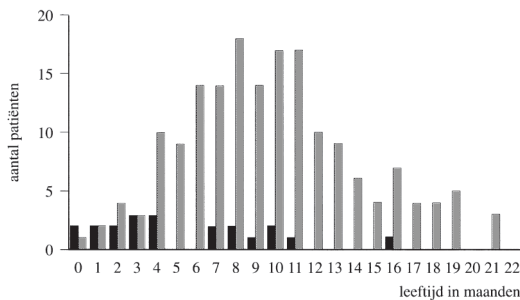


Overleving na transplantatie van patiënten in het longtransplantatieprogramma in het Academisch Ziekenhuis Groningen.

439 Presymptomatische DNA-test bij familiair mamma-/ovariumcarcinoom. Een Rotterdamse werkgroep meldt de eerste ervaringen met onderzoek naar het borstkankergen BRCA1 bij een familie met erfelijk borst-/eierstokkankersyndroom. Dit leidde er onder andere toe dat een 34-jarige vrouw besloot om dubbelzijdige mastectomie te ondergaan en dat een 35-jarige vrouw preventief de eierstokken liet verwijderen.

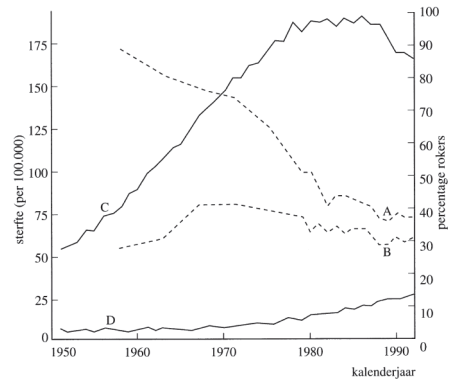
554 Intracytoplasmatische zaadcelinjectie (ICSI). In een samenwerkingsverband tussen Düsseldorf, Rotterdam en Arnhem is deze nieuwe methode om mannelijke subfertiliteit te behandelen sinds 1993 bij 353 patiënten toegepast. In totaal werden 72 klinische zwangerschappen vastgesteld.

88o Effect van vaccinatie tegen Haemophilus influenzae type b (Hib). In 1993 is 4-voudige vaccinatie van kinderen tegen Hib opgenomen in het Rijksvaccinatieprogramma. In de vaccinatiegroep kregen 21 kinderen toch meningitis door Hib, maar die bleken niet of onvoldoende gevaccineerd. Bij kinderen die tenminste 2 maal gevaccineerd waren, kwam deze vorm van meningitis niet meer voor.



Het aantal patiënten met meningitis door *Haemophilus influenzae* type b (Hib) in de onderzoeksperiode 1 april 1992 tot 1 april 1995, per leeftijdscategorie van 1 maand bij kinderen geboren op of na 1 april 1992 (■: vaccinatiegroep), en bij een controlegroep van patiënten met Hib-meningitis met dezelfde leeftijd en dezelfde onderzoeksperiode, alleen in 1991 en 1992, de 2 jaar vóór vaccinatie (▨).

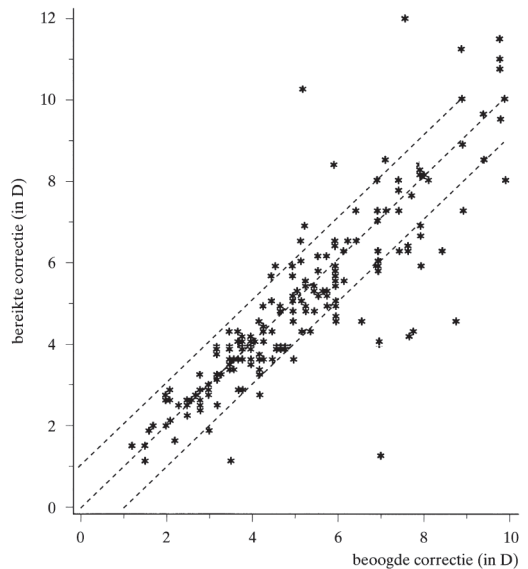
1493 Sterfte door longkanker daalt bij mannen en stijgt bij vrouwen.



Rookgedrag en sterfte aan longkanker voor mannen en vrouwen in Nederland. Weergegeven zijn: het percentage sigaretten-rokende mannen (A) en vrouwen (B) van 15 tot 65 jaar in Nederland (periode 1958-1993) (rechter verticale as) en de direct gestandaardiseerde longkankersterftecijfers bij mannen (C) en vrouwen (D) in Nederland (linker verticale as).

2140 Goed effect van influenzavaccinatie bij ouderen. In 15 Limburgse huisartspraktijken werden 927 personen in de leeftijd van 60 jaar en ouder gevaccineerd, terwijl 911 anderen een intramusculaire injectie met fysiologisch zout kregen. De incidentie van serologisch bewezen influenza was in de vaccingroep 4%, tegenover 9% in de controlegroep. Ook de frequentie van klinische influenza was bij de gevaccineerden significant lager.

2369 Behandeling van myopie met de excimer-laser. Eerste ervaringen met fotorefractieve keratectomie waarbij met een laserstraal corneaweefsel wordt verwijderd zodat de kromming afneemt. In Nijmegen is deze behandeling inmiddels bij 312 patiënten toegepast. Het resultaat was het beste bij correctie kleiner dan 6 dioptrieën.

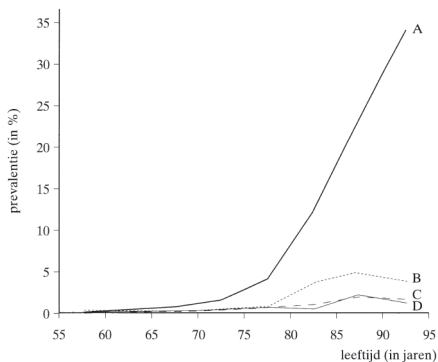


De bereikte refractieverandering (in dioptrie; D) door fotorefractieve keratectomie, na een follow-up van 1 jaar of vlak voor een herbehandeling, bij 245 patiënten (per patiënt één oog), uitgezet tegen de beoogde correctie. De diagonale lijn, waarop een resultaat exact gelijk aan het doel wordt weergegeven, wordt aan beide zijden geflankeerd door een lijn die een afwijking van 1 D hiervan weergeeft.

1996

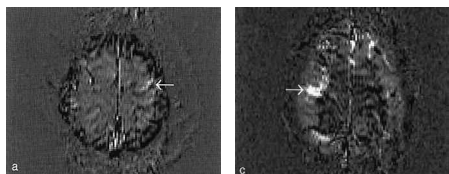
80 Meniscustransplantatie. In het De Wever Ziekenhuis te Heerlen werden 25 transplantaties uitgevoerd bij 23 patiënten. De gecryopreserveerde allotransplantaten waren afkomstig uit de VS en waren binnen 24 uur na overlijden verkregen. Na minimaal 2 jaar was bij 10 patiënten het resultaat goed, bij 10 redelijk en bij 3 slecht.

200 De prevalentie van dementie. In de wijk Ommoord, Rotterdam, werden 7528 personen ouder dan 54 jaar gescreend op cognitieve stoornissen. De prevalentie van dementie in dit 'Erasmus Rotterdam gezondheid en ouderen'(ERGO)-onderzoek was 6,3%. Geëxtrapoleerd naar de Nederlandse bevolking betekent dit dat 160.000 van de 55-plussers aan dementie lijden.



Prevalentie van 3 typen dementie en van overige dementievormen bij ouderen (≥ 55 jaar) in Ommoord, Rotterdam: ziekte van Alzheimer (A); vasculaire dementie (B); ziekte van Parkinson (C); overige dementie (D); de prevalentie per 5-jaars-leeftijdscategorie is uitgezet tegen de gemiddelde leeftijd in die categorie.

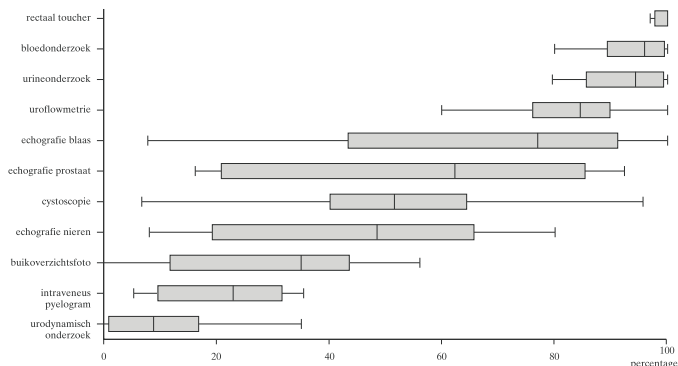
248 Functionele MRI. Een hersengebied met verhoogde activiteit vertoont een toegenomen doorbloeding, die met behulp van functionele 'magnetic resonance imaging' (fMRI) kan worden afgebeeld. In het St Radboud Ziekenhuis te Nijmegen is bij proefpersonen oriënterend onderzoek gedaan.



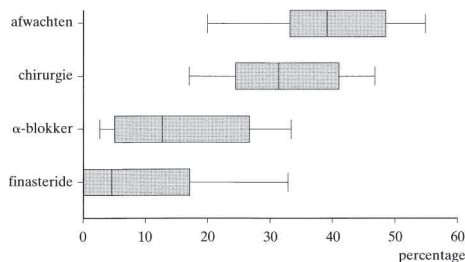
fMRI-beelden tijdens vingerbewegingen van de rechter (a) en de linker (c) hand. Het functioneel actieve gebied is met een pijlje aangegeven.

717 Ondervoede kinderen in Paramaribo. In 's Lands Hospitaal werden in de periode 1985-1990 minder dan 20 kinderen per jaar wegens ondervoeding opgenomen, van wie er maximaal 2 overleden. In 1994 waren deze getallen respectievelijk 142 en 18. Deze stijging wordt toegeschreven aan de verslechterde sociaaleconomische situatie door stopzetting van de ontwikkelingshulp en de binnenlandse oorlog.

837 Variatie in diagnostiek en behandeling van benigne prostaathypertrofie. Van 670 opeenvolgende, nieuw verwezen patiënten in 12 urologische praktijken verspreid over Nederland werden gegevens betreffende het gevoerde beleid geanalyseerd. De variatie was aanzienlijk.



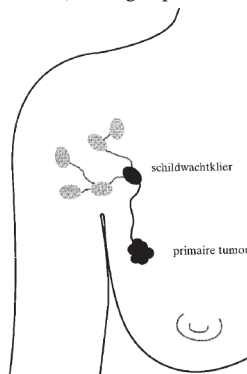
Variatie in diagnostiek bij vermoeden van benigne prostaathyperplasie in 12 urologische praktijken. De uiteinden van de balken corresponderen met het 25e en het 75e percentiel, de verticale lijn in de balk geeft de mediaan aan, en de uiteinden van de lijnstukken de uiterste waarden voor de betreffende verrichting, zonder de uitschieters en de extreme waarden.



Variatie in therapiekeuze bij benigne prostaathyperplasie in 12 urologische praktijken. De uiteinden van de balken corresponderen met het 25e en het 75e percentiel, de verticale lijn in de balk geeft de mediaan aan, en de uiteinden van de lijnstukken de uiterste waarden voor de betreffende verrichting, zonder de uitschieters en de extreme waarden. Onder afwachten ('watchful waiting'; dat wil zeggen poliklinische controle) wordt hier ook 'ontslagen zonder verdere afspraak' begrepen.

2235, De schildwachtklier bij patiënten met mammacarcinoom.

2239 Auteurs uit het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis en uit het VU Ziekenhuis hebben het schildwachtklierconcept nu ook met succes toegepast bij patiënten met mammacarcinoom. Wanneer in de schildwachtklier geen tumorweefsel wordt gevonden, mag men met een grote mate van zekerheid aannemen dat de andere okselklieren ook negatief zijn. In zo'n geval kan okselklierdissectie achterwege blijven, een ingreep die aanzienlijke morbiditeit veroorzaakt.



Schematische weergave van de schildwachtklier- of 'sentinel node'-concept: vanuit de primaire tumor treedt het eerst metastasering op naar de lymfklier die in het regionale station als eerste de lymfstroom ontvangt. Vandaaruit kan verdere metastasering naar klieren van het tweede echelon plaatsvinden (illustratie: R.P.Slagter, een ontwerp van dr.F.J.M.Hilgers).

6

Het Tijdschrift

Van 'Optocht der hoogleraren' naar 'Grote visite'

PRAKKEN 1955-1970 311

JONGKEES 1971-1982 316

DUNNING 1983-1995 322

VAN GIJN 1996-HEDEN 327

HET BUREAU 331

INTROSPECTIE 340

RETROSPECTIE 346

16,933 mm

Nederlands T

tabinstellingen veelvoud van 12 pt = 24 pt

corps 9,

KLINISCHE LESSEN

557

Vrouwen met onderbuikkla
varices, vulvavarices en insuf
behandeling door embolisati
L.G.van der Plas, A.van Vliet, M
en W.P.Th.M.Mali

Historici gebruiken regeerperioden van keizers en koningen wel om tijdvakken te onderscheiden en te benoemen. Wij willen de redacteuren-gerants (later voorzitters van de hoofdredactie) geen eigenschappen van absolute machthebbers toedichten, maar het valt niet te ontkennen dat alle 4 in de afgelopen 50 jaar elk op eigen wijze hun stempel op het Tijdschrift hebben gedrukt. Daarom bespreken wij eerst iedere voorzitter van de hoofdredactie en zijn naaste medewerkers, en hun invloed op de vorm en de inhoud van het Tijdschrift. Voor een beschrijving van de werkzaamheden van het redactiekantoor en verwante onderwerpen is gekozen voor een overzicht van de afgelopen 50 jaar. Leden van de hoofdredactie en andere medewerkers van het redactie bureau hebben onderzoek gedaan naar verschillende aspecten van het Tijdschrift; resultaten hiervan worden kort samengevat. Het uiterlijk van het Tijdschrift en het taalgebruik zijn reeds in hoofdstuk 4 besproken.

PRAKKEN 1955-1970

‘Belangrijke veranderingen willen wij niet aanbrengen; wij streven alleen naar geleidelijke verbeteringen.’

Prakken [1966:1]

Hoofdpersonen

J.R.Prakken werd in 1897 in Aalsmeer geboren. Hij deed zijn artsexamen in Amsterdam en was huisarts in Leerdam en op Texel voordat hij in 1933 dermatoloog in Amsterdam werd. Daar werd hij in 1946 hoogleraar. In 1952 werd hij redacteur van het Tijdschrift en in 1955 redacteur-gerant [figuur 6.1]. Hij was verantwoordelijk voor de nieuwe vormgeving van het Tijdschrift in 1957 en ontwierp de statuten die in 1970 van kracht werden. Na zijn aftreden als hoofdredacteur op 73-jarige leeftijd verzorgde hij bladvullingen met stukjes uit het Tijdschrift van 100 jaar tevoren. Hij overleed in 1982.

Prakken publiceerde in 1920 als student zijn eerste artikel in het Tijdschrift met als titel *Over automatische bewegingen van den slokdarm bij zoogdieren* [1920:222-7]. Vanuit Texel schreef hij casuïstische mededelingen (respectievelijk over encefalitis na koepokinenting en een huidaandoening als gevolg van een schapenziekte), waarna stukken over dermatologische onderwerpen volgden. Hij zag kans in café-restaurant Americain een stuk te schrijven



Figuur 6.1
J.R.Prakken.

terwijl zijn vrouw een voorstelling in de Stadsschouwburg bezocht. Tussen 1920 en 1967 was hij (mede)auteur van 33 oorspronkelijke stukken en casuïstische mededelingen in het Tijdschrift.

Hij wordt gekenschetst als een evenwichtige, nuchtere, betrouwbare, tolerante man die zich in het openbaar nooit opwond. In zijn Gedenkboek noemt Valkenburg zijn gemoedelijkheid, common sense, mensenkennis, humor en natuurlijke eenvoud. De psychiater H.Musaph, die jarenlang met hem in de dermatologische kliniek had samengewerkt, beschreef hem als volgt: ‘Hij is niet het prototype van de man met een “keep smiling face”. Hij kijkt bij het eerste contact altijd ernstig, is duidelijk verlegen, op het schutterige af. Hij speurt de ander in zijn optreden en reageert pas daarna spontaan. Vindt hij de ander sympathiek, dan kan deze bij hem heel wat potjes breken. Hij heeft een hekel aan fantasterij, en aan iemand die zijn woord niet houdt. Hij toont een duidelijk tekort aan begrip voor dergelijke lieden, omdat deze eigenschappen hem vreemd zijn. (...) Hij is wars van uiterlijk vertoon, van onderdanigheid en etiquette. Door-en-door democraat kan hij zich niet thuis voelen in kringen, waar bepaalde spelregels een dwingend karakter hebben.’ [1967:1182-3].

In latere jaren kreeg hij last van doofheid. Een naaste medewerker vermoedde dat die soms Oost-Indisch van aard was. Tijdens de vergadering werden initiatieven van de jongeren zwijgend genegeerd door een sigarenrokende Prakken en zijn sigarettenrokende plaatsvervanger J.W.Duyff; aan het eind van de vergadering bleek evenwel dat Prakken wel degelijk de suggesties had opgepikt waar hij wat in zag.

Als plaatsvervangend hoofdredacteur fungeerde van 1956 tot zijn overlijden in 1969 op 62-jarige leeftijd de Leidse hoogleraar Fysiologie J.W.Duyff [figuur 6.2]. Volgens Prakken was hij een merkwaardig gesloten man. Hij las alle ingekomen stukken zeer kritisch en had een fenomenale parate kennis. In zijn streven naar uiterste perfectie nam hij nooit vakantie. Hij werkte zelfs door voor het Tijdschrift toen ziekte hem dat bijna onmogelijk maakte.

Duyff werd opgevolgd door Chr.L.Rümke, eerst lector en later hoogleraar Medische Statistiek aan de Vrije Universiteit [figuur 6.3]. Opgeleid als farmacoloog verdiepte hij zich in de methodologie van klinisch-wetenschappelijk onderzoek. Bij zijn komst naar de hoofdredactie in 1969 kwam deze kennis goed van pas omdat in die tijd steeds meer artikelen werden aangeboden met kwantitatieve resultaten van onderzoek bij groepen patiënten. Evenals Duyff las hij alle stukken, waarbij hij vooral de methodologische en statistische aspecten kritisch beoordeelde. Hij bleef tot 1992 in functie; bij zijn aanstelling was 70 jaar nog de pensioengerechtigde leeftijd. Hij heeft dan ook onder 3 hoofdredacteurs ‘gediend’, te weten Prakken, Jongkees en Dunning. Al die jaren was hij een behoudende drager van de lange traditie van het Tijdschrift. Als auteur leverde hij veel didactische stukken over kernbegrippen uit de medische statistiek.



Figuur 6.2
J.W.Duyff.



Figuur 6.3
Chr.L.Rümke.

De functie van redactiesecretaris werd van 1951 tot 1968 vervuld door M.M.Hilfman, die zijn loopbaan was begonnen als militair arts in Nederlands-Indië en die jaren in Japanse krijgsgevangenschap had doorgebracht [figuur 6.4]. Voor zijn vele verdiensten voor het Tijdschrift ontving hij in 1968 de Donderspenning. Hij bewerkte het *Geneeskundig Woordenboek* van Pinkhof en was een voorvechter van zorgvuldig taalgebruik. Na zijn pensionering heeft hij nog jarenlang de rubriek ‘Berichten buitenland’ verzorgd. Hij werd opgevolgd door H.de Vos, die vanaf 1962 als 2e secretaris in functie was geweest.



Figuur 6.4
M.M.Hilfman.

Hoofdartikelen: ‘alles weglaten wat voor het beoogde doel gemist kan worden’

Prakken hield zich trouw aan de traditie dat de hoofdredacteur een nieuwe jaargang met een hoofdartikel begint. In zijn periode als hoofdredacteur ontwikkelde de geneeskunde zich stormachtig. Medicamenteuze behandeling van psychosen en de ziekte van Parkinson werd mogelijk, evenals transplantatie van organen. Hartchirurgie, cardiale pacemakers en heupprothesen verlengden het leven of verbeterden de kwaliteit ervan. Het Softenondrama schokte de wereld. ‘De pil’ veroorzaakte een revolutie in het seksuele gedrag. In de samenleving waren heftige discussies over abortus provocatus en euthanasie. Karakteristiek voor het temperament van Prakken is dat hij in deze hoofdartikelen vaak schrijft dat er geen schokkende dingen te melden zijn. Toch had hij wel degelijk oog voor deze problemen. Begin januari 1968 schreef hij in zijn hoofdartikel: ‘In de afgelopen jaargang is een serie bijdragen te vinden die niet overal in overeenstemming is met het rustig gereserveerde, misschien ook wat deftige karakter dat wij als passend voor een wetenschappelijk tijdschrift hebben leren beschouwen. Ik bedoel natuurlijk de discussie over de “pil”. (...) De redactie heeft van verschillende zijden te horen gekregen dat zij de “pillenrel” niet had moeten toelaten. Het komt mij voor dat die critici te weinig hebben overwogen wat het zou hebben betekend als ons Tijdschrift geen plaats zou hebben geboden voor discussie over de orale contraceptie, stellig een der belangrijkste ontwikkelingen in onze tijd.’ Ook over geslachtsverandering bij de behandeling van transseksualiteit had hij opvattingen die voor die tijd liberaal te noemen zijn [zie bl. 177].

Evenals zijn opvolgers in de hoofdredactie streefde Prakken naar bondig taalgebruik: ‘Wij Nederlanders hebben dikwijls de neiging tot omstandig schrijven. (...) Dat het voor het schrijven van een goed artikel essentieel is om alles weg te laten wat voor het beoogde doel gemist kan worden, weet men in Engeland, het land van de meesters der short story, beter dan bij ons’ [1960:1].

Als oud-huisarts had de positie van de huisarts zijn speciale belangstelling. Hij bevorderde dat huisartsen lid van de redactie waren. In 1957 werd

een voordracht voor nieuwe leden van de Vereniging opgesteld waarbij de vertrekkende huisarts uit de redactie niet door een beroepsgenoot zou worden opgevolgd. Prakken zorgde er toen voor dat F.J.A.Huygen, de latere hoogleraar Huisartsgeneeskunde in Nijmegen, in plaats van een specialist werd benoemd. Bij herhaling pleitte hij voor een postacademische opleiding voor huisartsen in een tijd dat een pas afgestudeerde arts zich meteen als huisarts kon vestigen [1960:1273-4; 1963:233-4; 1966:484-5]. Dat hield niet in dat hij het NTvG als een blad exclusief voor huisartsen beschouwde. ‘Sommige huisartsen zijn nog te veel gevangen in de uit de historische ontwikkeling voortgekomen maar tot een fictie geworden voorstelling, dat de geneeskunde in haar volle breedte het terrein van de huisarts zou zijn en dat een algemeen medisch tijdschrift een tijdschrift voor huisartsen moet zijn’ [1965:1].

Bij de verschijning van het tijdschrift *Spreekuur thuis*, bestemd voor leken en uitgegeven in samenwerking met de KNMG, schreef Prakken een kritisch en ironisch hoofdartikel [1958:2137-8]. Deskundige medische voorlichting aan het publiek in dag- en weekbladen is van belang, maar het nut van een medisch tijdschrift voor leken is volgens hem twijfelachtig. ‘Mocht een morbide ingestelde lezer in een hypochondrische stemming zijn geraakt, dan kan hij tot gezonde gedachten worden gebracht door de rubriek “Spreekuur met de kok”. Dit is de enige rubriek waarvoor de Maatschappij niet de volle verantwoordelijkheid behoeft te dragen, want niemand minder dan Henriette Holthausen dekt de inhoud met haar onbetwist culinair gezag. Haar adviezen voor de bereiding van kippesoep à la manière de la maison en voor pikante zoetzure kippesla kan men veilig volgen.’

Vorm en inhoud

Het eerste nummer van de 101e jaargang is ook het eerste nummer met de nieuwe opmaak en het grotere formaat [zie bl. 238]. De inhoud bestaat uit interessante stukken uit de beginjaren van het Tijdschrift, waaronder baanbrekende artikelen van F.C.Donders en H.Snellen. De BMJ van 12 januari 1957 heeft het over ‘a collector’s piece for all those interested in the history of medicine.’

Een groot deel van de tekst van het Tijdschrift in die jaren is gewijd aan – meestal zeer uitgebreide – verslagen van bijeenkomsten van wetenschappelijke verenigingen, inclusief de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Vaak worden ook de discussies uitvoerig weergegeven.

De oorspronkelijke artikelen zijn vaak nog weinig gestructureerd. Bespreking van literatuur gaat dan naadloos over in weergave van eigen waarnemingen zonder duidelijke vermelding van de gebruikte methoden. Het eigen onderzoek bestaat voornamelijk uit observaties, soms bij een enkele patiënt. Interventieonderzoek komt zelden voor. Samenvattingen zijn vaak globaal en weinig informatief.

Analyse van 100 achtereenvolgende oorspronkelijke stukken uit jaargang 1957 leverde het volgende op: in 6 gevallen waren er geen eigen waarnemingen; 3 maal ging het om onderzoek bij dieren; 2 maal werd statistische toetsing verricht bij vergelijking van uitkomsten.

Dezelfde exercitie voor jaargang 1970 gaf het volgende beeld: in 13 gevallen werden geen eigen waarnemingen beschreven; 1 maal ging het over onderzoek bij dieren; 7 maal werd statistische bewerking verricht.

In de periode-Prakken wordt een aantal onderwerpen behandeld die in latere perioden niet meer of in veel mindere mate aan bod komen. Een voorbeeld van een verdwijnende ziekte is de inheemse malaria, die nog tot in 1957 is waargenomen. Veel aandacht wordt besteed aan infectieziekten zoals tuberculose, poliomyelitis, difterie en pokken. Acut reuma en resus-antagonisme zijn dan nog actuele onderwerpen. De haringworm, die een eosinofiele flegmone van de dunne darm veroorzaakt, vormt tijdelijk een ernstige bedreiging voor de visserij; verhoging van het zoutgehalte tijdens de conservering heeft het probleem kennelijk opgelost. De Planta- of margarineziekte met als hoofdsymptoom een ernstige huiduitslag zorgt voor tijdelijke onrust bij bevolking en fabrikant. Ernstiger zijn de gevolgen van het Softenon- of thalidomidedrama, waar het Tijdschrift vanaf 1962 tijdig aandacht aan besteedt.

Publicaties over toediening van anabole steroïden aan kinderen en vrouwen zou de redactie tegenwoordig niet meer laten passeren. Andere onderwerpen die nu als achterhaald worden beschouwd, zijn: het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk en de behandelbaarheid van homofilie.

Endoscopie met behulp van de flexibele fiberscoop zal afbeeldingen van röntgenonderzoek van maag en duodenum uit het Tijdschrift langzamerhand doen verdwijnen. De eerste ervaringen met laparoscopie worden beschreven. De invoering van de eenheden volgens het International System of Units (SI) bij de vermelding van laboratoriumgegevens komt voorzichtig op gang.

In 1957 wordt Prakken tijdens de Algemene Vergadering gevraagd waarom er geen artikelen worden opgenomen over medisch-ethische vraagstukken. Hij antwoordt dat met *Medisch Contact* het volgende is afgesproken: het NTvG zal zich beperken tot het medisch-wetenschappelijke terrein en *Medisch Contact* zal de beroepsbelangen en de medische ethiek behandelen. Beroepsbelangen blijven inderdaad buiten beschouwing, maar in de loop der jaren komen in het Tijdschrift toch ethische onderwerpen aan de orde die onder latere hoofdredacteurs in toenemende mate aandacht blijven vragen. Het boek van prof.dr.J.H.van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, uit 1969, brengt de euthanasiediscussie op gang. Publicaties over 'de pil' veroorzaken veel beroering, evenals artikelen over abortus provocatus. KID (kunstmatige inseminatie met sperma van een donor) en geslachtsverandering zijn andere omstrede onderwerpen.

Tijdens het bewind van Prakken zijn diverse rubrieken ingevoerd, zoals ‘Medische opleiding’, ‘Conferenties en demonstraties’ (voor postacademisch onderwijs), ‘Nuttige notities’ (stafbesprekingen uit het Gemeenteziekenhuis Arnhem), ‘Klinisch-pathologische conferenties’ (uit Rotterdam), ‘Bijdragen uit Nederlandse laboratoria voor medisch-biologische basisvakken’ en ‘Farmacotherapeutische overzichten’. Sinds 1959 zijn de didactische rubrieken jaarlijks gebundeld in een Jaarboek. In 1959-1962 verscheen een week na het jaarlijkse KNMG-congres een zogenaamd ‘Ledencongresnummer’.

Het redactionele aanvaardingsbeleid is in deze jaren minder stringent dan later. Manuscripten afkomstig uit universitaire afdelingen zijn altijd al gezien door de betreffende hoogleraar die als medeauteur of in een voetnoot wordt vermeld. Zo’n artikel passeert in de regel moeiteloos, want hoe zou de redactie nog kritiek kunnen hebben na deze professorale goedkeuring? Stukken van leden van de Vereniging worden niet bekort. Hoogleraren worden niet gemaand wanneer zij hun toezeggingen niet nakomen. Artikelen uit niet-universitaire klinieken worden wel aan nadere beoordeling onderworpen. Haast is er niet: tussen het aanbieden en het verschijnen van een artikel verlopen 9 tot 12 maanden.

Hoewel Prakken streeft naar helder en bondig taalgebruik, lukt dat in de praktijk lang niet altijd. Het woordgebruik is harder dan tegenwoordig. Het downsyndroom heet nog ‘mongoloïde idiotie’. Een patiënt kan ‘achterlijk’ zijn. Patiënten zijn op foto’s vaak zeer duidelijk herkenbaar, laat staan dat vermeld wordt dat zij toestemming tot publicatie hebben gegeven. Aan 40-, 50-, 60- en soms 70-jarige ambtsjubilea van artsen wordt ruime aandacht besteed. Hoewel al diverse artikelen verschijnen over de gevaren van roken voor de gezondheid, worden jubilerende of overleden dokters in de rubriek ‘Personalialia’ met dampende rookwaar geportretteerd.

JONGKEES 1971-1982

‘Als het waar is dat wij zijn wat wij heten te zijn, ouderwets, dan ligt dat vermoedelijk ook aan de rust die van het huis Jan Luykenstraat uitgaat.’ Jongkees [1982:2369]

Hoofdpersonen

Prakken werd opgevolgd door L.B.W. Jongkees (1912-2002). Jongkees werd geboren in Groningen en studeerde geneeskunde in Utrecht. Evenals Prakken schreef hij als student zijn eerste publicatie voor het NTvG over een dierexperimenteel onderzoek dat geen relatie had met zijn latere beroepsuitoefening. Het artikel van Jongkees dateert uit 1933 en gaat over de invloed van in een ader gespoten hypertone keukenzoutoplossing op de maag-

bewegingen, een onderzoek bij katten [1933:5493-9]. Hij promoveerde vóór zijn artsexamen (1938) op een farmacologisch onderwerp: *Picrotoxine als tegengif tegen eenige slaapmiddelen*, en volgde de kno-opleiding in Utrecht. Hij werkte als kno-arts in Zwolle, maar keerde terug naar de Utrechtse universiteitskliniek als chef de clinique. Hij deed onderzoek over evenwicht dat ook internationaal aandacht trok. Op 37-jarige leeftijd werd hij benoemd als hoogleraar in Amsterdam [figuur 6.5]. Een belangrijke overweging voor zijn komst naar Amsterdam was dat in die stad betere voorzieningen waren voor zijn dove dochter. Bij zijn research legde hij zich toe op evenwichtsstoornissen, N.-facialisverlamming en doofheid.

Hij trok, naar eigen zeggen, tot 1968 volle collegezalen. De democratisering van het universitaire onderwijs die in die tijd een hoogtepunt bereikte, was hem een doorn in het oog. Ook het onderzoek leed daar naar zijn mening onder. In totaal was hij 50 maal promotor, maar de laatste jaren van zijn hoogleraarschap ondervond hij de inbreng van medisch-ethische commissies als bijzonder hinderlijk. Hij was dan ook blij dat hij in 1982 de deur van de kliniek achter zich dicht kon doen.

Nationaal en internationaal bekleedde hij veel bestuursfuncties en ontving hij prestigieuze onderscheidingen, waaronder 2 eredoctoraten. In 1983 werd hij benoemd tot Commandeur in de Orde van Oranje Nassau. Hij overleed in 2002.

In 1957 was hij redacteur van het Tijdschrift geworden. Hij schreef gemakkelijk, zelfs in de huiskamer of in bed. Tussen 1933 en 1979 was hij (mede)auteur van 24 oorspronkelijke stukken en casuïstische mededelingen. Hij verzorgde maar liefst 37 klinische lessen.

Typierend is zijn karakterisering van Prakken, met wie hij het persoonlijk goed kon vinden, en die hij beschreef hij als 'een plattelander, zacht en zeer links', terwijl hij zichzelf een stadsmens noemde, hard en met afkeer van de politiek.

Dat de toenemende aandacht voor psychosociale aspecten van de geneeskunde ook zijn weerslag moest krijgen in het Tijdschrift wilde hij niet ontkennen, maar de stukken moesten wel helder zijn. Hij betwijfelde sterk of deze ontwikkeling een lang leven beschoren zou zijn; wat was er immers van de leer van Freud overgebleven?

Toen hij verantwoordelijk werd voor het financiële beleid merkte hij dat, ten onrechte, de waardevermeerdering van de aandelen als inkomen werd beschouwd en als zodanig werd belast. Gekozen werd voor een andere bank. Kort na zijn aantreden als hoofdredacteur benaderde hij H.E.Stenfert Kroese, op dat moment directeur van Bohn, de uitgever van het Tijdschrift. In het redactie bureau van het Tijdschrift was dringend behoefte aan meer technische en financiële knowhow. Dit leidde tot de aanstelling van Stenfert Kroese als chef productie van het Tijdschrift, een functie die hij tot 1979 uitoefende [figuur 6.6].



Figuur 6.5
L.B.W. Jongkees.



Figuur 6.6
H.E. Stenfert Kroese.

Figuur 6.7
J.van der Heide.



Figuur 6.8
Hoofredactievergadering rond
1980 v.l.n.r. kloksgewijs rond
de tafel: L.B.W. Jongkees, W. Artz,
J. van der Heide, Chr. L. Rümke,
H. Overwater, T. Klück.

In 1972 werd secretaris De Vos opgevolgd door M.F.Polak en W.Artz. Polak vertrok in 1975 na een conflict met Jongkees over de publicatie van een artikel dat de lof zong van een hospitaal voor de zwarte bevolking van Johannesburg [1975:1222-4]; Polak kon zich hiermee niet verenigen. Hij werd opgevolgd door J.van der Heide, die tot zijn pensionering in 1989 lid van de hoofdredactie was [figuur 6.7 en 6.8]. Van der Heide was 25 jaar huisarts in Arnhem geweest. Als secretaris hield hij zich speciaal bezig met de samenstelling van themanummers, waaronder die over oorlog en verzet in 1985, en reeksen artikelen over een bepaald onderwerp zoals diabetes, mondheekunde en farmacotherapie. Met zijn grote belangstelling voor beeldende kunst koesterde hij de penningenverzameling van de Vereniging, die hij catalogiseerde en uitbreidde. Na zijn vertrek uit de hoofdredactie heeft hij nog enkele jaren de rubriek 'Berichten buitenland' verzorgd.

Artikelen en opinies: 'alle gezwam ten spijt'

Jongkees drukte zich altijd duidelijk uit en nam in woord en geschrift geen blad voor de mond. In zijn artikelen is die eigenschap herkenbaar.

Over de WHO-definitie van gezondheid

'Op de arts wordt steeds meer druk uitgeoefend om zich met maatschappelijke zaken bezig te houden zoals milieu, woningbouw, huwelijk en tegen de achtergrond van de kreet van de Wereldgezondheidsorganisatie over gezondheid lijkt dit de gezondheidszorg, die de arts is, te passen. Maar dit is schijn! De geneesheer is in deze zaken even deskundig of ondeskundig als de schoenmaker, maar die heeft tenminste steun in het spreekwoord over zijn leest. Als spreekwoord geldt het echter even zwaar voor de arts. Ons past evenzeer bescheidenheid, in uitvoering zo goed als in doelstelling.'

Ondanks grote vooruitgang constateert Jongkees toch veel klachten over de geneeskunde. Dat zou wel eens kunnen komen omdat artsen zich bemoeien met zaken waar zij geen of onvoldoende kennis van hebben, maar:

'Alle gezwam ten spijt is de afnemende van vele infectieziekten te danken aan de geneeskunde die de van nature niet erg hygiënische mens tot hygiënischer leven dwong en die antibiotica, vaccinatie e.t.q. aan de samenleving schonk. (...) Ons wordt niet ten goede aangemerkt wat bereikt, maar verweten wat nog niet bereikt is.' [1977:1345-6].

Over dreigende bezuinigingen bij het medisch-wetenschappelijk onderzoek

'If you think education is expensive, try ignorance.' 'If you think medical research is expensive, try disease.' 'En dan maar hopen dat deze woorden misschien eens een minister bereiken die wil luisteren en zich niet verschuilt achter elkaar tegensprekende rapporten ...' [1980:809-10].

Over magie en geneeskunde

De hedendaagse medicus verricht nog maar enkele magische handelingen, zoals ‘het voeren van het esculaapteken dat zijn magische werking inderdaad nog toont in het verkeer, bij ponten en bij parkeerproblemen.’ Patiënten hebben behoefte aan magie. Een goede arts beheerst niet alleen de geneeskunde, maar ook de geneeskunst.

‘De zuiver rationele ambtenaar van de gezondheidsdistributie – tot de staat waarvan als extreem voorbeeld sommige moderne overbelaste ziekenfondsartsen zijn vervallen – is een even grote karikatuur als de kunstenaar zonder kunde die de paranormaal begaafde op zijn allerbest is. Alleen zijn de laatsten veel gevaarlijker, veel dodelijker.’ [1960:529-34].

Over het spreken van de waarheid

Het spreken van de waarheid aan het ziekbed is een mode:

‘Eerlijkheid is – gegeven de beperktheid van ons oordeel – uiteindelijk lang niet altijd het beste, ze duurt inderdaad wel vaak lang, in haar schadelijke effecten.’ [1978:921-3].

Jongkees was in woord en daad een man van de wereld en van uitgesproken opvattingen. Oud-leerlingen beschrijven hem als ‘joyeus’ en noemen hem ‘een briljante man met een helder verstand, een innemende persoonlijkheid en een grote uitstraling’ [2002:2162-3]. Als hoofdredacteur hield hij zich vooral met de grote lijnen bezig, wetende dat zijn waarnemer Rümke toch wel alle stukken las.

Vorm en inhoud

In deze periode wordt de nodige aandacht gegeven aan nieuwe ontwikkelingen zoals microvasculaire chirurgie, actieve behandeling van het hartinfarct, CT-scan, echoscopie, arthroscopie, endoscopische retrograde cholangiopancreatografie (ERCP) en antenatale diagnostiek van misvormingen. De pokken verdwijnen, maar legionellose komt nu ook in Nederland voor. Er zijn polio-epidemieën in Staphorst en op de Veluwe.

De meeste aangeboden artikelen worden nu zonder aanzien des persoons door referenten beoordeeld. Geleidelijk komt er meer aandacht voor statistische bewerking van gegevens. In 1982 worden de begrippen ‘sensitiviteit’ en ‘specificiteit’ bij diagnostische tests voor het eerst gebruikt. Er zijn evenwel nog steeds artikelen die als oorspronkelijk stuk worden aangekondigd, maar die bij nader inzien nauwelijks meer dan een literatuuroverzicht of een casuïstische mededeling blijken te zijn. In een serie van 100 oorspronkelijke stukken uit 1982 waren er 6 zonder en 94 met eigen waarnemingen, zij het dat deze vaak niet meer dan een beschrijving en een bespreking van een of meer patiënten betroffen. In 12 gevallen was statistische toetsing van uitkomsten verricht. De literatuurlijsten bij de artikelen zijn

vaak lang; de kroon spant een overzicht met 305 referenties! In 1974 werd een Engelstalig artikel geplaatst en in 1976 was er een dubbelpublicatie met *The Lancet* [1976:1990-5].

Het internationale gezelschap van redacteuren van medische tijdschriften – het International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) of de Vancouver-groep [zie later] – had richtlijnen voor het publiceren van artikelen opgesteld. Deze houden onder andere in dat medeauteurs moeten verklaren dat zij instemmen met publicatie en dat afbeeldingen van patiënten alleen met hun toestemming mogen worden afgedrukt. De ‘Vancouver-regels’ werden in 1982 bij het Tijdschrift ingevoerd.

Nog steeds zijn er in deze periode foto’s van jubilerende en rokende artsen, veel en uitgebreide verenigingsverslagen en afbeeldingen van herkenbare (en soms kwetsbare) patiënten.

Op de jaarvergaderingen van de Vereniging worden regelmatig zorgen uitgesproken over de inhoud van het Tijdschrift: te weinig klinische lessen en bijdragen uit de basiswetenschappen, te lange duur van het publicatietraject en onvoldoende actualiteit.

In 1970-1971 wordt gediscussieerd over de invoering van SI-eenheden. Prakken, toen nog net hoofdredacteur, is afwezig als het bestuur besluit tot invoering, met Jongkees als waarnemend voorzitter. Achteraf laat Prakken duidelijk merken tegen te zijn. In 1978 zou invoering wettelijk verplicht worden volgens Europese regelgeving [1977:590-4]. Het systeem houdt onder andere in dat (milli)grammen en milli-equivalenten worden vervangen door (milli)molen. Clinici hadden de meeste moeite met de gedwongen vervanging van calorieën en mmHg door joules en pascals. De hoogleraar Inwendige Geneeskunde W.H.Birkenhäger noemt de pascal een tragische paskwil [1977:596-7]. Het Tijdschrift voert de nieuwe eenheden in de volgende jaren geleidelijk in, maar de mmHg houdt stand. (Internationale tijdschriften zijn minder gezagsgetrouw: *The Lancet* bijvoorbeeld geeft het Hb nog steeds in g/l op.)

Evenals in de tijd van Prakken was het beleid van de hoofdredactie dege-lijk en behoudend, hoewel toch wel enige beweging waar te nemen was. Op de achtergrond heeft de voorzitter van de Vereniging, L.Schalm, een actieve rol gespeeld. Hij was de grondlegger van de nieuwe structuur van de Vereniging en bevorderde een professionelere werkwijze van het bureau. De benoeming van Stenfert Kroese geeft blijk van het inzicht dat het redactie-bureau zakelijker geleid moest worden.

In de Algemene Vergadering van 1976 geeft Jongkees toe dat het Tijdschrift niet geheel bevredigend functioneert: de voorlichting over nieuwe ontwikkelingen is te weinig actueel, er is te weinig oorspronkelijk werk en er is onvoldoende berichtgeving over wat er in de medische wereld omgaat.

Jongkees had geen hoge dunk van de kwaliteit van de aangeboden artikelen over psychosociale onderwerpen. ‘Helaas is het ons niet gelukt de lezer op dit terrein iets te bieden, meestal doordat wat ons werd aangeboden

niet voldeed aan elementaire eisen van wetenschappelijke opzet, verstaanbaar taalgebruik, beknoptheid en verantwoorde conclusie' [1982:1]. Op een vraag tijdens de Algemene Vergadering van 1973 of niet een redacteur met deskundigheid op dit gebied zou moeten worden aangetrokken, antwoordde Jongkees dat hij niet zou weten wie. Tijdens de Algemene Vergadering van 1980 liet hij merken weinig op te hebben met deze 'zachte' onderwerpen: 'hierbij vraag ik me werkelijk af of we niet wat al te veel op het pad van psychosociale, alternatieve, ethische en dergelijke problemen zijn terechtgekomen. Op de universiteit blijkt bij de studenten groeiende afkeer tegen "vage praatjes" en voorkeur voor exacte mededelingen te ontstaan.' Toch riep de hoofdredactie naar aanleiding van een artikel over euthanasie [1973:553] de lezers op om over dit onderwerp van gedachten te wisselen. Later nam Jongkees contact op met H.J.J. Leenen, de eerste hoogleraar Gezondheidsrecht in het land, voor een gesprek over het euthanasieprobleem. Dit leidde in 1980 tot een rondetafelconferentie waarvan in het Tijdschrift verslag werd gedaan [1982:553-6] [zie ook bl. 170 e.v.].

DUNNING 1983-1995

'Een tijdschrift is een meneer. Het NTvG is een zeer deftige meneer, die dan ook gevestigd is in een mooi pand in een chique buurt. Maar naast zijn huis, in de Jan Luykenstraat, staat het voormalige huis van notaris Slis. De Lucky Luyk, het meest beruchte kraakpand van Amsterdam. Zo is dat: ook een hele deftige meneer heeft met veranderingen in de omringende wereld te maken.'

Dunning in de Volkskrant (23 oktober 1982)

Hoofdpersonen



Figuur 6.9
A.J. Dunning.

A.J. Dunning werd geboren in 1930 in Arnhem. Hij doorliep daar het gymnasium, ging in Amsterdam geneeskunde studeren aan de Gemeente Universiteit en slaagde in 1958 voor zijn artsexamen. Hij specialiseerde zich in het Binnengasthuis in de inwendige geneeskunde (1958-1962, opleider J.G.G. Borst) en in het Wilhelmina Gasthuis in de cardiologie (1962-1964, opleider D. Durrer). Zijn proefschrift *Electrostimulation of the carotid sinus nerve in angina pectoris* verscheen in 1971. In 1976 werd hij lector en in 1980 hoogleraar Inwendige Geneeskunde, in het bijzonder in de Cardiologie, en tevens hoofd van de afdeling Cardiologie van het AMC tot 1993 [figuur 6.9].

Zijn eerste oorspronkelijke publicatie in het Tijdschrift, *Bloed- en beenmergafwijkingen na gebruik van sulfadimethoxine (Madribon)*, is uit 1962 [1962:1729-30]. Daarna was hij (mede)auteur van 24 oorspronkelijke stukken en casuïstische mededelingen. Hij was redacteur van het *Textbook of coronary care* en het *Nederlands leerboek der cardiologie*. Samen met de neurochirurg P. Vinken, de latere topman van Elsevier, had hij bij uitgeverij Excerpta Medica

pionierswerk verricht bij de ontsluiting van de medische literatuur met behulp van de computer.

Dunning schreef niet alleen voor medische lezers: in het weekblad *Elsevier* en in *NRC Handelsblad* had hij medische rubrieken verzorgd. Met zijn essays over geneeskunde en samenleving in *Broeder Ezel*; over het onvermogen in *de geneeskunde* (1981) had hij ook buiten de wereld van de geneeskunde veel aandacht getrokken. Dit boek werd later gevolgd door *Uitersten; beschouwingen over menselijk gedrag* (1990), *Stof van dromen; over de verbeelding van het ongeziene* (1997), *Betoverde wereld; over ziek en gezond in onze tijd* (1999) en *Post mortem; gesprekken in het vagevuur* (2003).

Hij was geen lid van de Vereniging toen Jongkees moest worden opgevolgd. Vanuit het bestuur werd hij op de vacature geattendeerd. Het bestuur vond dat het tijd was voor een nieuwe koers en dacht dat Dunning daarvoor de juiste man was.

Tijdens zijn hoofdredacteurschap was Dunning ook op andere terreinen actief. Zo was hij vicevoorzitter van de commissie Structuur en Financiering van de Gezondheidszorg (Commissie-Dekker) (1986-1987) en voorzitter van de commissie Keuzen in de Zorg (1990-1991).

In 1984 volgde dr.A.J.P.M.Overbeke, chirurg, de internist Artz als secretaris op [figuur 6.10]. Overbeke was zeer actief bij de automatisering van de redactionele processen en versterkte de internationale contacten van het Tijdschrift [zie later]. Mede op grond van zijn onderzoek naar verschillende aspecten van medisch publiceren werd hij later benoemd als bijzonder hoogleraar in Nijmegen. In de periode 1985-1989 waren er 3 secretarissen: Van der Heide, Overbeke en J.J.B.den Hollander. De laatste werd in 1988 opgevolgd door dr.J.H.M.Lockefeer, die 10 jaar huisarts in Zeeuws-Vlaanderen was geweest, waarna hij zich alsnog specialiseerde tot internist. Hij werkte in Tilburg en was daar hoofd van de opleiding interne geneeskunde. Zijn wetenschappelijk aandachtsgebied was de calciumhuishouding [figuur 6.11].

Tot de pensionering van Van der Heide in 1989 hadden de 3 secretarissen ook taken na de aanvaarding van artikelen, zoals taalkundige en medisch inhoudelijke aanpassingen. In 1990 werd hiervoor dr.H.C.Walvoort als eerste wetenschappelijk eindredacteur benoemd. Hij was opgeleid als dierenarts en had als patholoog gewerkt bij het Rijksinstituut voor Volksgezondheid (vanaf 1984 RIVM). Hij promoveerde cum laude op een proefschrift over de ziekte van Pompe bij de hond.

Rümke werd in 1992 als waarnemend voorzitter van de hoofdredactie na een zittingsperiode van 23 jaar opgevolgd door H.G.M.Rooijmans, sinds 1976 hoogleraar Klinische Psychiatrie aan de Rijksuniversiteit Leiden [figuur 6.12]. Hij was in Groningen gepromoveerd op een proefschrift over psychiatrische diagnostiek. Daar had hij zich als consulent al onderscheiden door zijn nauwe samenwerking met de andere specialismen in het



Figuur 6.10
A.J.P.M.Overbeke.



Figuur 6.11
J.H.M.Lockefeer.



Figuur 6.12
H.G.M.Rooijmans.

ziekenhuis. Ook in zijn verdere loopbaan werkte hij met succes aan het opheffen van de status aparte van de psychiatrie binnen de klinische geneeskunde.

Hoofdartikelen en andere stukken: 'Er is een eind aan alle dokteren'

In zijn eerste hoofdredactionele artikel, *Nieuwjaar 1983*, verschijnt het thema dat in de stukken van Dunning regelmatig terugkeert: de grenzen van de geneeskunde.

'Wat dit jaar en de daaropvolgende zal kenmerken, zijn fundamentele beperkingen en veranderingen in de uitoefening van de geneeskunde, de opleiding en het wetenschappelijk onderzoek erbinnen. (...) Het geloof aan een ongebreidelde vooruitgang waarin meer middelen en mensen meer gezondheid, betere zorg en grotere genezingskansen zouden brengen, wordt niet langer aanvaard.' En het volgend jaar: *1984 of het perspectief van een jaarwisseling*: 'Met Orwell hebben wij de utopie verloren almaar gezonder te zullen worden en almaar gelijk in kansen op vrijheid van ontplooiing en geluk.'

In 1995 gaat het in *Belle époque?* over de toenemende kloof tussen weten en kunnen. 'Er is een eind aan alle dokteren, maar die erkenning komt moeizaam tot stand, want hoop doet leven' [1995:2705-6]. Mondiaal gezien zijn dit problemen van overvloed en onbehagen.

Het Tijdschrift is altijd huiverig geweest zich op het terrein van de politiek te begeven. Bij wijze van uitzondering wordt in een redactionele kanttekening *Laatste hulp* [1983:1103] zakelijke informatie gegeven over de medische gevolgen van een kernoorlog. Er moet een politieke keus worden gemaakt tussen behoud van gewapende vrede of afschaffing van kernwapens, te beginnen in eigen land. 'Wie het leven liefheeft en bij zijn beroepsaanspraak beloofd of gezworen heeft dat te beschermen en te beschutten, hoeft niet blind de weg naar Armageddon af te leggen.' In *Denkend riet* [1991:1844-6] komt het milieu aan de orde. Artsen hebben ook de plicht iets te doen om de achteruitgang van het milieu tegen te gaan. De mens is weliswaar een fragiel onderdeel van de natuur, maar wel – naar de woorden van Pascal – een denkend riet.

Een Tijdschriftnummer met bijdragen over dit onderwerp gaat vergezeld van het commentaar *Gebruik van alternatieve geneeswijzen: tussen hoop en vrees* [1994:284-6]. Het gaat niet om wetenschappelijke erkenning van alternatieve geneeswijzen, maar om de erkenning van de patiënt die iets zoekt wat hij in de geneeskunde van alledag niet vindt. 'Hoewel weinigen naar hun vakantiebestemming willen vliegen met een paranormaal begaafde maar niet gebrevetteerde piloot of hun geld laten beleggen door een helderziende, drijven hoop en vrees vele mensen naar irrationeel gedrag en magische verwachtingen voor lijf en ziel.'

Vorm en inhoud

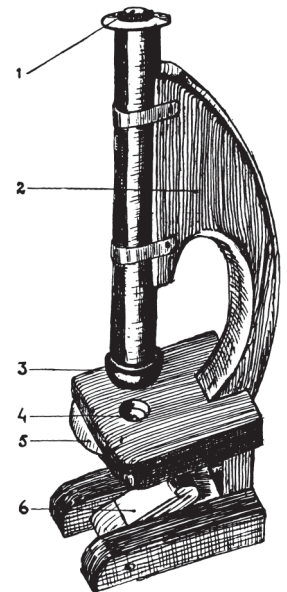
In het jubileumboek uit 1957 schreef Van Valkenburg 66 van 384 bladzijden onder de kop ‘Tijdschrift en maatschappij’. Het ging toen niet over de Nederlandse samenleving, maar over de (K)NMG. De relatie tussen geneeskunde en maatschappij kwam niet ter sprake. In de jaren tachtig lagen de accenten volstrekt anders: het Tijdschrift stond open voor sociale, ethische en juridische vraagstukken en had nauwelijks meer een relatie met de KNMG.

Ter gelegenheid van de herdenking van het einde van de Tweede Wereldoorlog verschenen bijzondere nummers. 40 jaar na de bevrijding van Nederland [1985:817 e.v.] bevatte artikelen over oorlogsslachtoffers, onderduikers en verzetstrijders en teksten uit de jaargang 1945. Het einde van de oorlog in Azië werd herdacht met het nummer 40 jaar na de Indische Kamptijd [1985:1505 e.v.]; [figuur 6.13].

In 1987 verscheen een serie artikelen over geneeskunde en recht. Verpleeghuisgeneeskunde, arbeidsongeschiktheid en medisch onderwijs kregen alle ruimte. Wetenschapsjournalisten schreven series artikelen over de Nederlandse gezondheidsfondsen en over de gezondheidszorg in Nederland en Europa.

Met zijn belangstelling voor taal en stijl zorgde Dunning ervoor dat weer een taalkundig adviseur werd aangetrokken, een functie die na het vertrek van de hoogleraar Stuiveling enige tijd niet meer was vervuld. Mw.F.Balk-Smit Duyzentkunst, hoogleraar in de Taalkunde van het Hedendaags Nederlands aan de Universiteit van Amsterdam, gaf niet alleen achter de schermen waardevolle en praktische adviezen, maar was ook nauw betrokken bij de redactie van een speciaal nummer gewijd aan *Schrijvers die arts zijn* [1986:1729-76] met artikelen over onder anderen Jan Pieter Heije, Frederik van Eeden en Simon Vestdijk.

Ook nieuwe biomedische ontwikkelingen kregen de nodige aandacht, zoals aids, tamponziekte, ziekte van Lyme, in-vitrofertilisatie, hart- en longtransplantatie, perifere stamcellen, laparoscopische chirurgie, vasculaire endoprothesen, DNA-diagnostiek, NMR en PET. Er waren speciale nummers over mammacarcinoom, kinderpsychiatrie, neuromusculaire ziekten, doofheid, reizen, opduikende infectieziekten, ouderdomskwalen, Freud en hysterie, oogheelkunde en traumatologie. Series artikelen verschenen over celbiologie en kleine kwalen. Verder was er meer aandacht voor de actualiteit en voor farmacotherapie en klinische epidemiologie. In 1990 startte een reeks artikelen over klinimetrie. Vanaf 1995 werden samenvattingen van de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap gepubliceerd en van commentaar voorzien door respectievelijk een huisarts en een specialist op het betreffende gebied.



Figuur 6.13
Microscop door Keukens in het
krijgsgevangenkamp vervaardigd.
1: Lens van zakloep, vergroting
ca. 10 ×; 2: houten standaard;
3: oculair van prismakijker,
vergroting ca. 10 × 4; 4: lensje uit
loep; 5: koperen schijfje met
diafragmaopeningen; 6: verstelbare
spiegel. Totale hoogte: 33 cm.
[1985:1537]

Deze uitbreiding van het palet van het Tijdschrift was te danken aan een actief wervingsbeleid van de hoofdredactie. Dunning had een uitgebreid netwerk in medisch Nederland, zodat hij snel een auteur voor een gewenst artikel over een bepaald onderwerp kon vinden. De secretarissen bezochten congressen en reisden langs medische faculteiten en ziekenhuizen op zoek naar auteurs en kopij. Aan manuscripten werden strengere eisen gesteld, waarbij de titel *Kort is prachtig* van een hoofdredactioneel stuk uit 1983 als slagzin diende [1983:1822-4]. Dunning voerde in dat elk pas verschenen nummer kritisch werd besproken in de hoofdredactievergadering op maandagmiddag, de ‘autopsie’-bespreking.

Internationalisering

Een aparte bespreking vraagt het onderwerp internationalisering, dat in de periode-Dunning meer aandacht kreeg dan tevoren. Tijdens zijn voorzitterschap van de Vereniging in de jaren zeventig had Schalm al een aantal werkbezoeken aan redactiekantoren van algemene medische tijdschriften in Europa gebracht (*The Lancet*, *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, *BMJ*, *Wiener Klinische Wochenschrift*). Dunning, die als cardioloog en publicist al veel internationale contacten had, stimuleerde dat het Tijdschrift over de landsgrenzen keek.

Als reizend ambassadeur bezocht Overbeke sinds 1986 internationale congressen van wetenschappelijke redacteurs. Verder ging hij op werkbezoek bij tijdschriften als *The New England Journal of Medicine* en de *BMJ*. Hij werd lid van diverse internationale gezelschappen, zoals het al genoemde International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE of Vancouvergroep).

Het ICMJE is actief op twee gebieden. Allereerst ontwikkelt zij richtlijnen voor het schrijven en publiceren van wetenschappelijke artikelen, de ‘Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals’ (in vertaalde vorm opgenomen op de website van het Tijdschrift). Verder publiceert de groep ‘statements’ over onderwerpen als redactionele vrijheid ten opzichte van de eigenaar van een tijdschrift en advertentiebeleid. Het recentste statement is de vereiste dat een klinische trial moet worden geregistreerd voordat de eerste patiënt wordt geïncludeerd willen latere artikelen te zijner tijd worden geaccepteerd. De bedoeling van deze regel is te voorkomen dat trials met uitkomsten die de farmaceutische industrie onwelgevallig zijn, ongepubliceerd blijven. Sinds 1982 worden dergelijke internationale richtlijnen door het Tijdschrift gevolgd.

Een ander gevolg van deze internationale contacten zijn voordrachten van uitvoerend hoofdredacteurs en hun medeauteurs (vaak stagiairs) op internationale congressen en publicaties in Engelstalige tijdschriften over eigen onderzoek naar publicatiebeleid.

Evaluatie

In de Algemene Vergadering van 1985 somde de Commissie ex articulo 9d der Statuten (voorheen de Financiële Commissie) een verlanglijst op naar aanleiding van het beleid van de hoofdredactie: meer actualiteit, meer didactische artikelen, meer aandacht voor maatschappelijke aspecten en basiswetenschappen, kortere stukken, snellere aanvaarding van aangeboden stukken en de afschaffing van de verenigingsverslagen. De conclusie van de commissie was dat aan de meeste wensen was voldaan. Wel bleven de verenigingsverslagen gehandhaafd (tot en met 2004).

In de periode-Dunning weerspiegelt het Tijdschrift meer dan tevoren de plaats van de geneeskunde binnen de samenleving. Vorm en inhoud zijn gemoderniseerd, evenals de werkzaamheden van het redactie bureau. Het deftige karakter van de meneer die het Tijdschrift is, werd niet aangetast door de verhuizing naar de Johannes Vermeerstraat, integendeel: de redactionele werkzaamheden worden verricht in een vrijstaande villa op stand, zonder bedreiging van krakers. De demonstraties en andere massabijeenkomsten op het aanpalende Museumplein garanderen evenwel dat de stem van de samenleving gehoord zal worden.

VAN GIJN 1996-HEDEN

‘Zelfs het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde wisselt in de loop der tijden van gedaante, zij het behoedzaam.’

Van Gijn [1998:1]

Hoofdpersonen

Van Gijn is de eerste in de lange rij van redacteuren-gerants en voorzitters van de hoofdredactie, die niet in Amsterdam werkzaam was voordat hij bij het Tijdschrift werd benoemd. Hij werd in 1942 geboren in Geldermalsen, doorliep het gymnasium in Tiel en Eindhoven en studeerde geneeskunde in Leiden (1960-'70). Van 1971-'75 werd hij opgeleid tot neuroloog in het Dijkzigt Ziekenhuis te Rotterdam, daarna werkte hij een jaar als neuroloog in Londen.

In 1976-'83 was hij staflid in het Dijkzigt Ziekenhuis. Zijn belangstelling voor de geschiedenis van de geneeskunde komt al tot uiting in de titel van zijn proefschrift *The plantar reflex – a historical, clinical and electromyographic study*, waarop hij in 1977 cum laude promoveerde. Hij werkte de historische aspecten van zijn proefschrift verder uit in het boek *The Babinski sign: a centenary* dat in 1996 verscheen. Inmiddels was hij in 1983 als hoogleraar Neurologie en afdelingshoofd in Utrecht benoemd [figuur 6.14].



Figuur 6.14
J. van Gijn.



Figuur 6.15
W.Hart.



Figuur 6.16
H.Veeken.



Figuur 6.17
F.W.A.Verheugt.

Hersenvaatziekten vormen het centrale thema van zijn klinisch-wetenschappelijk onderzoek, waarbij methodologische en klinisch epidemiologische aspecten zijn speciale belangstelling hebben. In het laatste tijdschriftnummer van 1995 staat meteen na een redactionele kanttekening over het afscheid van Dunning een klinische les van zijn opvolger met de titel *TIA'tje... Aspirientje?* Met zes Britse auteurs schreef hij het boek *Stroke*, een standaardwerk over cerebrovasculaire accidenten. Hij was enkele jaren adviseur van *The Lancet*.

Zijn eerste artikel in het NTvG *Strümpell of Babinski? De geschiedenis van de voetzoolreflex* verscheen in 1975 [1975:1700-7]. Hij toonde daarin aan dat de in Nederland voor de normale teenbuiging gebruikelijke term 'voetzoolreflex volgens Strümpell' historisch ongefundeerd is. Van Gijn was tot 2006 (mede)auteur van circa 70 publicaties in het Tijdschrift, waaronder 6 oorspronkelijke stukken en een casuïstische mededeling.

Kort na de komst van Van Gijn trad dr.W.Hart, internist in Delft, aan als opvolger van Lockefer [figuur 6.15]. Na zijn specialisatie in Utrecht was hij daar gepromoveerd op een nefrologisch onderwerp. Hij was al enige jaren werkzaam als redacteur van de rubriek 'Referaten' voordat hij uitvoerend hoofdredacteur werd en voerde als lid van de hoofdredactie de rubrieken 'Nederlands onderzoek in buitenlandse tijdschriften' en 'Diagnose in beeld' in. In 2004 werd hij opgevolgd door dr.H.Veeken, tropenarts en huisarts te Amsterdam en 15 jaar werkzaam geweest bij Memisa en Artsen zonder Grenzen [figuur 6.16]. Rooijmans verliet in 2003 de hoofdredactie wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd. Zijn opvolger was prof.dr. F.W.A.Verheugt, hoofd van de afdeling Cardiologie van het UMC St Radboud [figuur 6.17 en 6.18]. Hij is onder andere voorzitter geweest van de



Figuur 6.18
Hoofdredactievergadering in de kleine vergaderzaal anno 2006. Van links naar rechts directeur C.H.P.Brouwer, T.M.Kerbosch (secretaresse), hoofdredactielid H.Veeken, voorzitter J.van Gijn, vicevoorzitter F.W.A.Verheugt en H.M.Rothuizen (secretaresse).

Nederlandse Vereniging voor Cardiologie. De relatie tussen kransvatlijden en trombose heeft zijn speciale wetenschappelijke belangstelling.

In de loop van 2005 ontstond in de hoofdredactie een onoverbrugbaar verschil van mening over de onderlinge verdeling en vervulling van taken. Bemoeyenis van het bestuur van de Vereniging en extern advies leidden niet tot een oplossing die voor alle partijen bevredigend was. Dit leidde tot het vertrek van Overbeke per 1 mei 2006 als uitvoerend hoofdredacteur; zijn hoogleraarschap in Nijmegen werd gecontinueerd. Een deel van zijn redactionele taken worden ad interim waargenomen door zijn oud-collega Hart.

Hoofdartikelen: 'leren beter te luisteren'

In zijn eerste hoofdartikel in 1996 noemt Van Gijn een aantal argumenten voor het voortbestaan van een algemeen medisch tijdschrift als het NTvG. 'Kortom, communicatie op medisch gebied is méér dan het registreren van nieuwe kennisfragmenten in de internationale toptijdschriften. Het houdt ook in dat deze kennis wordt ingepast, toegelicht, herhaald en waar nodig getoetst in een medium dat alle artsen bindt die in een bepaald deel van de wereld werkzaam zijn. De gynaecoloog heeft geen abonnement op *Huisarts en Wetenschap*, zomin als de bedrijfsarts *The Lancet* verslindt, of de huisarts *Cell*. Voor hen allen wil het Tijdschrift een wetenschappelijk forum zijn en blijven.' Verder vraagt hij in dat artikel meer aandacht voor de lichamelijke expressie van geestelijk lijden.

Bij de millenniumwisseling wordt jaargang 2000 ingeluid met het hoofdartikel *De macht van het getal*, waarin Van Gijn ingaat op enkele aspecten van de numerieke methode in de geneeskunde. 'Het Tijdschrift zal steeds aandacht blijven besteden aan zowel het perspectief van grote groepen – tot de algemene bevolking toe – als dat van de individuele patiënt.' Bij de beoordeling van een manuscript over afzonderlijke patiënten let de hoofdredactie erop dat aandacht wordt besteed aan het gezichtspunt van het individu. 'Hoe beïnvloeden de klachten het dagelijks functioneren? Hoe ging het met de patiënt verder nadat de diagnose was gesteld, of na een vaststelling als "de hemodynamische toestand stabiliseerde zich"?' 'De kern van onze taak blijft u op leerzame wijze te informeren over de stand der geneeskunde – in maat en getal, maar ook met aandacht voor het wel en wee van zieke mensen.'

Ook in andere hoofdartikelen komt Van Gijn terug op het perspectief van de individuele patiënt. *De taal van de geneeskunde* uit 2003 is geschreven naar aanleiding van de ontdekking van de DNA-structuur door Watson en Crick 50 jaar eerder. Het in kaart brengen van het menselijke genoom heeft golven van optimisme veroorzaakt. Er zijn evenwel veel andere dan genetische factoren die lichaamsprocessen beïnvloeden. 'In de biologie en de geneeskunde lijkt het er niettemin wel eens op of met de opkomst van de molecu-

laire genetica het determinisme is teruggekeerd, in een modern jasje. Toch zal het turen op de genenkaart van het gemiddelde individu ook in de toekomst niet meer dan beperkte informatie geven. Een blauwdruk is nog geen gebouw.' Veel frequenter dan erfelijke aandoeningen zijn onbegrepen ziekten zoals fibromyalgie en prikkelbaredarmsyndroom. Om de patiënt met zo'n kwaal te behandelen moet de arts aandacht hebben voor de lichaams-taal. 'Om de taal van zieken en van bezorgde gezonden te verstaan moet men de patiënt als ondeelbaar individu kunnen benaderen. Ook in het tijdperk van scans en genetica moet de arts er zich niet voor schamen om terug te keren tot het concept van het verstoorde evenwicht, en de adviezen daarop afstemmen. De letteren kunnen ons daarbij leren beter te luisteren. De alfa's kunnen in de geneeskunde niet worden gemist.'

Zelf geeft Van Gijn blijk van een alfamentaliteit met artikelen over de geschiedenis van het denken over hersenfuncties [1996:2564-9] en stukken over historische figuren als Bright [1999:2570-5] en Osler [2002:2489-93].

Vorm en inhoud

Na de vele veranderingen die de hoofdredactie onder leiding van Dunning had teweeggebracht, volgde een periode van consolidatie. Van Gijn volgde in grote lijnen de ingezette koers van zijn voorganger. Hij ondernam verschillende activiteiten om de toegankelijkheid van het Tijdschrift te vergroten. Veel zorg besteedde de redactie aan de informatieve waarde van de illustraties. Het gebruik van kleur nam toe en R.P.Slagter werd als professionele illustrator aangetrokken. Zijn effectieve tekeningen naast plaatjes van beeldvormend en histologisch onderzoek geven in een oogopslag de kern van de boodschap weer. De heldere schema's van ingewikkelde biochemische en genetische processen had de oudere lezer graag in zijn studieboeken van weleer gezien [zie bijvoorbeeld bl. 51 en 111].

Er werd een bescheiden gebruik van kleuren gemaakt om de verschillende secties (didactische stukken, oorspronkelijk werk en 'nawerk': berichten, referaten, ingezonden brieven en boekbesprekingen) van een Tijdschrift-nummer te markeren. Meer inhoud kregen de rubrieken 'Binnenlands en buitenlands nieuws', waarvan de redacteurs niet alleen wetenschappelijke tijdschriften, maar ook dagbladen volgden.

In commentaren, capita selecta, oorspronkelijke stukken en andere rubrieken was er aandacht voor nieuwe medische ontwikkelingen en inzichten, zoals laparoscopische liesbreukchirurgie, pre-implantatiediagnostiek bij embryo's, dunnedarmtransplantatie en het chronischevermoeidheidsyndroom. In 2004 was het eerste sterfgeval door vogelpest in Nederland dramatisch nieuws.

Het aantal oorspronkelijke stukken daalde in de loop der jaren, soms tot één artikel per nummer. Daardoor kwam de nadruk meer op voorlichting en

bijscholing te liggen. In een nieuwe rubriek 'Medische vignetten' werd een langlopende serie 'Van gen naar ziekte' gepubliceerd. 'Diagnose in beeld' presenteert een korte informatieve casus aan de hand van een treffende illustratie. In de rubriek 'Voor de praktijk' krijgt de lezer leerzame casuïstiek gepresenteerd in de reeks 'Klinisch denken en beslissen in de praktijk'. Achtereenvolgende delen van een zich ontwikkelende ziektegeschiedenis worden voorgelegd aan een of meer artsen die de patiënt niet kennen; hun beleidsvoorstellen worden van commentaar voorzien en het artikel sluit af met een didactische moraal. Behalve standaarden en richtlijnen voor klinisch handelen publiceert het Tijdschrift ook samenvattingen uit de *Cochrane Library*. De oude rubriek 'Pro en contra' is gereanimeerd. Meer dan tevoren streeft de redactie ernaar oorspronkelijke stukken van een commentaar te voorzien.

Na decennialange discussies over het nut van het publiceren van verenigingsverslagen werd die rubriek met ingang van 2005 uiteindelijk opgeheven.

Om de lezer te informeren over belangrijke publicaties van Nederlandse onderzoekers in belangrijke buitenlandse vaktijdschriften voerde Hart in 1997 de zogenaamde oranjepagina ('Nederlands onderzoek in buitenlandse tijdschriften') in, met samenvattingen van 5 tot 7 artikelen.

Verder verschenen thematische tijdschriftnummers of series artikelen over onderwerpen zoals Artsen zonder Grenzen, vermoeidheid, immunologie, veroudering, genetica, orthopedie, methodologie, aids, fysische diagnostiek, nieuwe technologieën, gastro-enterologie, plastische chirurgie, borstkankerscreening en 100 jaar Gezondheidsraad.

De behoedzame gedaantewisseling waar Van Gijn op doelde, vindt inderdaad plaats. Het uiterlijk van het Tijdschrift is voorzichtig gemoderniseerd en de inhoud is meer dan vroeger gericht op scholing en informatie.

HET BUREAU

Het huis in de Jan Luykenstraat en later dat in de Johannes Vermeerstraat staan te boek als de 'Zetel der Vereniging', waar 'kopij, drukproeven en correspondentie over artikelen worden ingewacht', zoals in het colofon van het Tijdschrift wordt vermeld. De Vereniging is eigenaar en heeft de beschikking over enkele ruimten zoals de vergaderzaal en de bibliotheek, maar de meeste ruimte wordt in beslag genomen door het bureau van de redactie. Hier werken hoofdredactie, wetenschappelijke eindredactie, correctoren, productieafdeling en secretariaat. In 1956 stonden behalve de hoofdredactie, de redacteur van de referatenrubriek en de huismeester 6 medewerkers op de loonlijst, onder wie twee dochters van de vermaarde vroegere redacteur-gerant G.A.van Rijnberk. Op een na hadden de dames een volledig

dienstverband en tot 1961 een 6-daagse werkweek. Van Rijnberk had hun toegezegd dat zij met 55 jaar met pensioen mochten. Medewerkers, inclusief leden van de hoofdredactie, werden medisch gekeurd voor indiensttreding.

In het voorjaar van 2006 waren op het bureau aan de Johannes Vermeerstraat 28 personen werkzaam, van wie 20 in deeltijd. De totale formatie bestond toen uit 16,9 volledige arbeidsplaatsen. De groei van de personeelsformatie contrasteert met het feit dat formaat en aantal pagina's van een jaargang sinds 1957 niet in diezelfde mate zijn toegenomen. Verkorting van de arbeidstijden, intensievere bewerking van artikelen en toegenomen Verenigingsactiviteiten verklaren deze toename.

Het redactionele proces: van carbonpapier naar ftp

Toen Stenfert Kroese in 1971 naar het Tijdschrift kwam als chef productie en personeel verbaasde hij zich over de weinig zakelijke gang van zaken. Hij was vanaf 1952 als directeur van de uitgever Bohn wekelijks betrokken geweest bij het NTvG. Jongkees had hem benaderd omdat de technische problemen bij de vervaardiging van het Tijdschrift te groot werden voor een secretaris met een medische achtergrond. Stenfert Kroese kreeg als verdere taken samen met de secretaris: toezicht op de taalkundige bewerking en het functioneren van het bureau. Hij had al enige ervaring opgedaan op het gebied van automatisering bij de samenstelling van het tienjarenregister van het Tijdschrift.



Figuur 6.19
Het bureau van het Tijdschrift in de
Jan Luykenstraat (1971).

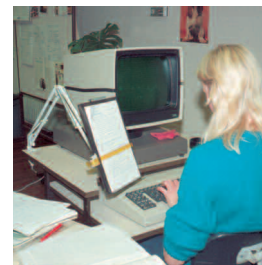
In de Jan Luykenstraat trof hij een sterk verouderd en inefficiënt bedrijf aan [figuur 6.19]. De ingezonden artikelen werden met de hand gecorrigeerd door de secretarissen van de hoofdredactie en de taalcorrectoren. Daarna moesten ze netjes worden overgetikt voor de drukker. Dat gebeurde eerst op mechanische Underwood typemachines met letterhamertjes, eind jaren zeventig op de elektrische IBM's met vervangbare bolletjes en met correctielint. De stukken werden in tweevoud getikt met behulp van carbonpapier. Een typefout moest ook op de carbonoordruk gecorrigeerd worden. Bij de drukker werden de artikelen opnieuw getikt. Overigens gebeurde dit in die tijd veelal nog op deze wijze [figuur 6.20].

Nadat een manuscript was aangeboden, verliepen vaak maanden zonder dat duidelijk was waarop werd gewacht. Vaak wist men niet precies waar het stuk was. Toen secretaris Artz een kaartsysteem ontwierp om bij te houden in welke fase en bij welke medewerker welk stuk zich bevond, riep dit weerstand op omdat dat als een onnodige nieuwigheid werd beschouwd. Het hele proces was zeer kwetsbaar omdat elke medewerkster haar eigen werk deed dat bij afwezigheid niet door een ander kon worden waargenomen. Pas na 1971 kreeg elke medewerkster 2 taken, zodat men zo nodig voor elkaar kon invallen. Spil van het bedrijf was juffrouw H.Overwater (in die tijd was een huwelijk voorwaarde voor 'mevrouw'), die van 1952 tot 1983 secretaresse van de hoofdredactie was [figuur 6.21]. Zij had alle gegevens van de organisatie in haar hoofd en was het wandelend geheugen van de hoofdredactie. Verder verzorgde zij de penningencollectie. Haar plichtsbetrachting was zo groot dat zij zelfs bij de kapper nog werk voor het Tijdschrift deed. Zij had een enorme werkkraft, maar een gering vermogen om werk af te schuiven of te delegeren. Bij haar vertrek waren 2 opvolgsters nodig.

Van de taalcorrectoren en zelfs van de typistes werd tot begin jaren zeventig verwacht dat zij een gymnasiumopleiding hadden gehad. Dat creëerde een ons-kent-onssfeer, die door de oudere medewerksters werd gekoesterd. Die keken dan ook enigszins neer op nieuwe krachten die eind jaren zeventig werden aangetrokken en die deze klassieke opleiding niet hadden genoten. Een en ander leidde tot uitvoerige discussies over de schrijfwijze van medische termen: moest het 'extirpatie' zijn of 'exstirpatie'?

Al met al duurde het soms meer dan een jaar voordat stukken klaar waren voor publicatie. Stenfert Kroese had regelmatig moeite om een nummer vol te krijgen. De norm van het aantal te drukken pagina's was 2200, maar er waren jaren dat maar 1800 pagina's gevuld konden worden.

Zakelijk was er ook het een en ander aan te merken op de bedrijfsvoering. Abonnees die niet betaalden, werden een paar keer schriftelijk benaderd en mochten van de hoofdredactie pas na ongeveer anderhalf jaar geschrapt worden. Stenfert Kroese merkte dat het Tijdschrift werd gedrukt op duur en niet erg goed Noors papier. Toen dat door kwalitatief beter Nederlands papier werd vervangen, leverde dat een besparing van 40% op deze kosten-



Figuur 6.20
De artikelen werden bij de drukker opnieuw getypt, vanaf circa 1980 op pc's.



Figuur 6.21
H.Overwater.

post op. Hij bewoog de drukker, De Bussy Ellerman Harms, ertoe om computerfaciliteiten aan te schaffen teneinde het productieproces te versnellen. Stenfert Kroese had de noodzaak van een zakelijker bedrijfsvoering aangetoond en hij werd in 1979 opgevolgd door T.Klück, voordien chef-redactie bij Martinus Nijhoff, evenals Bohn onderdeel van uitgeverij Kluwer. Zijn taken bestonden uit het drukklaar maken van aanvaarde bijdragen en de opmaak van Tijdschriftnummers, terwijl hij verder de dagelijkse leiding van het redactiekantoor had. Hij overleed in 1991 onverwacht op 54-jarige leeftijd en werd opgevolgd door mw.C.A.W.van de Meerendonk-Diederens. De functie hoofd productie is in 2004 omgezet in die van directeur en wordt sinds 2001 vervuld door mw.C.H.P.Brouwer, die eveneens bij Bohn Stafleu van Loghum werkzaam is geweest.

Inmiddels was met de komst van Dunning in 1983 de professionalisering van de bureauwerkzaamheden toegenomen, een ontwikkeling die onder Van Gijn is voortgezet. Een van de 3 secretarissen van de hoofdredactie werd in 1990 opgevolgd door een wetenschappelijk eindredacteur, dr.H.C.Walvoort, sinds 1996 gesecondeerd door mw.dr.C.J.E.Kaandorp, arts.

Het huidige redactionele proces verloopt als volgt. Per jaar worden ongeveer 700 tot 800 manuscripten aangeboden, de meerderheid spontaan. De hoofdredactie vergadert elke week. Zelden wordt een artikel meteen geaccepteerd tijdens die vergadering. In de regel vraagt de hoofdredactie advies aan enkelen van de circa 20 zittende redacteuren of de ongeveer 250 externe adviseurs. Zij streeft naar een beslissing binnen 6 weken. Daarbij wordt 30 tot 40% afgewezen. Na acceptatie door de hoofdredactie en controle van de literatuurverwijzingen door speciaal hiermee belaste medewerkers beoordeelt de wetenschappelijke eindredactie de begrijpelijkheid van de tekst en de afbeeldingen, wat vaak leidt tot vragen aan de auteurs. Spelling en zinsbouw worden waar nodig aangepast door de taalredactie. De bewerkte versie gaat naar de auteur ter flattering. De tekst wordt daarna drukklaar gemaakt en via de 'file transfer protocol'(ftp)-lijn naar de zetterij verzonden. Per artikel wordt een eerste opgemaakte proef op het redactiekantoor (en eventueel door de auteur indien deze dit wenst) gecorrigeerd. De bureauredactie zorgt dan voor de opmaak en de laatste correcties van elk nummer. Hierna zijn er nog 9 dagen nodig voor het drukken, het invoegen van de door de uitgever geworven advertenties en het vouwen, binden en versturen van de 30.000 exemplaren van het Tijdschrift. Van de geaccepteerde artikelen wordt uiteindelijk 50% binnen 20 weken gepubliceerd.

De medewerkers: 'een buitengewoon beschaafd klimaat'

De onderlinge verhoudingen waren in de periode-Prakken/Jongkees nog erg hiërarchisch. Externe medewerkers, zoals de vertaler van de samenvattingen, leverden hun werk bij de voordeur af aan de huismeester, maar werden

nooit binnengevraagd. Een medewerkster uit die tijd heeft het over een buitengewoon beschaafd klimaat, waarin een beetje intelligente vrouw in het bezit van de gevraagde papieren, te weten een eindexamen gymnasium alfa, goed kunnen typen, plus de vereiste rijpere leeftijd van boven de 25 jaar, zich goed op haar gemak kon voelen. Eind jaren zestig voursvoyeerde men elkaar nog, zelfs de jonge vrouwelijke medewerksters onderling. De hoofdredacteurs en secretarissen werden begroet met ‘dag professor’. Veel contact was er niet, want Prakken en Jongkees begaven zich zelden op de werkvloer. Tot de markante oudere medewerksters die nog tot 1972 werkzaam waren, behoorden de twee dochters van Van Rijnberk: Goia Thole-van Rijnberk en Mathilde Bianca van Eijsden-van Rijnberk, voor sommigen Jotje en Bi. De laatste verzorgde de bibliotheek op geheel eigen wijze: zij rangschikte de boeken op kleur en grootte en was dan ook de enige die een gezocht exemplaar kon vinden. Volgens de overlevering praatten de zusters graag over hun andere werkzaamheden, de ‘Lieve Lita’-rubriek in het damesblad *Libelle*, waarin zij ingezonden vragen van lezeressen beantwoordden en goede raad gaven.

Een duidelijk personeelsbeleid was er in die tijd niet. Van taak- en functieomschrijvingen en vastgelegde arbeidsvoorwaarden was nog geen sprake. Mondeling was bij de aanstelling van een vrouwelijke medewerker pensioenering op 60-jarige leeftijd toegezegd. Toen zij zich hierop in 1978 beriep, gaf dat problemen omdat het Tijdschrift in 1972 was overgegaan van de Pensioencentrale (waar men werkte volgens het systeem van sommenverzekering) naar de PGGM (dat een waardevast pensioen bood), waarbij de pensioengerechtigde leeftijd echter 65 jaar was.

In de tijd dat Dunning hoofdredacteur was, werd de sfeer meer ontspannen. Hij werd nog wel door de meeste medewerkers met ‘u’ aangesproken, maar niet meer door de redactiesecretaressen. Met hen ging hij informeel om [figuur 6.22]. Bureau-medewerkers karakteriseren hem als scherpzinnig en humoristisch, iemand die precies gedaan kreeg wat hij wilde. Men hield hem verantwoordelijk voor belangrijke modernisering in de organisatie en de bedrijfsvoering van het Tijdschrift. De chef productie hield Dunning op de hoogte van het bedrijf, maar volgens zijn zeggen belette het leiden van zijn cardiologische kliniek verder contact met de werkvloer. De gezamenlijke lunches met uitstekende catering in de keuken of de tuin van de Johannes Vermeerstraat, en de jaarlijkse personeelsuitjes hebben bijgedragen aan ongedwongen omgangsvormen.

Tijdens het hoofdredacteurschap van Van Gijn zijn de uiterlijke kenmerken van de hiërarchische verhoudingen verder verminderd. Met de uitvoerend hoofdredacteurs verkeren de kantoomedewerkers op voet van gelijkheid, maar niet iedereen tutoyeert Van Gijn, evenmin als omgekeerd.

Personeelsleden met een lange staat van dienst die terugkijken en zich herinneren dat zij bij hun indiensttreding zeker niet van plan waren zo lang



Figuur 6.22
Jet Rothuizen en Ad Dunning.



Figuur 6.23
De receptie anno 2006:
J.W.L.Mulder-Knijf (staand)
en M.C.J.van de Ven.



Figuur 6.24
S.G.E.van Turenout (staand)
en H.M.Rothuizen, secretaressen
van de hoofdredactie.



Figuur 6.25
Directeur C.H.P.Brouwer temidden
van corrector I.Haan (links),
bureauredacteur R.C.Jansen en
kopijvoorbereider M.C.C.Brilman.
Bureauredacteur R.H.W.Uyen
ontbreekt.

Figuur 6.26
De lunchtafel in de keuken anno 2006.
Huismeester P.R.Schütte serveert
I.de Boer, kopijvoorbereider,
en A.L.van der Burg, secretaresse.



te blijven, noemen verschillende redenen waarom dat toch is gebeurd: de aard van het werk waarvan je elke week het resultaat ziet, goede salariëring, flexibele werktijden en prettige werksfeer [figuur 6.23 t.m. 6.25]. Het Tijdschrift stelt prijs op goede contacten en kwaliteit van dienstverlening. Sinds jaar en dag zijn niet alleen de uitgever en de drukker dezelfde gebleven, maar ook de loodgieter, de kantoorboekhandel en de bloemenzaak.

Automatisering

De belangrijkste verandering bij de productie van het Tijdschrift in de afgelopen 20 jaar was de automatisering van het redactionele proces. Een ander opvallend wapenfeit was het digitaliseren van de volledige inhoud van het Tijdschrift vanaf de eerste jaargang uit 1857. De drijvende kracht achter deze ontwikkelingen was secretaris en later uitvoerend hoofdredacteur Overbeke.

Begin jaren tachtig werden de ingekomen artikelen in 3-voud ingeschreven, en nog wel door een medewerker die kandidaat-notaris was. Om het beoordelings- en bewerkingsproces van artikelen te volgen (de zogenaamde 'manuscript tracking') waren er kaartenbakken met gekleurde ruitertjes, het systeem dat secretaris Artz had ingevoerd. Gezocht werd naar mogelijkheden om het redactionele proces te versnellen. In 1983 gaf de Algemene Vergadering groen licht voor een omvangrijk automatiseringsproject. Een jaar later kwam Overbeke in dienst als secretaris van de hoofdredactie. Tijdens zijn werk als chirurg in het St. Lucasziekenhuis in Amsterdam had hij ervaring opgedaan met het ontwerpen van een ziekenhuisinformatiesysteem. Deze expertise had geen rol gespeeld bij zijn benoeming, maar kwam wel heel goed uit. Er lag al een rapport voor automatisering van kantoorwerkzaamheden, dat op verzoek van Dunning was gemaakt door de hoogleraar Informatica van de Universiteit van Amsterdam, Gordon Somerfield.

In 1984 werd de eerste pc geïnstalleerd en men begon met tekstverwerking. Een minicomputer met een kleine 20 werkstations volgde in 1989. Eerst werden de nieuwe mogelijkheden benut voor manuscript-tracking en een elektronische index, later ook voor redigeren via het beeldscherm.

Een volgende stap was het op microfilm zetten van de jaargangen vanaf 1857 en deze opnieuw indexeren. Tot 1986 waren gedrukte meerjarenregisters uitgegeven en het was de bedoeling dat het volgende 5-jarenregister in 1991 zou verschijnen. Dat kwam er niet meer en abonnees konden inteekenen op een diskette (floppydisk) met een index van artikelen uit 1986 en later op auteur, titel en trefwoord. In 1998 en volgende jaren kwam er een index-cd-rom van alle jaargangen sinds 1857, met jaarlijks een nieuwe cd-rom van de voorbije jaargang.

De NTvG-Databank was mondiaal gezien in die tijd een unieke prestatie, die gerealiseerd kon worden dankzij de financiële mogelijkheden van de



Figuur 6.27
De website van het Tijdschrift:
www.ntvg.nl.

Vereniging. Pas later konden andere algemene medische tijdschriften deze faciliteiten bieden.

Sinds 27 januari 2001 heeft het Tijdschrift een website. Vanaf 1 oktober 2005 kunnen de abonnees via de vernieuwde website de NTvG-Databank met alle jaargangen vanaf 1857 raadplegen. Alle artikelen van 1857-1985 zijn te lezen zoals ze afgedrukt zijn; vanaf 1986 zijn de artikelen te lezen in full-text. Van alle artikelen kan men ook een pdf-bestand op het scherm krijgen. De elektronische catalogus van de medisch-historische bibliotheek van de Vereniging is eveneens via de website toegankelijk. De website werd onlangs aangepast en verbeterd [2006:2108-9]; [figuur 6.27].

In 1998 zijn bij wijze van experiment enkele artikelen vergezeld van een videofilmje of geluid [1998:1184-7, 1187-91, 1196-202], het zogenaamde digitale-appendixproject. Evenals bij andere tijdschriften bleken de lezers hier nauwelijks behoefte aan te hebben.

De uitgever: 'een bestendige relatie'

De relatie tussen het Tijdschrift en de uitgever dateert van 1917, toen Bohn nog zonder Stafleu en Van Loghum door het leven ging. Het Tijdschrift gaat er prat op dat het in 150 jaar maar weinig veranderd is. De uitgever heeft een nog langere voorgeschiedenis en bestaat sinds 1752, maar in de laatste halve eeuw volgt de ene verandering op de andere. In 1953 werd Bohn een dochter van de uitgever Martinus Nijhoff en in 1970 volgde een onverhoedse overname door Kluwer. Bohn was toen een klein bedrijf met circa 15 mede-

werkers waar vergaderen niet nodig was. Directeur/uitgever H.E.Stenfert Kroese had altijd veel voldoening beleefd aan het directe contact met zijn auteurs. Toen hij merkte dat hij binnen het grote moederconcern tot vergaderen veroordeeld was, ging hij graag in op het verzoek van Jongkees om het bureau van het Tijdschrift te komen versterken. De uitgeverij heeft inmiddels een serie overnamen en fusies meegemaakt en is nu onderdeel van de PCM-groep, die in 2005 door Britse investeerders is opgekocht.

De verhouding tussen uitgever en Tijdschrift is van uitgeverszijde wel gekarakteriseerd als *Een bestendige relatie onder huwelijkse voorwaarden*, de titel van een hoofdstuk in het jubileumboek van Bohn Stafleu van Loghum (BSL) bij het 250-jarig bestaan.¹ Financiën – preciezer gezegd: abonnementsstarieven, drukkosten, advertentie-inkomsten en de verdeling daarvan – stonden uiteraard centraal in het contact.

Spanningen bleven niet uit. Zo was het redactiekantoor in 1957 overgegaan op een nieuwe werkwijze: de kopij werd overgetikt en schoon aangeleverd, maar toch voerde de uitgever een hoge post ‘extra correctie’ op. In 1974 stuurde de uitgever een brief met de volgende inhoud. De vergoeding dekt nauwelijks meer de kosten. In 1965 had het Tijdschrift 2800 studentenabonnees en 13.500 andere abonnees. Tien jaar later zijn die getallen 5300 en 18.500. In relatie met het gestegen loonindexcijfer en het toegenomen aantal abonnees is de vergoeding duidelijk achtergebleven. Vooral de administratie en de incasso van de studentenabonnementsen zijn zeer bewerkelijk. Dankzij de overgang naar het Kluwerconcern hebben wij het abonneebestand in de computer kunnen invoeren, maar dat heeft wel het een en ander gekost. Kortom: de vergoeding voor 1974 moet niet f 383.000, maar f 492.000 zijn. Aldus de uitgever. Het werd uiteindelijk f 396.394,12.

Het advertentiebeleid was een voortdurend onderwerp van discussies. De uitgever wierf sinds het begin advertenties voor het Tijdschrift. Zoals beschreven in hoofdstuk 4 stonden Vereniging en hoofdredactie zeer ambivalent tegenover reclame. De uitgever moest de hoofdredactie vragen hoeveel pagina's beschikbaar waren voor advertenties en dat leverde geregeld moeilijkheden op. In 1980 kreeg het Tijdschrift contractueel het recht het aantal advertentiepagina's te beperken. De uitgever betreurde dat omdat daardoor aanzienlijke inkomsten werden gemist. Ook heeft het Tijdschrift altijd tot ongenoegen van adverteerders bedongen dat men advertentiepagina's moet kunnen losscheuren zonder daarmee tekstinhoud te verwijderen; dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld *The Lancet*.

De uitgever typeerde het Tijdschrift wel eens als een deftige, maar zeer onzakelijke oudere heer; ondanks verschillen van opvatting zijn de verhoudingen altijd constructief en vriendschappelijk geweest. Dat blijkt onder andere uit het feit dat na Stenfert Kroese ook andere medewerkers van het Tijdschrift uit de stal van Bohn afkomstig zijn.

De rol van de uitgever werd in de loop van de tijd groter. In het begin ging het alleen om zetten en drukken, het werven van advertenties en de administratie van de abonnementen. In recenter jaren was de uitgever ook betrokken bij de ontwikkeling van de elektronische databank van het Tijdschrift en bij het uitgeven van de studenteneditie en boeken van het Fonds van de Vereniging.

INTROSPECTIE

Het publiceren van een tijdschrift is tasten in het duister als er geen informatie is of men de doelstellingen wel bereikt. Het aantal abonnementen is een heel grove maat. In de eerste decennia van de periode die dit boek beschrijft, komt het onderwerp in meer of mindere mate aan de orde tijdens de jaarlijkse Algemene Vergadering, waarin een commissie van verenigingsleden het gevoerde beleid van de hoofdredactie kritisch bespreekt. Wij noemden reeds de door Dunning ingevoerde autopsiebespreking, waarbij elk verschenen nummer in de week daarop nog eens door de hoofdredactie onder de loep wordt genomen. Met de komst van stagiairs in 1986 is een begin gemaakt met een reeks onderzoeken naar verschillende aspecten van de inhoud van het Tijdschrift en het redactionele proces. Leden van de hoofdredactie en andere medewerkers van het redactie bureau namen hier actief aan deel. Dit heeft geleid tot een reeks publicaties in het Tijdschrift en in de internationale literatuur [zie bijlage 8].

Onderzoek naar de inhoud

De vaste kern van het Tijdschrift bestaat uit klinische lessen, oorspronkelijke stukken, casuïstische mededelingen, capita selecta, berichten uit buitenland- en binnenland, boekaankondigingen, referaten, brieven van lezers, personalia en tot 2005 verenigingsverslagen. Hoofdartikelen van de hand van de hoofdredacteur verschijnen in de regel bij het begin van een nieuwe jaargang en zelden gedurende de rest van het jaar. De bijdragen aan rubrieken zoals 'Geschiedenis der geneeskunde', 'Arts en samenleving', 'Vraag en antwoord', 'Geneeskunde en recht' variëren in aantal. Het onderzoek heeft zich vooral gericht op de oorspronkelijke stukken, maar ook andere rubrieken passeren de revue.

Bijna alle nummers beginnen met een *klinische les*. Na de traditionele aanhef *Dames en Heren* volgen een of meer ziektegeschiedenissen en de lessen die daaruit getrokken kunnen worden. In de loop van de jaren tachtig wordt het gewoonte de moraal dan nog eens samen te vatten onder hetzelfde kopje *Dames en Heren*. Tot 1974 was de auteur in de regel een hoogleraar of een lector, daarna werden ook lessen geschreven vanuit niet-universitaire ziekenhuizen en door huisartsen, verpleeghuisartsen en sociaal-geneeskundigen

[1997:51-3]. Het aantal auteurs van een enkele les is langzamerhand gestegen; nu zijn er soms wel 6 schrijvers nodig om de boodschap over te brengen. Klinische lessen worden goed gelezen. Er waren bijvoorbeeld veel ingezonden brieven na de les over abstineren bij een patiëntje met het downsyndroom [1988:1913-7]; [zie bl. 175 voor deze kwestie] en na een artikel over aspirine bij TIA [1995:2708-11]. De invloed van een klinische les over jeuk na een tropenreis kon worden afgelezen uit de stijging van het aantal aanvragen voor bepaling van antistoffen tegen *Onchocerca* [1999:1962-5].

Oorspronkelijke stukken verlenen bestaansrecht aan een wetenschappelijk tijdschrift. In de jaren vijftig en zestig werden er gewoonlijk per nummer 2 of 3 afgedrukt, maar jaargangen in de eerste jaren van de 21e eeuw bevatten er vaak nog geen 100. In 2005 was het totale aantal 85, waarvan 13 dubbelpublicaties. Een enkel nummer heeft maar 1 oorspronkelijk stuk en dat is dan soms ook nog een dubbelpublicatie.

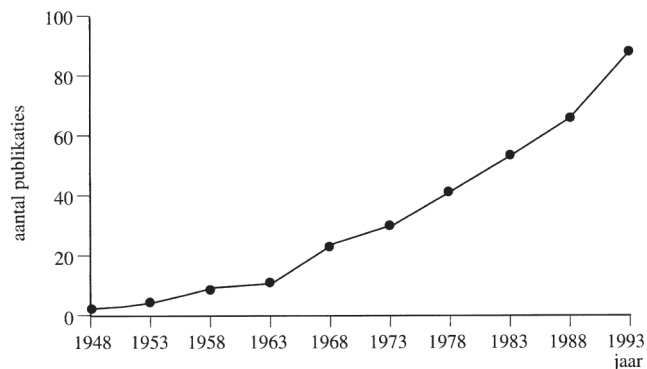
Bij een onderzoek van een aantal jaargangen tussen 1949 en 1999 werden interessante gegevens verkregen [2001:30-3]. In 1959 ontbrak in 44% van de gevallen een beschrijving van de toegepaste methoden, in 1999 was dat getal 2%. Het merendeel van de onderzoeken met een methodebeschrijving was retrospectief van opzet, maar het percentage kwam nooit boven de 25. In 1959 waren er in 84% van de artikelen 1 tot 2 auteurs per artikel, in 1999 in 53% van de gevallen 5 of meer, met een maximum van 16. Medisch studenten waren in 1959 nog geen coauteur, maar in 1999 bij 13% van de stukken. Gerandomiseerd en prospectief onderzoek was vooral afkomstig uit universitaire afdelingen, het retrospectieve uit algemene ziekenhuizen.

In de loop der jaren is de beschrijvende statistiek meer en meer vervangen door mathematische statistiek met p-waarden en betrouwbaarheidsintervallen. Dit hing samen met de opkomst van de gerandomiseerde klinische trial, hoewel deze categorie in het Tijdschrift betrekkelijk weinig voorkomt. Tussen 1948 en 1993 werden 6820 oorspronkelijke stukken gepubliceerd, waarvan 89 min of meer voldeden aan de methodologische eisen voor een gerandomiseerde klinische trial [1993:1607-10]. Wel is er een duidelijke stijging te zien [figuur 6.28]. De meeste trials betroffen de werkzaamheid van geneesmiddelen.

Sinds 1953 worden de oorspronkelijke stukken in het Tijdschrift gepubliceerd met een samenvatting en een abstract. Bij onderzoek naar de informatieve waarde van samenvattingen in vooraanstaande Engelstalige medische periodieken vergeleken met die in het NTvG bleek dat het Tijdschrift achterbleef [1990: 2338-43]. Om die reden zijn toen gestructureerde samenvattingen ingevoerd [figuur 6.29].

In 1947 was de rubriek *Vraag en antwoord* ingesteld, waarin vragen van lezers worden beantwoord door een deskundige die door de redactie wordt geraadpleegd. Dit voorzag de eerste tijd duidelijk in een behoefte met meer dan 100 vragen per jaar, een aantal dat tot 3 daalde in 1994 [1998:1735-7].

Figuur 6.28
Het aantal gerandomiseerde klinische trials (n = 69) en artikelen waarbij selectiebias bij het samenstellen van de onderzoeksgroepen niet kon worden uitgesloten (n = 20) in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, verschenen in de periode van 1 mei 1948 tot 1 mei 1993, cumulatief weergegeven per periode van 5 jaar.
[1993:1608]



Figuur 6.29
Oude samenvatting in 1957 en nieuwe samenvatting anno 2004.
[1957:226] [2004:1243]

Samenvatting:

De schrijvers hebben aan kinderen die aan acuut reuma hadden geleden, om het ander ACTH en acetosal toegediend, ten einde na te gaan met welke van de twee middelen men het best kan voorkómen dat er blijvende hartafwijkingen ontstaan. Van het ACTH werd 2 E per kg lichaamsgewicht per dag toegediend; van het acetosal 125 mg per kg lichaamsgewicht per dag. De 20 met ACTH en de 16 met acetosal behandelde kinderen voldeden aan tevoren vastgestelde criteria. Het resultaat der beide methoden van behandeling werd beoordeeld naar het beloop van de hartgeruisen. Het waargenomen verschil ten gunste van ACTH was niet significant.

SAMENVATTING

Doel. Nagaan of de zorgconsumptie van Marokkaanse of Turkse ziekenfondsverzekerden verschilt van die van autochtonen.

Opzet. Retrospectief, transversaal.

Methoden. In de database van de zorgverzekeraar Anova (nu Agis) werd gekeken naar zorggebruik wat betreft geneesmiddelen, verwijzingen naar specialisten, ziekenhuisopnamen en fysiotherapie. De gegevens van 22.603 Marokkaanse en 15.190 Turkse verzekerden ('allochtonen') uit het bestand van 1999 werden vergeleken met een aselechte steekproef van 17.976 overige verzekerden en getoetst op verschillen na correctie voor verschillen in leeftijd en geslacht.

Resultaten. Allochtonen ontvingen 50% minder fysiotherapie, terwijl het aantal ziekenhuisopnamen niet verschilde van de controlegroep. Het aantal verwijzingen naar de specialist en het aantal voorschriften waren voor Marokkanen hoger, maar het aantal gebruikers was gelijk aan dat in de controlegroep. Turken daarentegen vertoonden een gelijk aantal verwijzingen en minder voorschriften. De verschillen betroffen vooral langdurige fysiotherapie, alsmede verwijzingen naar internisten en gynaecologen. Verschillen in voorschriften waren terug te voeren op specifieke geneesmiddelengroepen. De kosten van de geneesmiddelen voor allochtonen waren per verzekerde lager.

Conclusie. Allochtonen hadden geen hogere zorgconsumptie dan autochtonen en lagere kosten voor geneesmiddelen.

Daar de publicatietijd van 4-6 weken niet kan concurreren met internet, lijkt de rubriek een kwakkelend bestaan.

De rubriek *Ingezonden* geeft lezers de gelegenheid op de inhoud van het Tijdschrift te reageren. Dit gebeurt vooral naar aanleiding van klinische lessen en oorspronkelijke stukken. Deze gedachtewisseling is niet alleen onderdeel van wetenschappelijk debat, maar ook een vorm van terugkoppeling naar auteurs en redactie. Bij een analyse van 196 in een jaar verschenen brieven bleek dat de schrijvers in 8 gevallen fouten in een stuk in het Tijdschrift hadden ontdekt; 6 maal had dit publicatie van een verbetering als gevolg [2001:531-5].

Als er een rubriek is geweest waarover bijna eindeloze discussies zijn gevoerd, dan zijn dat de *Verenigingsverslagen*. Sinds 1869 stond het Tijdschrift open voor verslagen van bijeenkomsten van medisch-wetenschappelijke verenigingen. Ook vergaderingen van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde werden wel verslagen. Vragenstellers werden met name vermeld. Ondanks de kleinere letter waarmee de verslagen werden afgedrukt, nam de rubriek toch flink wat ruimte in beslag: in de jaren negentig 350 bladzijden ofwel 14% van een jaargang [1994:1868-71]. Tegenstanders van de rubriek voerden aan dat de bijdragen geen peer review ondergingen, dat rijp en groen werd afgedrukt en dat de verslagen niet interessant waren voor de lezer van een algemeen medisch weekblad. Daar stond tegenover dat nieuwe ontwikkelingen vaak eerst in de verenigingsverslagen werden beschreven voordat ze in artikelvorm verschenen. Vooral vorderingen op het gebied van de heilkunde zijn in het Tijdschrift vaak alleen maar in de verenigingsverslagen te vinden. De rubriek werd beschouwd als een schatkamer van waardevol Nederlands onderzoek die via de index van het Tijdschrift toegankelijk was. Onderzoek naar de wetenschappelijke waarde van de verslagen liet zien dat die vrij hoog was. Van 803 voordrachten voor 29 verenigingen werden 385 (48%) in een wetenschappelijk tijdschrift gepubliceerd, meestal in de eerste 2 jaar na de vergadering. Desondanks is in 2004 het doek gevallen. De grenzeloze zoekmogelijkheden op het internet zullen daarbij een rol hebben gespeeld.

Retractatie is de intrigerende naam van de kleinste rubriek. In de afgelopen 50 jaar werden 3 artikelen teruggetrokken. De meest curieuze retractatie was die van een artikel uit 1923 over een verzonnen geval van uroptoë [2003:2539-40]. Pas na 80 jaar was uitgekomen dat een groepje studenten die voor een examen zaten een grap had uitgehaald. Dat was reden voor de hoofdredactie het artikel alsnog in te trekken.

Onderzoek is gedaan naar effecten van artikelen in het Tijdschrift [1999:1957-62]. Daartoe werden auteurs geënquêteerd die in 1994 een bijdrage hadden geleverd. Uit vrijwel alle reacties bleek dat de artikelen effect hadden gesorteerd, zoals benadering van de auteurs door lezers, uitnodigingen voor voordrachten, gebruik van gegevens door anderen, patiëntverwijzingen en

plannen voor verder onderzoek. Artikelen in het Tijdschrift hadden ook effect op de berichtgeving in de dagbladpers, waarbij vooral kanker en aids in de belangstelling stonden [1999:1969-72].

Onderzoek naar het redactionele proces

Zoals hiervoor is beschreven, worden de meeste aangeboden artikelen door de hoofdredactie voorgelegd aan 2 of meer adviseurs, ook wel referenten genoemd. Bij een enquête onder 73 referenten bleek dat zij gemiddeld 2,1 (1,1-4,2) uur per artikel aan de beoordeling besteedden. Hoewel de overeenkomst tussen adviseurs van dezelfde discipline gering was, werden weinig gebreken in het manuscript die de hoofdredactie had opgemerkt door de adviseurs over het hoofd gezien [1996:2349-52].

Nauwkeurigheid blijft geboden, zoals blijkt uit onderzoek naar de kwaliteit van de literatuurverwijzingen [1992:637-41]. In de aangeboden artikelen werden in 70% van de verwijzingen fouten ontdekt, maar ook in de gepubliceerde versies was dat in 30% nog het geval. Verder werd in een derde van de artikelen inhoudelijk onjuist geciteerd.

Het afwijzingspercentage van aangeboden artikelen varieert meestal tussen de 30 en 40. Medisch specialisten en auteurs uit universitaire centra hadden de grootste kans op aanvaarding [1991:840-5]. Ook gevraagde artikelen werden niet zonder meer geaccepteerd en in minstens 4% afgewezen [1999:157-9]. Voor veel manuscripten die door de hoofdredactie worden afgewezen, is er nog een toekomst: 60% werd later elders gepubliceerd [1994:2443-6].

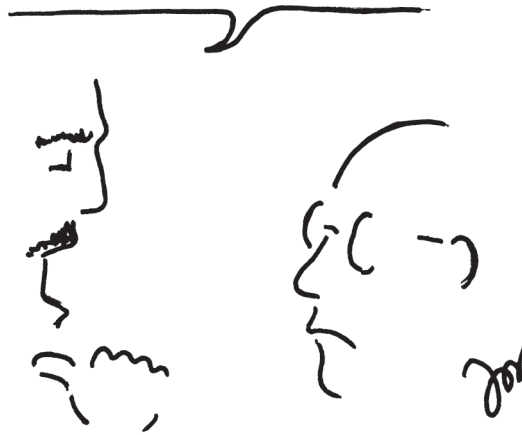
In een artikel dat ook in *The Lancet* [1996:348:1480-3] is gepubliceerd, wordt een onderzoek beschreven naar de effecten van zowel peer review als redactionele bewerking van artikelen [1997:42-7]. Een groep lezers beoordeelde het resultaat van deze werkzaamheden bij 50 oorspronkelijke stukken en merkte na beide fasen sterke verbeteringen op, vooral van de aspecten verslaglegging, medische waarde, stijl en leesbaarheid.

Onderzoek naar schrijvers en lezers

In 1958 was het aantal auteurs per artikel gemiddeld 1,2 en in 1998 3,3. In diezelfde periode nam de bijdrage van vrouwelijke auteurs toe: in 1958 was 5% van de auteurs vrouw en in 1998 21%, een getal dat nog sterk achterloopt bij het aantal vrouwen in de medische sector [2000:1171-4].

Hoe komt auteurschap tot stand? is de titel van een stuk dat in een beknopte versie ook in de *JAMA* [1998:280:217-8] verscheen [1998:2779-84]. Vragenlijsten werden gestuurd aan auteurs van oorspronkelijke stukken met 3 of meer auteurs. Nagegaan werd in hoeverre was voldaan aan de richtlijnen van de Vancouver-groep voor het auteurschap. Gevraagd werd naar de bijdrage

Maatschappelijk stelt hij niks voor:
Nooit iets in het NTvG
gepubliceerd!



Figuur 6.30

van een ieder aan het gepubliceerde onderzoek en het schrijven van het artikel. Van de respondenten bleek 64% aan de gestelde criteria te voldoen. Interessant was dat auteurs over hun bijdrage positiever dachten dan hun medeauteurs deden; 1% van de opgevoerde schrijvers was zo eerlijk om te bekennen geen enkele bijdrage te hebben geleverd.

Nu het Nederlandse klinisch-wetenschappelijk onderzoek hoog scoort in de internationale competitie bestaat de vrees dat vooraanstaande Nederlandse onderzoekers niet meer in het Tijdschrift publiceren, maar zich uitsluitend richten op de prestigieuze Engelstalige tijdschriften [figuur 6.30]. Dit blijkt niet het geval te zijn [2005:2573-6]. Een duidelijke meerderheid van veelschrijvende auteurs van artikelen in hoog geciteerde tijdschriften leverde ook bijdragen aan het NTvG. Verder was 77% van 87 eerste auteurs van oorspronkelijke stukken in het NTvG (mede)auteur van minstens 1 internationale publicatie.

Het is niet mogelijk een volledig betrouwbaar beeld te krijgen van het percentage Nederlandse artsen dat op het Tijdschrift geabonneerd is. Het beloop van het aantal abonnementen is wel bekend, maar in de officiële landelijke registraties is niet altijd op te maken hoeveel artsen als medici werkzaam en dus potentiële lezers zijn.* Ondanks die onzekerheid is wel een

* De cijfers die wij hier noemen, zijn afkomstig van de KNMG en die in hoofdstuk 1 van het CBS. Deze kunnen niet zonder meer met elkaar vergeleken worden, omdat niet altijd duidelijk is of het al dan niet om als medici werkzame artsen gaat.

duidelijke teruggang zichtbaar. In begin jaren zestig waren er circa 14.500 geregistreerde artsen van wie ongeveer 13.000 als zodanig werkzaam waren. Het aantal abonnementen (inclusief circa 2500 studentabonnementen) lag toen in de buurt van 14.500 en steeg mee met de toename van het aantal artsen. De hoofdredactie schatte in 1990 dat het Tijdschrift circa 97% van alle praktiserende artsen in Nederland bereikte. In 1993 waren er 32.000 abonnees, inclusief ruim 4000 ouderejaarsstudenten.

In de Algemene Vergadering van 2001 uitte de Commissie ex articulo 9d der Statuten haar zorgen over het achterblijven van het aantal abonnees. In 1975 waren er circa 19.300 werkzame artsen en in 2000 36.000, een toename van 87%. Ondanks het toegenomen aantal medisch studenten in het land was het totale aantal abonnementen slechts met 30% gestegen.

De hoofdredactie opperde een aantal mogelijke verklaringen. De toename van het aantal artsen had zich vooral voorgedaan in de categorie specialisten, veel deelspecialisten 'droegen geen stethoscoop meer' en zij zouden hun belangstelling voor een algemeen medisch tijdschrift als het NTvG hebben verloren. Verder waren er inmiddels 7700 huisartsen die met *Huisarts en Wetenschap* een eigen tijdschrift hadden dat met het NTvG concurreerde om de aandacht.

Deze verklaringen bleven speculatief omdat er geen gegevens waren van onderzoek onder niet-lezers. Wel zijn er resultaten van enkele lezersonderzoeken. Bij een telefonische enquête in 1992 onder een steekproef uit het totale bestand van artsen en apothekers met een responspercentage van 81,5 bleek dat 94% het NTvG ontving, in 70% van de gevallen door een persoonlijk abonnement. Twee derde van de respondenten las het Tijdschrift wekelijks, 52% gewoonlijk de helft van de inhoud of meer. De klinische lessen werden altijd of vaak door 74% gelezen, de oorspronkelijke stukken slechts door 6% van de respondenten [1993:402-4].

In 2003 werd onderzoek gedaan met vragenlijsten waarvan 32% werd terugontvangen. Het betrof alleen abonnees en dan vooral jongere. Weer bleek dat de respondenten de klinische lessen het meest lasen en het meest waardeerden. De website werd toen als matig beoordeeld.

Anno 2005 waren er ongeveer 45.000 geregistreerde artsen en circa 26.000 abonnees, onder wie een kleine 4000 studenten.

RETROSPECTIE

Terugkijkend in het verleden van het Tijdschrift zou de huidige lezer zich kunnen verbazen over conservatieve opvattingen, onzakelijke bedrijfsvoering, starre intermenselijke verhoudingen op het redactiekantoor en zo meer. Het is goed om een en ander dan in het perspectief van de tijd te zien.

Tot in de jaren zestig waren ook de verhoudingen in ziekenhuizen en facultaire afdelingen nog ouderwets hiërarchisch, evenals in andere sectoren van de maatschappij. Doktoren hadden in ziekenhuizen hun eigen eetzaal, afgescheiden van die voor de verpleegsters (en een enkele broeder) en andere personeelsleden. In de algemene ziekenhuizen gaven de medisch specialisten de toon aan. Dat tijdens hun vakanties operatiekamers leegstonden terwijl het operatiekamerpersoneel wel moest worden doorbetaald, was de zorg van de directeur, vaak een wat oudere, gedesillusioneerde huisarts. Binnen de academische ziekenhuizen maakten de hoogleraren-afdelingshoofden de dienst uit. Toegewijde secretaresses namen hun veel werk uit handen. Van deeltijdarbeid, functioneringsgesprekken en managers was nog geen sprake. Hoogleraarsbenoemingen kwamen tot stand in de beslotenheid van de faculteitsraad, die alleen uit professoren en lectoren bestond.

Als wij naar deze omstandigheden kijken, is het dan ook niet begrijpelijk dat binnen de Vereniging en de redactie regels en gebruiken golden die nu merkwaardig aandoen? Daarbij moet wel worden opgemerkt dat het Tijdschrift zeker niet vooropliep bij het volgen van de veranderingen die in de maatschappij plaatsvonden. Pas met de komst van Stenfert Kroese in de jaren zeventig is de professionalisering van het bureau en het redactionele proces in gang gezet, ontwikkelingen die door Dunning krachtig zijn bevorderd. Dunning en de overige leden van de hoofdredactie hebben nieuwe activiteiten gestart, zoals actieve werving van kopij en de automatisering van het bedrijf, en zij hebben internationale contacten aangeknoopt. De verhuizing naar het ruimere pand aan de Johannes Vermeerstraat heeft de hele organisatie nieuw elan gegeven. De gunstige economische omstandigheden maakten het voor de Vereniging mogelijk nieuwe initiatieven te nemen zoals de aanstelling van stagiairs, het houden van conferenties en cursussen voor auteurs; allemaal activiteiten die de kwaliteit van het Tijdschrift ten goede zijn gekomen. Toen Van Gijn het estafettestokje overnam, trof hij een goedlopend redactiebedrijf aan. Met de zijnen heeft hij het beleid van zijn voorgangers met succes voortgezet.

Toch zijn er ook nu weer omstandigheden die om nieuwe initiatieven vragen. Jongere generaties artsen zoeken informatie op het internet en niet meer in de index van het Tijdschrift wanneer zij een klinisch probleem moeten oplossen. De 'ontlezing' in de samenleving draagt verder bij aan de daling van het aantal abonnees. Het financiële vermogen van de Vereniging kan wel een stootje hebben, maar de exploitatie van het Tijdschrift is al een aantal jaren verliesgevend. De mondialisering van de geneeskunde en de statusverhoging die het publiceren in gerenommeerde internationale tijdschriften met zich meebrengt, maken dat het aantal oorspronkelijke stukken in het Tijdschrift daalt. De viering van het 150-jarig bestaan laat dan ook geen rustgevend adempauze toe.

Het is zonder meer duidelijk dat vorm en inhoud van het Tijdschrift in de afgelopen 50 jaar sterk verbeterd zijn. Het nieuwe formaat dat onder leiding van Prakken in 1957 is ingevoerd, was een grote stap vooruit. Door zijn opvolgers zijn verdere verbeteringen in opmaak en uiterlijk aangebracht. Van Gijn heeft in het bijzonder de kwaliteit van de didactische functie van tekst en illustraties verbeterd.

Ook verbetering van de inhoud is overduidelijk waarneembaar. In de periode-Prakken-Jongkees zijn geleidelijk hogere eisen aan de kwaliteit van de artikelen gesteld en is de peer review zonder aanzien des persoons op gang gekomen. Er was beginnende aandacht voor ethische problemen en maatschappelijke aspecten van de geneeskunde. Onder invloed van Dunning en later Van Gijn heeft het Tijdschrift zich veel directer en bewuster met die onderwerpen beziggehouden. De samenstelling van de redactie werd uitgebreid met deskundigen op die terreinen. Er kwam meer aandacht voor de klinische epidemiologie en het onderwijs in de geneeskunde.

Voortdurend hebben de hoofdredacties speciale aandacht besteed aan de zogenaamde basisvakken en de klinische farmacologie. In de jaren zestig en zeventig waren er rubrieken als 'Biochemie en kliniek' en 'Bijdragen uit de Nederlandse laboratoria voor medisch-biologische basisvakken' en later series over immunologie en celbiologie. Door middel van 'Farmacotherapeutische overzichten' en gelijksoortige rubrieken is de lezer op de hoogte gehouden van de stormachtige ontwikkelingen op het gebied van de farmacotherapie in de afgelopen 50 jaar. De gevaren hiervan kwamen aan de orde in de rubriek 'Bijwerkingen van geneesmiddelen'. De klinische praktijk kwam aan de orde in klinisch-pathologische conferenties, 'Nuttige notities' en meer recent 'Klinisch denken en beslissen in de praktijk'.

Sinds 1966 is er een rubriek 'Medische opleiding'; het eerste artikel is geschreven door een student. Speciaal rond de jaarwisseling wordt teruggekeken in de 'Geschiedenis der geneeskunde', een rubriek waaraan de hoogleraar Inwendige Geneeskunde A.G.Lindeboom veel bijdragen heeft geleverd.

Wij concluderen dat het NTvG de pretentie een algemeen medisch tijdschrift te zijn zeker waarmaakt. Er zijn evenwel twee onderwerpen die weinig aan bod komen: de stem van de patiënt en de mening van de hoofdredactie over actuele maatschappelijke vraagstukken.

Wat betreft het eerste onderwerp: in de afgelopen decennia is de patiënt-artsrelatie drastisch gewijzigd [zie bl. 32 en 149 e.v.]. De patiënt is niet langer een passieve ontvanger van zorg, maar denkt mee, wil beter gehoord worden en heeft ook wel wat te vertellen. *The Lancet* heeft een rubriek waarin patiënten op indringende wijze verslag doen van hun ervaringen met ziekte en behandeling. In de *Annals of Internal Medicine* doen artsen regelmatig verslag van belevenissen van individuele patiënten. In het Tijdschrift zijn daarentegen slechts een paar stukken te vinden van artsen die hun collegae een

spiegel voorhouden: *Zelfcontrole van de bloeddruk bij ernstige hypertensie?* [1972: 1772-7] en *Operatie, hoe ervaar je dat? Ruimte voor het gevoel* [1982:2346-51]. In de klinische les *Horen, luisteren en verstaan* beschrijft de internist en psychosomaticus J.J.Groen zijn toenemende doofheid [1982:457-61]: ‘Dames en Heren, Ik wil beginnen te zeggen dat het mij, na zoveel jaren patiënten die daartoe hun medewerking hebben verleend te hebben gedemonstreerd, voldoening geeft dat ik nu zelf als patiënt ook op deze wijze aan uw ontwikkeling tot arts mag bijdragen.’ Zouden lezers van het Tijdschrift niet meer van patiënten kunnen leren?

Verder houdt de hoofdredactie zich vaak opvallend stil als het gaat om actuele ethische of politieke kwesties die de geneeskunde raken en aanleiding geven tot discussies in de samenleving. Zeker, Prakken heeft zich duidelijk uitgesproken tegen de reclame-uitingen van de farmaceutische industrie [zie bl. 245] en tegen de invloed van die industrie op artsen [zie bl. 184], er is kritiek geuit op de welwillende houding van de overheid ten opzichte van alternatieve geneeswijzen, en Dunning schreef een stuk over de kernbewapening, maar dat zijn uitzonderingen.

Het Tijdschrift geeft wel ruimte voor discussie. Voor- en tegenstanders van de pil, abortus en euthanasie komen aan bod, maar de hoofdredactie neemt dan heel bewust geen standpunt in. De uitspraak van Jongkees in de Algemene Vergadering van 1978 is in dit opzicht kenmerkend en nog steeds van kracht: ‘Te zeer geharnaste ontboezemingen horen niet in het Tijdschrift thuis, en tegen lobbyïsme moet worden gewaakt.’ Anders dan in andere algemene medische tijdschriften neemt de hoofdredactie in de regel geen stelling in discussies over actuele problemen op het grensvlak van maatschappij en geneeskunde. Van Gijn heeft onlangs wel publiekelijk een protest gesteund tegen de plannen om meer marktwerking toe te staan in de zorg, maar in de kolommen van het Tijdschrift klinkt dat niet door.

Wanneer dit punt van het redactiebeleid ter sprake komt, wordt verwezen naar de taakverdeling met *Medisch Contact*. De opvatting is dat het Tijdschrift zich met de wetenschap (wij zijn een tijdschrift voor geneeskunde) bezig moet houden en *Medisch Contact* als orgaan van de KNMG (de maatschappij die de geneeskunst bevordert) met bovengenoemde onderwerpen.

Naar buiten toe houdt het Tijdschrift welbewust en enigszins uitdagend de schijn op deftig en behoudend te zijn. Toch leert de geschiedenis van de afgelopen 50 jaar dat zich achter deze façade wel degelijk grote veranderingen hebben afgespeeld.

In de grote vergaderzaal van het pand aan de Johannes Vermeerstraat hangen twee in het oog springende schilderijen. Het ene is de ‘Optocht der hoogleraren bij het 300-jarig bestaan van de Universiteit van Amsterdam’ uit 1932, geschilderd door Martin Monnickendam [figuur 6.31]. De gekostumeerde heren zijn op weg van de Oudemanhuispoort via het Museumplein naar het Concertgebouw en zullen even later de huidige Zetel der Vereniging



Figuur 6.31
'Optocht der hoogleraren bij
het 300-jarig bestaan van
de Universiteit van Amsterdam'
van M. Monnickendam.

passeren. Aan dezelfde wand van de vergaderzaal hangt een groot doek van Hans Bayens uit 1995 getiteld 'Grote visite' [figuur 6.32]. Onder supervisie van ervaren artsen overlegt de assistent met de patiënt die in het centrum van de aandacht ligt. De contrasten tussen beide schilderijen kunnen niet groter zijn en illustreren de metamorfose die het Tijdschrift heeft ondergaan. De Amsterdamse hegemonie is doorbroken, de plechtstatige toga is ingeruild voor de witte jas en professorale zekerheden zijn vervangen door onderzoek en onderwijs aan het ziekbed.

Noot

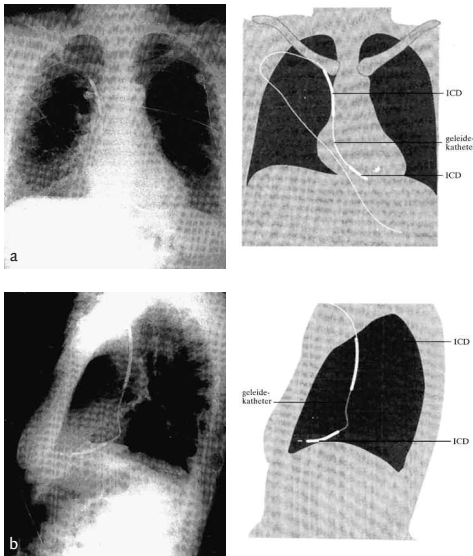
- 1 Gijsbers P. Een bestendige relatie onder huwelijkse voorwaarden: Bohn en het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. In: Gijsbers P, Kempen A van, redacteuren. Deugdelijke arbeid vordert lang bepeinzen. Jubileumboek uitgegeven ter gelegenheid van het 250-jarig bestaan van uitgeverij Bohn 1752-2002. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2002. p. 215-26.



Figuur 6.32
'Grote visite' van H.Bayens.

1997

1475 Een implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD) bij levensbedreigende hartritmestoornissen. In het St. Antonius Ziekenhuis te Nieuwegein werden 44 patiënten voorzien van een ICD met transveneuze elektroden. Binnen 1 jaar had bij 50% van de patiënten een therapeutische ontlading plaatsgevonden.



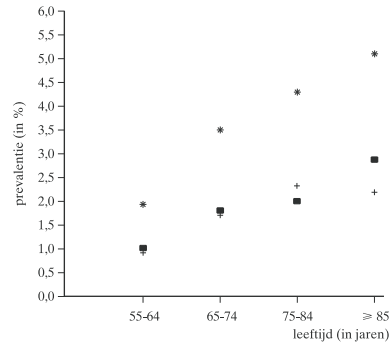
Voor-achterwaartse (a) en dwarse (b) röntgenfoto van de borstkas bij een patiënt met een transveneuze implanteerbare cardioverter-defibrillator. Op één geleider zijn 2 defibrillatie-elektroden bevestigd. De ene elektrode ligt in het rechter ventrikel, de andere in de V. brachiocephalica. Tussen deze elektroden wordt het ontladingsveld gecreëerd. De cardioverter-defibrillator wordt in een pocket achter de linker M. rectus abdominis geplaatst.

2180 Sterfte van verpleeghuispatiënten bij extreme buitentemperatuur. In Nederland is de sterfte het laagst bij 20,5°C. Gegevens van 289 verpleeghuizen werden geanalyseerd. Bij een gemiddelde maximale weektemperatuur boven 25°C steeg het sterftecijfer 50% ten opzichte van perioden met optimale temperaturen (15-19,9°C). Tijdens koude perioden (0-4,9°C) was de toename van de sterfte minder groot (22%). De verklaring zal zijn dat tijdens de koude de patiënten binnen blijven, maar dat bij hoge buitentemperaturen de binnentemperatuur door onvoldoende klimaatbeheersing ook te hoog oploopt.

2405 Geen nut van antibiotische behandeling bij acute sinusitis maxillaris. Huisartsen verwezen 214 volwassenen met acute sinusitis maxillaris naar het St. Elisabeth Ziekenhuis in Tilburg, van wie 108 amoxicilline en 106 een placebo kregen. Na 14 dagen had in beide groepen ongeveer 80% aanzienlijk minder of geen klachten. Het röntgenbeeld had geen voorspellende waarde voor het beloop.

1998

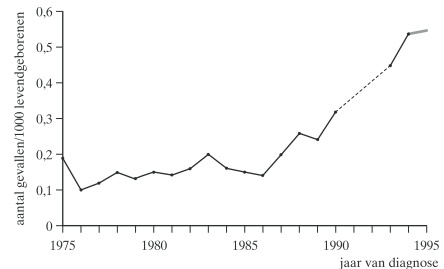
301 'Transient ischaemic attack' (TIA) bij de algemene bevolking. Bij 55-plussers uit Ommoord werd gevraagd naar verschijnselen van een TIA. De prevalentie was bij mannen 3,7 en bij vrouwen 2,9%.



Prevalentie (in %) naar leeftijd van typische 'transient ischaemic attack' (TIA; +), 'atypische TIA' (neurologische symptomen die niet specifiek zijn voor TIA; ■) en het totaal van beide (*) bij 7354 55-plussers die deelnamen aan het 'Erasmus Rotterdam gezondheid en ouderen' (ERGO)-onderzoek.

787 De medische kosten van roken. Onderzoekers van de Erasmus Universiteit berekenden wat er zou gebeuren als alle rokers zouden stoppen. De kosten van de gezondheidszorg zouden dan aanvankelijk lager zijn, maar na 15 jaar hoger uitvallen dan nu het geval is.

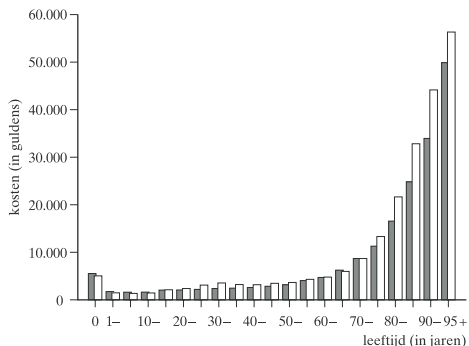
850 Twintig jaar coeliakie bij kinderen in Nederland. De frequentie neemt toe en de verschijningsvorm verandert. Tot 1990 waren de verschijnselen vooral chronische diarree, opgezette buik en afbuigende groei. Na 1993 werden diarree en opgezette buik minder vaak waargenomen en kwamen gewichtsverlies, anemie en buikpijn vaker voor dan in eerdere jaren.



Frequentie van coeliakie op de kinderleeftijd in Nederland gedurende de periode 1975-1995.

1434, 1450 De totaleheupprothese in Nederland. Over de periode 1980-1994 is de incidentie van plaatsing verdubbeld. Er worden nu meer dan 16.000 totaleheupprothesen per jaar geplaatst. Bij jaarlijks 14.000 primaire plaatsingen en 1400 revisies zijn de kosten ongeveer 186 miljoen gulden. De grootste kosten worden gevormd door de prijs van de prothesen en de loonkosten voor de verpleegkundigen.

1607 Kosten van ziekten in Nederland. In 1994 werd 60 miljard gulden aan de gezondheidszorg besteed. De meeste kosten hielden verband met niet-fatale aandoeningen zoals verstandelijke handicap, dementie en aandoeningen van het bewegingsstelsel.



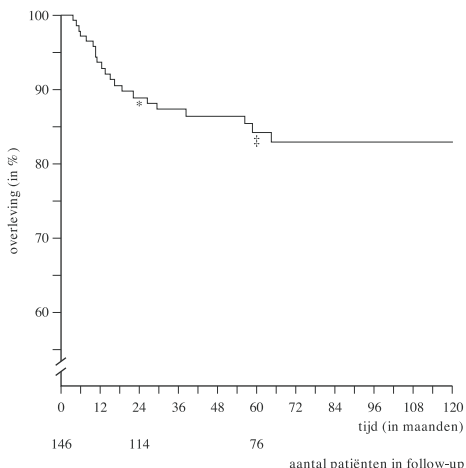
Kosten van de gezondheidszorg per inwoner van Nederland naar leeftijd en geslacht (■ = mannen; ▨ = vrouwen) in 1994.

2337 De erectiepijl. In het voorjaar heeft de Amerikaanse FDA sildenafil (Viagra) geregistreerd, met als gevolg een stormloop op artsen en apothekers. In Nederland zegt 2,7% van de mannen last te hebben van een erectiestoornis, maar zeer waarschijnlijk komt deze klacht veel vaker voor. 'De eerste klinische resultaten laten zien dat de behandeling met sildenafil veilig en effectief is, mits voorgeschreven door een seksuologisch bekwaam arts. (...) De arts die zich laat verleiden om klakkeloos recepten uit te schrijven zonder naar de "de man achter de penis te kijken" loopt het gevaar om behandelbare aandoeningen of achterliggende fysieke, seksuele en relationele factoren over het hoofd te zien.'

1999

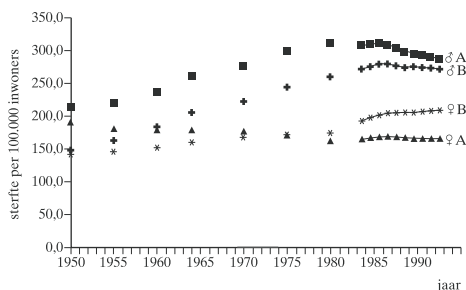
98 Profylactische totale thyroïdectomie voor multipole endocriene neoplasie type 2A (MEN2A) op de kinderleeftijd. Sinds 1993 is het oorzakelijke gen van dit syndroom gekloneerd en is het gendragerschap met 100% zekerheid vast te stellen. Het medullair schildklier carcinoom (MSC) is de vroegste en meest bedreigende uiting. Daarom werd bij 14 gendragers, 5 tot 15 jaar oud, de schildklier verwijderd. MSC was bij 1 patiënt macroscopisch en bij de overigen microscopisch aantoonbaar. Het advies is om de operatie voor het 10e levensjaar uit te voeren.

564 Behandeling van niet-seminomateuze testiscarcinomen: 5-jaarsoverleving van 84%. In Leiden werden in 15 jaar 146 patiënten behandeld. De kans op genezing en overleving was na behandeling met chirurgie en chemotherapie meer dan 80%, ook voor patiënten met metastasen.



Kaplan-Meier-curve van de overleving van de 146 patiënten behandeld wegens een non-seminoom van de testis in het Academisch Ziekenhuis Leiden, 1979-1993, vanaf de orchidectomie. Na 2 jaar (*) waren er follow-upgegevens van 114 patiënten en na 5 jaar (‡) van 76.

1502 Kanker in Nederland. Hoewel de incidentie van kanker in Nederland is gestegen, daalt sinds 1990 de sterfte bij mannen en is die bij vrouwen niet verder toegenomen. Dit kan worden toegeschreven aan betere overlevingskansen doordat de behandelmogelijkheden zijn verbeterd of doordat de diagnose eerder wordt gesteld.

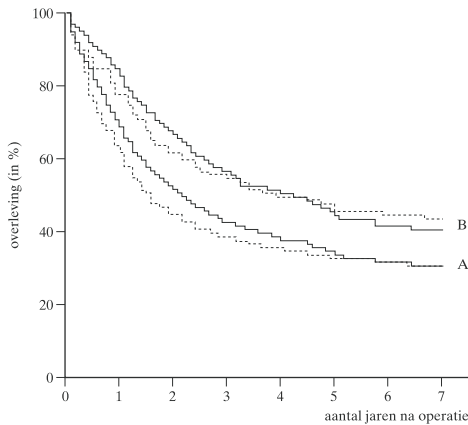


Het beloop van de totale sterfte door kanker voor mannen en vrouwen sinds 1950, zowel bruto sterfte (B) als sterfte gecorrigeerd voor leeftijdsopbouw (A) (bron: Centraal Bureau voor de Statistiek).

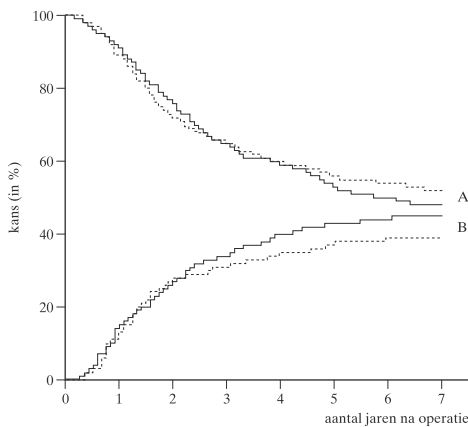
1523 Uitgebreide lymfeklierdissectie bij maagresectie wegens maagcarcinoom. In Japan werden met uitgebreide lymfeklierdissectie (D2) betere resultaten bereikt dan met de standaardlymfeklierdissectie (D1). Er werkten 80 Nederlandse ziekenhuizen mee aan een prospectief gerandomiseerd onderzoek waarbij de prognose na D1 en D2 werd vergeleken en 711 patiënten ondergingen een curatieve resectie. De significant hogere morbiditeit na een D2-dissectie werd niet gecompenseerd door een betere prognose. Dit onderzoek is een mijlpaal in de Nederlandse heelkunde vanwege de medewerking van meer dan 150 chirurgen en pathologen en de gestandaardiseerde procedures.



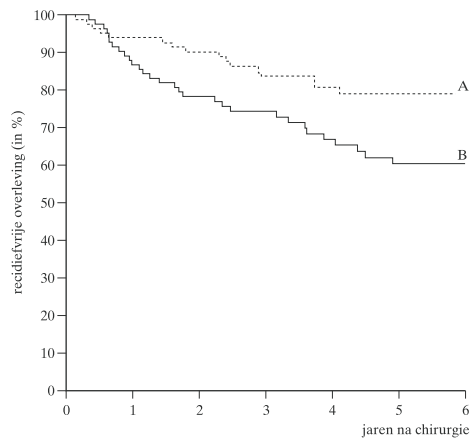
Uitgebreide lymfeklierdissectie bij maagresectie wegens maagcarcinoom (vervolg)



Overleving na een operatie wegens maagkanker met een standaardlymfeklierdissectie (D1) (—) of een uitgebreide lymfeklierdissectie (D2) (----) onder alle 996 geopereerde patiënten (A) en onder 711 curatief geopereerde patiënten (B), augustus 1989-juni 1993.



Overleving (A) en cumulatieve recidiefkans (B) onder 589 patiënten met maagkanker na microscopisch radicale resectie met een standaardlymfeklierdissectie (D1) (—) of een uitgebreide lymfeklierdissectie (D2) (----).



Recidiefrije overleving bij 170 patiënten met coloncarcinoom in American Joint Commission on Cancer(AJCC)-stadium II die na chirurgische behandeling gerandomiseerd vaccinatie ondergingen met tumorcellen en Bacille Calmette-Guérain (BCG) (A; n = 85) of die geen vaccinatie kregen (B; n = 85) (Kaplan-Meier-curven). Het verschil tussen de groepen was significant: p = 0,043).

2000

274 Actieve specifieke immunotherapie als adjuvante behandeling van coloncarcinoom. Een prospectief gerandomiseerd onderzoek naar het effect van vaccinatie met eigen tumorcellen na radicale chirurgie bij 254 patiënten met coloncarcinoom stadium II of III. De immunotherapie had een significant gunstig klinisch effect bij patiënten in stadium II.

2001

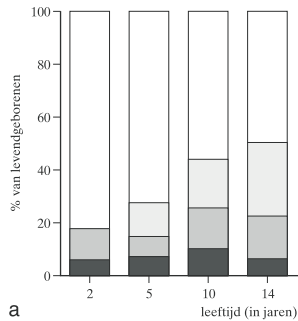
1441 Twee weken bedrust niet effectief voor het lumbosacrale radiculare syndroom. Huisartsen verwezen patiënten naar het Academisch Ziekenhuis Maastricht, waar 183 patiënten werden gerandomiseerd voor bedrust of geen bedrust in de eerste lijn. Na 2 weken was het effect in beide groepen niet verschillend en 10 weken later rapporteerde 87% van de patiënten in beide groepen verbetering.

2488 Prenatale blootstelling aan de Hongerwinter en medische bevindingen op lange termijn. De hypothese van Barker houdt in dat ondervoeding van de foetus tijdens kritische perioden van de ontwikkeling leidt tot aandoeningen zoals hypertensie, hypercholesterolemie en diabetes mellitus. In het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam waren gegevens beschikbaar van kinderen die tijdens de Hongerwinter (1944-'45) waren geboren. Follow-upgegevens werden vergeleken met die van personen die kort voor of na de Hongerwinter waren geboren. Het bleek dat prenatale blootstelling aan de Hongerwinter samenhang met permanente effecten op verscheidene cardiovasculaire risicofactoren zonder dat er een verband was met het geboortegewicht.

989 Ontwikkeling van zeer vroeg geboren kinderen. Perinatale gegevens werden verkregen van 1338 kinderen die in 1983 levend geboren waren na een zwangerschap van minder dan 32 weken en/of met een geboortegewicht onder 1500 g. In de loop van 14 jaar namen ontwikkelings-, gedrags- en leerstoornissen toe. Op 14-jarige leeftijd ondervond de helft van de kinderen aanzienlijke problemen in het dagelijkse leven.

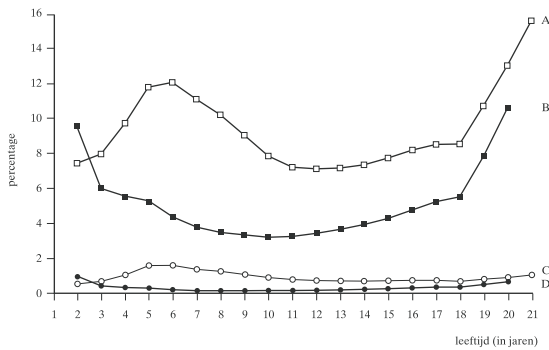


Ontwikkeling van zeer vroeg geboren kinderen (vervolg)

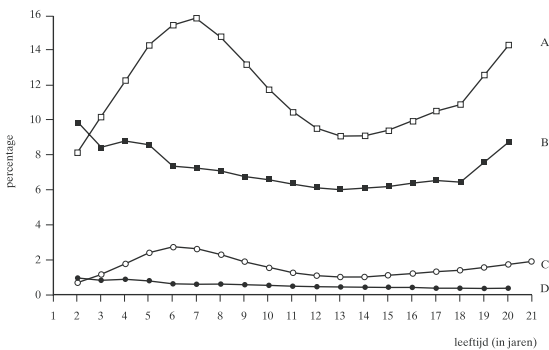


Handicaps op de leeftijd van 2, 5, 10 en 14 jaar bij kinderen die in 1983 levend geboren waren na een zwangerschap van minder dan 32 weken en/of met een geboortegewicht van minder dan 1500 g: (a) alle onderzochte kinderen (n = 609-944); (■) ernstigehandicap; (▨) lichte handicap; (□) beperking; (□) normaal.

1303 Nederlandse kinderen worden dikker!

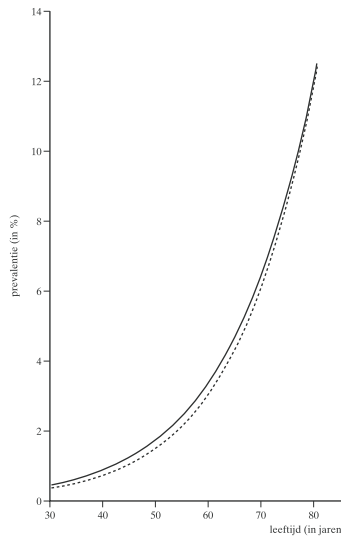


Prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse jongens: overgewicht (A) en obesitas (B) in de 'Vierde landelijke groeistudie' (1997); overgewicht (C) en obesitas (D) in de 'Derde landelijke groeistudie' (1980).



Prevalentie van overgewicht en obesitas bij Nederlandse meisjes: overgewicht (A) en obesitas (C) in de 'Vierde landelijke groeistudie' (1997); overgewicht (B) en obesitas (D) in de 'Derde landelijke groeistudie' (1980).

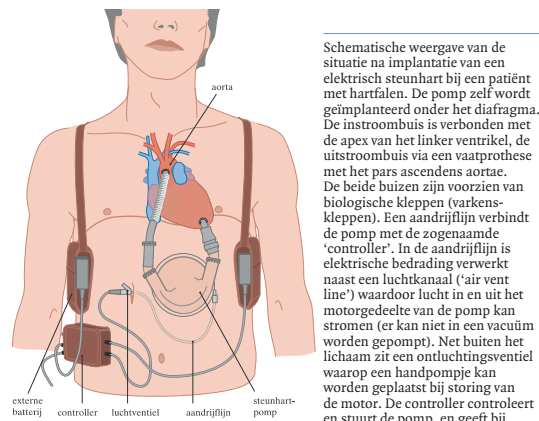
1681 **Diabetes mellitus type 2 in Nederland.** De prevalentie van diabetes in Nederland in de leeftijdsgroep 30-70 jaar bedraagt 2,7-3,2%. Als de oversterfte door diabetes voorkómen zou kunnen worden, stijgt de levensverwachting van mannen met diabetes op de leeftijd van 45 jaar met 4,7 jaar en voor vrouwen op die leeftijd met 6,3 jaar. Geschat wordt dat de prevalentie tussen 1993 en 2010 met 36% zal toenemen.



Prevalentie van diabetes in Nederland voor mannen (—) en vrouwen (----), geschat op basis van zelfrapportages in een steekproef van de algemene bevolking.

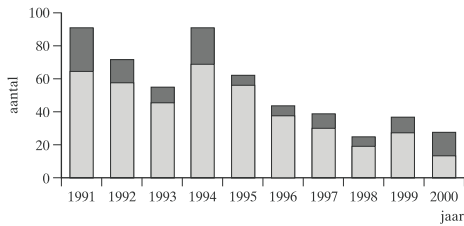
2002

351, 373 **Een elektrisch steunhart ter overbrugging tot transplantatie.** In het Erasmus Medisch Centrum werd bij 3 patiënten met terminaal hartfalen een steunhart geïmplantéerd. De eerste 2 patiënten bereiken het moment van transplantatie na respectievelijk 367 en 416 dagen.



Schematische weergave van de situatie na implantatie van een elektrisch steunhart bij een patiënt met hartfalen. De pomp zelf wordt geïmplantéerd onder het diafragma. De instroombuis is verbonden met de apex van het linker ventrikel, de uitstroombuis via een vaatprothese met het pars ascendens aortae. De beide buizen zijn voorzien van biologische kleppen (varkenskleppen). Een aandrijflijn verbindt de pomp met de zogenaamde 'controller'. In de aandrijflijn is elektrische bedrading verwerkt naast een luchtkanaal ('air vent line') waardoor lucht in en uit het motorgedeelte van de pomp kan stromen (er kan niet in een vacuüm worden gepompt). Net buiten het lichaam zit een ontluchtingsventiel waarop een handpompje kan worden geplaatst bij storing van de motor. De controller controleert en stuurt de pomp, en geeft bij storing een alarmsignaal. Het systeem krijgt voeding van een lichtnetadapter of via 2 batterijen (de patiënt draagt er links en rechts één) die samen 5-8 h elektriciteit leveren.

1833 Buiktyfus in Amsterdam. In de periode 1991-2000 waren er 101 patiënten met buiktyfus. Bij 12 huisgenoten werd een infectie met *S. typhi* vastgesteld. Van de 101 indexpatiënten hadden 96 een buitenlandse reisbestemming als waarschijnlijkste bron.



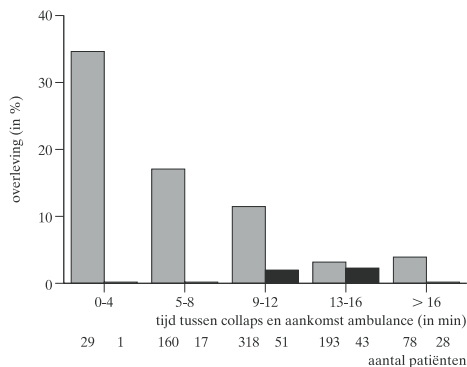
Totaal aantal meldingen van buiktyfus, 1991-2000 in Amsterdam (■; n = 113) en in de rest van Nederland (□; n = 424).

2201 Een chirurg met lassakoorts. De 48-jarige man was 5 maanden werkzaam geweest in Sierra Leone. Een paar dagen voor terugkeer naar Nederland kreeg hij griepachtige verschijnselen, later gevolgd door tekenen van encefalopathie. De diagnose 'lassakoorts' werd bevestigd door detectie van viraal RNA in bloed. Hij overleed op de 16e ziektedag ondanks behandeling met ribavirine.

2003

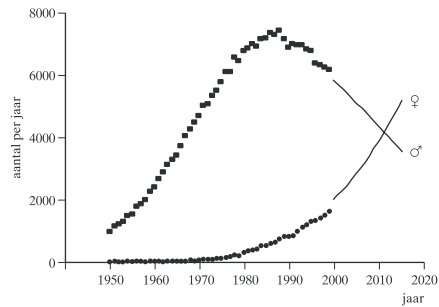
249 Bedrust en fysiotherapie geen meerwaarde bij acute lumbosacrale radiculare pijn (LSRP). Een gerandomiseerde studie uit het Medisch Centrum Haaglanden bij 250 patiënten. Bedrust en fysiotherapie hadden geen beter effect dan het zoveel mogelijk continueren van het dagelijks leven zonder specifieke behandeling.

495 Reanimaties in en rond Amsterdam. In de periode 1995-1997 waren 134 (13%) van 1046 patiënten met een cardiale oorzaak van de circulatiestilstand bij ontslag uit het ziekenhuis nog in leven.



Overleving van 918 patiënten die collabeerden door een cardiale oorzaak en werden gereanimeerd, in relatie met de tijd tussen collaps en aankomst van de ambulance (bij de 140 patiënten zonder getuigen werd als tijdstip van collaps genomen het tijdstip waarop de patiënt werd gevonden); (■) collaps met getuige; (□) collaps zonder getuige.

917 1,2 miljoen tabaksdoden in Nederland tussen 1950 en 2015.



Waargenomen en modelmatig berekende longkankersterfte door roken in Nederland, naar geslacht. In 1950-1999 overleden 244.500 mannen en 18.800 vrouwen aan longkanker door roken (dat is 94% en 53% van de sterfte vóór het 70e levensjaar), in 2000-2015 zijn dat naar verwachting 75.600 mannen en 55.300 vrouwen (90% en 86% van de voortijdige sterfte).

1549 Percutane vertebroplastiek bij osteoporotische wervelinzakkingsfracturen. Deze methode bestaat uit het inspuiten van botcement vermengd met bariumsulfaat. Er werden 18 opeenvolgende patiënten met 33 fracturen behandeld; 16 patiënten hadden daarna beduidend minder van geen pijn meer.



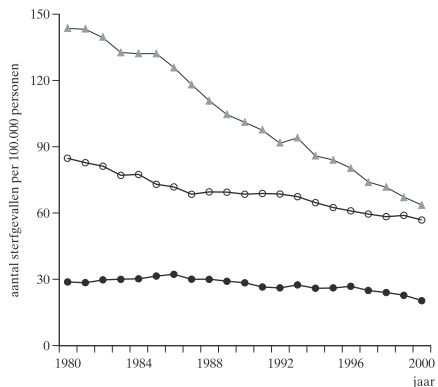
Schematische weergave van de transpediculaire benadering bij percutane vertebroplastiek.

2041, 2044, 2051, 2072 Nieuw oncologisch behandelprincipe: doelgerichte therapie; voorbeeld: imatinib. In tegenstelling tot de klassieke chemotherapie zijn er nu middelen die selectief gericht zijn tegen een moleculair defect van de kankercel. Imatinib is een specifieke tyrosinekinaseremmer. Het effect bij chronische myeloïde leukemie is spectaculair, maar ook bij enkele zeldzame, voorheen onbehandelbare solide tumoren worden gunstige resultaten gezien. Het gaat dan om gemetastaseerde gastro-intestinale stromaceltumoren en dermatofibrosarcoma protuberans. Imatinib is een voorbeeld van de nieuwe kankerbehandeling: 'doelgerichte therapie' ('targeted therapy'). Een van de auteurs spreekt zelfs over een 'magic bullet'.

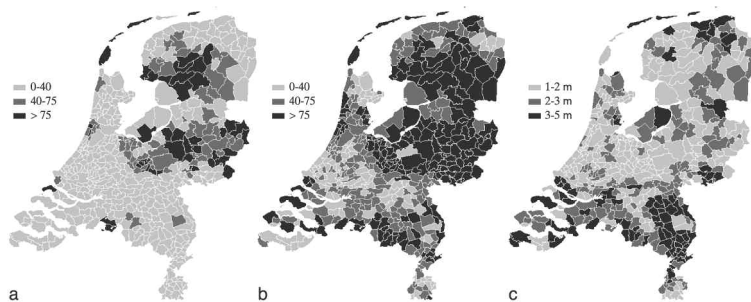
2065 Heroïne en methadon op medisch voorschrift voor heroïneverslaafden. Effecten van heroïne (per inhalatie en per injectie) in combinatie met methadon werden vergeleken met die van methadon alleen in gerandomiseerd onderzoek bij 549 chronisch, therapieresistente verslaafden. Na 12 maanden bleek het effect van de gecombineerde verstrekking beter dan de behandeling met alleen methadon.

2004

27 Daling van de cardiovasculaire sterfte.



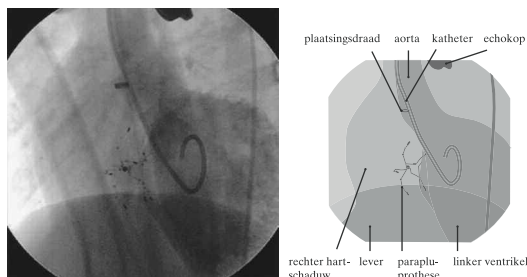
Gestandaardiseerde sterftecijfers voor hart- en vaatziekten per jaar voor mannen en vrouwen voor chronische ischemische hartziekten (●; daling: 28%), cerebrovasculaire aandoeningen (○; daling: 32%) en acuut myocardinfarct (▲; daling: 55%), 1980-2000. Directe standaardisatie vond plaats met de bevolkingsopbouw van 1980 als standaard (bron: Prismant).



De geografische verspreiding van de incidentie (per 100.000 inwoners) van erythema migrans in Nederland in 1994 (a) en 2001 (b) en de relatieve toename (relatief risico; c) van de incidentie tussen 1994 en 2001.

622 Sluiting van een ventrikelseptumdefect tijdens hartkatheterisatie.

In Utrecht werd bij een 4-jarige jongen tijdens percutane hartkatheterisatie het defect afgesloten met een paraplu-prothese, waarna zijn klachten verdwenen en de afmetingen van de linker harthelft normaliseerden.

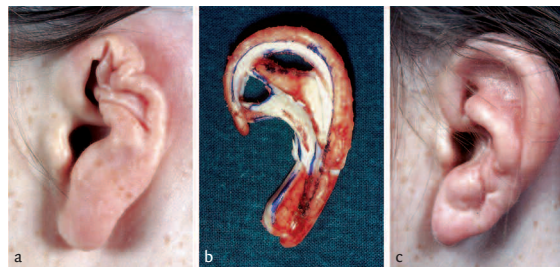


Laterale opname van de plaatsing van een paraplu-prothese over een ventrikelseptumdefect tijdens contrastangiografie bij patiënt A. Er is contrastmiddel gespoten vanuit de katheter die retrograad in het linker ventrikel is gebracht. Het ventrikel en de aorta zijn gevuld met contrastmiddel. De proximale paraplu heeft zich ontplooid tegen de rechter zijde van het ventrikelseptum en de gehele prothese wordt na ontplooiing van het andere deel van de paraplu afgekoppeld van de plaatsingsdraad. Er wordt geen contrast meer verplaatst van het linker naar het rechter ventrikel.

665 **Lyme-borreliose is toegenomen.** Op grond van een enquête onder alle Nederlandse huisartsen wordt de incidentie van erythema migrans in 2001 geschat op 73 per 100.000 inwoners. In 1994 was dit getal 39. De toename wordt toegeschreven aan meer toeristen, meer nieuw bos en meer paarden.

765, 767 **Seksueel contact tussen huisarts en patiënt.** Van 977 geënquêteerde huisartsen hadden 32 ooit seksueel contact met een patiënt gehad: 4,3% van de mannelijke en 0,8% van de vrouwelijke artsen. Een groot deel van deaders boordeelde het seksueel contact achteraf als positief voor zichzelf en voor de patiënt.

1351 Complicaties van piercing van het oor kraakbeen.



(a) Ernstige deformatie van de linker oorschelp met verlittekende huid, na infectie volgend op piercing; (b) een frame van ribkraakbeen waarbij de diverse delen met staaldraad zijn gefixeerd, voor een reconstructie van de oorschelp; (c) situatie na reconstructie.

2190 **Een sterfgeval door vogelpest.** In 2003 heerste in Nederland vogelpest veroorzaakt door aviaria influenza-A(H7N7)-virus. Een 57-jarige dierenarts overleed aan een uitgebreide pneumonie veroorzaakt door dit virus 15 dagen na bezoek aan een aantal pluimveebedrijven.

2257 **Levertransplantatie met een levende donor.** In Groningen werd een deel van de lever van een 32-jarige vader getransplanteerd bij zijn 6 maanden oude dochter met biliaire atresie. Het kind overleed na 6 weken als gevolg van meervoudig orgaanfalen. In Rotterdam werden 2 geslaagde transplantaties met een deel van de lever van een familielid verricht. Het belangrijkste motief voor deze vorm van levertransplantatie is het zorgwekkende tekort aan orgaandonoren in ons land.

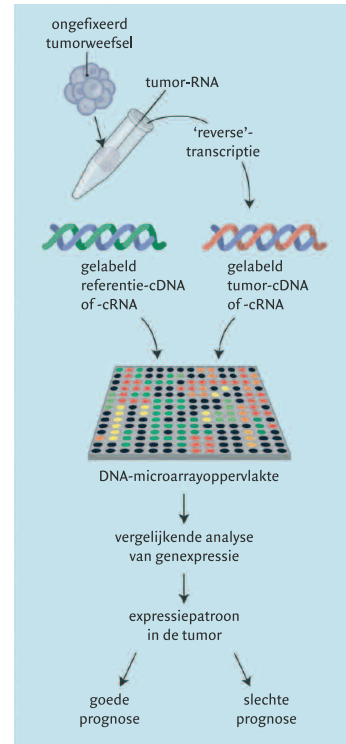
2005

- 226 **Gezondheid en ziekte in Nederland.** In 2000 was de totale levensverwachting voor mannen 75,5 en de levensverwachting zonder beperkingen 70,2 jaar. Voor vrouwen waren deze getallen respectievelijk 80,6 en 70,6 jaar. In regio's waar veel mensen wonen met een lage sociaal-economische status is de gezonde levensverwachting relatief gering.



Aantal verwachte jaren zonder lichamelijke beperkingen, in 1995-1999; (■): > 60-≤ 63; (■): > 63-≤ 65; (■): > 65-≤ 67; (■): > 67-≤ 69; (■): > 69-≤ 73; bron: www.zorgatlas.nl.

- 391 **Dunnedarmtransplantatie.** In Groningen is in 2001 de eerste dunnedarmtransplantatie verricht. Een 51-jarige vrouw kreeg vanaf haar 48e jaar totale parenterale voeding (TPV) wegens ernstige motiliteitsstoornissen van de darm. Toen de TPV met ernstige complicaties gepaard ging, werd op 48-jarige leeftijd dunnedarmtransplantatie uitgevoerd. Haar toestand verbeterde het eerste jaar sterk, maar zij overleed 3 jaar na de transplantatie. De tweede patiënt was een 39-jarige vrouw bij wie een jaar tevoren de transplantatie was uitgevoerd. Bij haar was op 24-jarige leeftijd vrijwel haar hele dunne darm verwijderd wegens een mesenteriale trombose. De TPV werd volledig gestopt en patiënte neigde zelfs tot overgewicht.
- 542 **Aggressie tegen kinderartsen en assistent-geneeskundigen.** Bijna 80% van de responderende artsen die werkzaam waren binnen de kindergeneeskunde in Nederland had te maken gehad met agressie van patiënten of hun familie. Het betrof vooral verbale uitingen, gericht tegen artsen met weinig werkervaring. Van de artsen meldde 41% fysieke agressie of bedreiging.
- 638 **Prognostische betekenis van het genexpressieprofiel van mammatumoren, bepaald met DNA-microarrays.** Onderzoekers van het NKI/Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis tonen aan dat er verschillende subtypen van borstkanker bestaan met een verschillende prognose. Met DNA-microarrays kunnen deze subtypen worden onderscheiden. Op deze wijze kan worden voorkomen dat patiënten met een goede prognose onnodig een belastende adjuvante therapie met hormonale middelen en/of chemotherapie ondergaan.



Schematische weergave van de prognosebepaling van een tumor met DNA-microarrayanalyse.

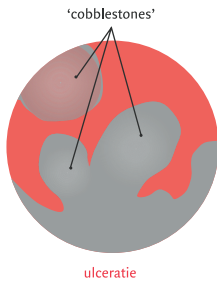
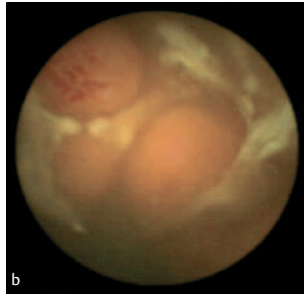
- 2119 **Videocapsule voor endoscopie van de dunne darm.** Eerste ervaringen bij onderzoek van 12 kinderen – de jongste was 3 jaar – met aanwijzingen voor de ziekte van Crohn. Deze niet-invasieve en pijnloze methode brengt de dunne darm beter in beeld dan het conventionele endoscopische en radiologische onderzoek.



Videocapsule (11 bij 27 mm) om dunnedarmafwijkingen in beeld te brengen, met een camera die 2 beelden per seconde maakt. (De zwarte punt in de figuur is de camera en de 4 witte punten vormen de belichting.) De capsule wordt ingeslikt en door de peristaltiek voortbewogen. De patiënt krijgt sensoren op de buik geplakt die de gemaakte beelden ontvangen en doorsturen naar een datarecorder. Deze wordt samen met een batterij in een band om de taille gedragen. De gemaakte beelden kunnen na computerbewerking als een videofilm bekeken worden.

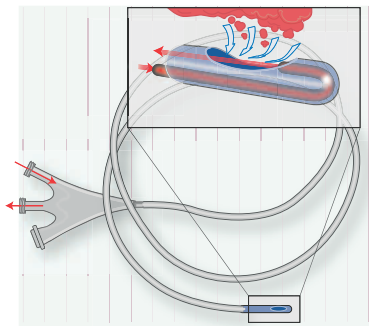
→

Videocapsule voor endoscopie van de dunne darm (vervolg)



Bevindingen met videocapsule-endoscopie in de dunne darm van patiënt D, met gewichtsverlies, verminderde eetlust, rectaal bloedverlies en dagelijks pijn in epigastrium, zonder afwijkende bevindingen bij regulier diagnostisch onderzoek; (b) 'cobblestones' zichtbaar, passend bij de ziekte van Crohn.

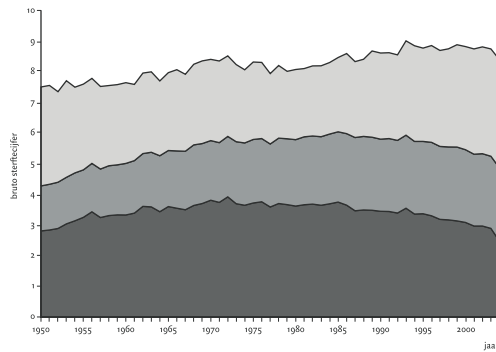
2413 **Reolytische trombectomie.** Bij een patiënte met een nierinfarct had lokale trombolyse met urokinase onvoldoende resultaat. Door reolytische trombectomie werd de nierarterie weer volledig doorgankelijk.



De katheter die wordt gebruikt voor zogenaamde reolytische trombectomie: gehepariniseerd fysiologisch zout wordt onder hoge druk in de katheter gespoten; ter plaatse van de ovale opening in de kathetertip wordt een Venturi-effect opgewekt, waardoor de trombus wordt gefragmenteerd en opgezogen.

2550 **Hendrikje van Andel-Schipper 115 jaar.** Dit jaar telde Nederland bijna 1400 personen van 100 jaar en ouder, terwijl dit er 50 jaar geleden nog maar 50 waren.

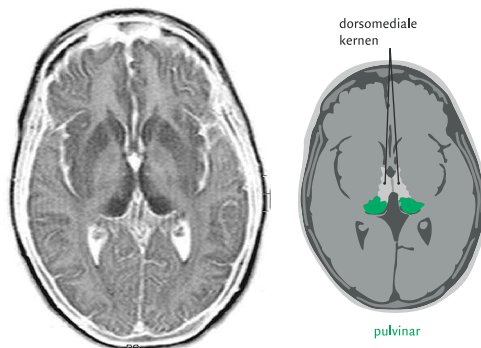
2554 **Ontwikkelingen in de Nederlandse sterfte.** De kans om aan hart- of vaatziekte te overlijden is de afgelopen decennia vrijwel lineair gedaald. Het aandeel van kanker in de totale sterfte is gestegen van 20% in 1950 naar 27% in 2004.



Jaarlijks aantal overledenen per 1000 inwoners in Nederland, 1950-2004: (■) door hart- en vaatziekten; (■) door kanker; (■) door overige doodsoorzaken.

2663 **Preventieve mamma-ablatie bij erfelijke belasting voor borstkanker.** Sinds 1990 worden in Rotterdam preventieve ablaties verricht, eventueel gevolgd door borstreconstructie. Van de draagsters van de borstkankergenen BRCA1 en BRCA2 kiest 30-35% voor deze ingrijpende vorm van preventie, die gepaard gaat met een risicoreductie van meer dan 90%.

2949 **De eerste Nederlandse patiënt met een variant van de ziekte van Creutzfeldt-Jakob (CJD).** Bij deze 23-jarige vrouw, die frequent rauw vlees had gegeten, waren 18 maanden voor haar dood neuropsychiatrische afwijkingen ontstaan die aanvankelijk werden geduid als conversie en persoonlijkheidsstoornis. Pas na MRI-onderzoek werd de diagnose 'variant-CJD' gesteld, die bij obductie werd bevestigd.



MRI-opname bij patiënt A met de variantziekte van Creutzfeldt-Jakob: er zijn symmetrische hyperintensiteiten in het pulvinar (zogenaamd 'pulvinar sign') en de dorsomediale kernen van beide thalami ('fluid-attenuated inversion recovery' (FLAIR-gewogen opname).

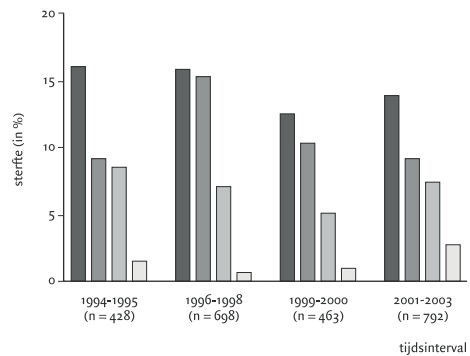
2973 **55-64-jarige Nederlanders zijn in 10 jaar minder gezond gaan leven.** In 1992/'93 en 2002/'03 werd een aselechte steekproef getrokken uit de algemene bevolking, beide keren bestaande uit circa 1000 personen. De prevalentie van obesitas was in 10 jaar duidelijk gestegen: bij mannen van 9,5 naar 18,4% en bij vrouwen van 20,5 naar 27,5%. Er werd meer alcohol gedronken, terwijl de lichaamsbeweging was afgenomen.

2006

90 **Ouderen met een traag werkende schildklier leven langer.** In de 'Leiden 85-plus Studie' werden 558 85-jarigen gemiddeld 3,7 jaar gevolgd. Er bleek geen relatie te bestaan tussen schildklierfunctie en lichamelijk en/of geestelijk functioneren. Wel leefden deelnemers met een verminderde schildklierfunctie langer.

770, 776 **Trastuzumab bij het mammacarcinoom.** Dit monoklonale antilichaam verhindert de binding van celgroei-stimulerende factoren aan receptoren op tumorcellen. Bij 15-30% van de borstkankers is er overexpressie van een receptor (HER2/neu) die celproliferatie bevordert. Het middel verlengt de overleving van patiënten met een gemetastaseerd carcinoom wanneer het wordt toegevoegd aan de chemotherapie. De eerste resultaten van adjuvante chemotherapie plus trastuzumab zijn indrukwekkend. Wanneer patiënten met HER2/neu-overexpressie een jaar met trastuzumab worden behandeld, naast operatie, bestraling en adjuvante chemotherapie, vermindert de kans op recidief en uitzaaiing met ongeveer de helft. Het enthousiasme van de oncologen wordt getemperd door de hoge kosten van het nieuwe middel. In nog geen 5 jaar zijn de kosten van adjuvante chemotherapie bij lymfeklier-positief mammacarcinoom met HER2/neu-overexpressie gestegen van ruim 300 naar meer dan 40.000 euro per patiënt. Een deel van deze kosten moet door de ziekenhuizen worden opgebracht uit een budget dat daar niet op berekend is. 'Dit gaat in toenemende mate ten koste van andere zorg, wat ertoe leidt dat ziekenhuizen en artsen keuzen moeten maken die in feite door de politiek gemaakt zouden moeten worden.'

791 **Centralisatie van pancreasresecties?** Onderzoekers uit het AMC bestudeerden de literatuur over de relatie tussen de sterfte na pancreasresectie en frequentie van de ingreep in verschillende ziekenhuizen, het zogenaamde volume. Verder werden Nederlandse gegevens geanalyseerd. Er was een omgekeerde relatie tussen ziekenhuisvolume en -sterfte. Vanaf 1997 is in Nederland bij herhaling gepleit voor centralisatie van pancreaticoduodenectomieën. Dit bleek geen effect gehad te hebben. Het percentage patiënten geopereerd in ziekenhuizen met een volume kleiner dan 10 per jaar was 57 in de periode 2001-2003 vergeleken met 65 in 1994-1995, en de sterfte was onveranderd hoog.

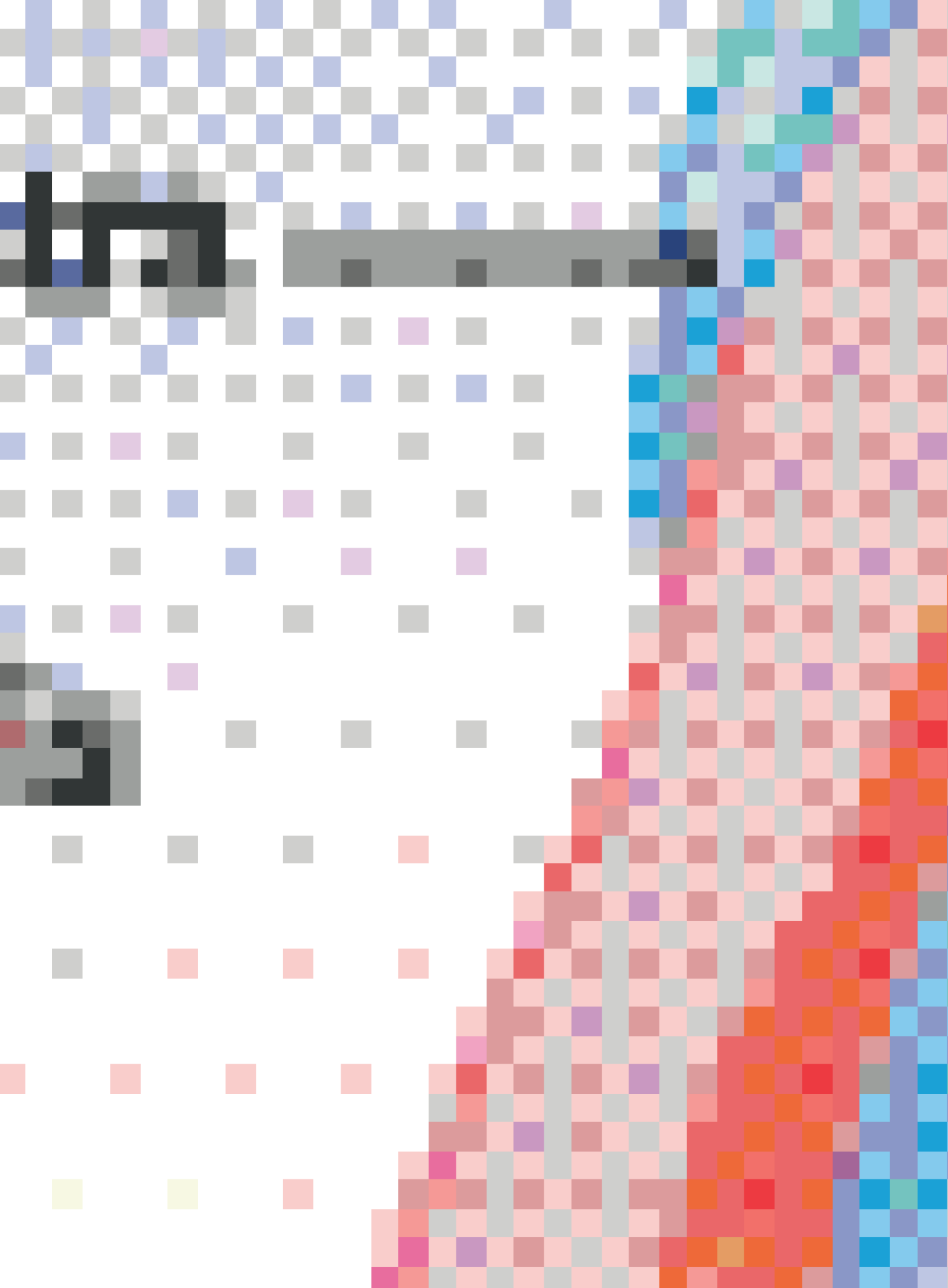


Ziekenhuissterfte bij patiënten die een pancreaticoduodenectomie ondergingen in 4 tijdsperiodes (1994-1995, 1996-1998, 1999-2000, 2001-2003), onderverdeeld in 4 volumecategorieën: < 5 ingrepen/jaar (■); 5-9 ingrepen/jaar (▨); 10-24 ingrepen/jaar (▩); > 24 ingrepen/jaar (□).

7

Continuïteit en verandering

DE VERENIGING	365
EEN HALVE EEUW VERANDERINGEN	366
HET TIJDSCHRIFT	368
HET BELEID VAN DE HOOFDREDACTEUREN	370
TERUGBLIK	371
HAALT HET NTVG 2057?	372



‘De Redactie mag niet om de theorie te believen, de eischen der praktijk uit het oog verliezen; maar evenmin zal zij door eene al te beperkte, al te eenzijdige praktische rigting, de regten der zuivere wetenschap, der theoretische studie verwaarloozen. Beider doel komt ten slotte op hetzelfde neder: uitbreiding onzer kennis, veredeling onzer kunst.’

Aldus de Redactie van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* AAN DEN LEZER op 2 Januari 1857. Anderhalve eeuw lang hebben opeenvolgende redacties deze twee doelen nagestreefd. In dit laatste hoofdstuk gaan wij na in hoeverre het Tijdschrift de afgelopen 50 jaar met dit tweesporenbeleid op koers is gebleven.

Vanaf het begin heeft de redactie van het NTvG een zelfstandig beleid kunnen voeren zonder inmenging van uitgever, aandeelhouders of andere belanghebbenden. De redactie is alleen verantwoording verschuldigd aan de ledenvergadering van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, die bestaat uit de redacteuren en oud-redacteuren. De Vereniging is de enige eigenaar van het Tijdschrift.

DE VERENIGING

Een gezelschap van 28 heren in 1857 is uitgegroeid tot een vereniging die nu bijna 200 leden telt. In de ledenlijst van de afgelopen anderhalve eeuw staan de namen van de meeste medici die in die periode een vooraanstaande plaats in de Nederlandse gezondheidszorg hebben ingenomen. De laatste twee decennia zijn ook vertegenwoordigers van disciplines die aan de geneeskunde grenzen, zoals ethiek, rechten, sociologie en psychologie toegetreden. Bij de keuze van nieuwe redacteuren – en daarmee van nieuwe leden van de Vereniging – wordt rekening gehouden met spreiding over het land en de verschillende deelgebieden van de geneeskunde. Daardoor is een voor Nederland unieke vereniging ontstaan waarvan de leden vanuit alle denkbare gezichtspunten over de geneeskunde en haar relatie met de samenleving discussiëren en schrijven.

In de statuten van de Vereniging staat als doelstelling de bevordering van de geneeskundige literatuur in Nederland. De eerste 125 jaar is dat doel voornamelijk gerealiseerd door het uitgeven van het Tijdschrift. Toen later ruimere financiële middelen beschikbaar kwamen, is daarvan gebruik gemaakt om het werkterrein te verbreden. De Vereniging heeft diverse onder-

zoeksprojecten en andere activiteiten geïnitieerd en ondersteund, bijvoorbeeld over aids, het euthanasiebeleid in Nederland en de geschiedenis van de geneeskunde. In het begin van de 20e eeuw was begonnen met een serie boeken gewijd aan beroemde Nederlandse artsen en wetenschappers zoals Boerhaave en Van Leeuwenhoek. Deze reeks wordt nu voortgezet met een aantal biografieën over andere grote Nederlanders.

Sinds 1998 geeft de Vereniging een aparte editie voor studenten uit. In 1999 is namens de Vereniging aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen een leerstoel gevestigd met als opdracht 'De leer van de verslaglegging van medisch-wetenschappelijk onderzoek'. De basis voor deze leerstoel is het vele onderzoek dat door of met ondersteuning van de hoofdredactie is verricht en dat in talrijke, ook internationale, publicaties is beschreven.

Tot ver in de 20e eeuw had de Vereniging geen eigen pand en werd het redactiewerk gedaan bij een hoofdredacteur thuis of op gehuurde kamers. In 1936 werd een eigen huis in de Jan Luykenstraat betrokken dat dienst deed tot 1992, toen een kapitale villa aan de Johannes Vermeerstraat het nieuwe onderkomen werd. Hier werd behalve het redactiekantoor ook een aparte ruimte voor de bibliotheek ingericht, die inmiddels circa 12.000 titels bevat, waaronder boeken van grote historische waarde.

De belangrijkste activiteit van de Vereniging is vanzelfsprekend nog steeds het uitgeven van het NTvG. Vergelijking tussen een Tijdschriftnummer uit begin jaren vijftig van de vorige eeuw en een exemplaar uit 2006 laat enorme verschillen zien, en niet alleen in uiterlijk en opmaak. Zelden is in een periode van een halve eeuw zo veel veranderd in de geneeskunde en de weerslag daarvan is in de inhoud van het Tijdschrift terug te vinden.

EEN HALVE EEUW VERANDERINGEN

Sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw heeft het biomedisch onderzoek een indrukwekkende vlucht genomen, ook in Nederland. Als gevolg daarvan zijn de medische mogelijkheden enorm toegenomen. Hoge bloeddruk, diabetes, hartinfarct, nierfalen, tuberculose en andere levensbedreigende infecties, verschillende vormen van kanker, maagzweren, onvruchtbaarheid, postmenopauzale klachten, versleten heupen en psychosen kunnen beter behandeld worden dan ooit tevoren. Transplantatie van allerlei organen is mogelijk geworden. Toepassing van nieuwe technologieën in de chirurgie (laparoscopie, microchirurgie) en de beeldvorming (CT, MRI en PET) hebben het werk van chirurgen en radiologen ingrijpend gewijzigd. Legionellose, de ziekte van Lyme en aids hebben pokken en difterie in de leerboeken vervangen. De onttrafeling van de DNA-structuur gaf de genetica een sterke

impuls. Welvaartsstijging en verbeterde arbeidsomstandigheden hebben vroeger vaak voorkomende intoxicaties zoals koolmonoxide- of loodvergiftiging doen verdwijnen.

Ook de praktijk van de geneeskunde is ingrijpend gewijzigd. Een patiënt met een maagzweer wordt niet meer veroordeeld tot 6 weken strikte klinische bedrust met dieet, maar neemt thuis een antibioticakuur. Het idee dat het hart van een patiënt met een hartinfarct rust krijgt door wekenlang verblijf in een ziekenzaal is verlaten. Ventrikelfibrilleren is een betere indicatie voor een elektroshock dan depressie. Duinen en bossen zijn niet meer het voorland voor patiënten met schizofrenie. Chronische nierinsufficiëntie is nu geen doodvonnis zonder mogelijkheid van beroep.

De veranderingen zijn ook niet voorbijgegaan aan de beoefenaren van de geneeskunde. De klinische geneeskunde is veel complexer geworden. Het team heeft de solist vervangen. De chirurg zwaait niet meer de scepter in de OK, maar is afhankelijk van anesthesioloog, radioloog en operatieassistenten. Zonder de inbreng van klinisch chemicus, microbioloog en radioloog is de internist ernstig onthand. Een klinisch specialist met praktijk aan huis is uit de tijd. Gespecialiseerde verpleegkundigen zorgen voor hartbewaking en intensive care. Huisartsgeneeskunde is een specialisme geworden met eigen standaarden voor de uitoefening van de praktijk. Artsen zijn niet meer hiërarchisch hoog verheven boven verpleegkundigen en paramedici; samenwerking en teamwerk zijn kernbegrippen.

De beoefening van de geneeskunde is ook in andere opzichten drastisch veranderd. De medische beroepsgroep was in 1957 nog volledig autonoom. Nu is die handelingsvrijheid aan banden gelegd door ziekenhuisbesturen en managers, overheid en verzekeraars. Artsen dienen evidence-based te werken volgens beroepscode, behandelprotocollen en richtlijnen.

Gezagsveranderingen in de samenleving hebben in de afgelopen 30 jaar de vroegere statusverschillen tussen meer en minder machtigen verkleind. Ook de arts-patiëntrelatie ondervond daar de onomkeerbare gevolgen van. De veranderingen vonden niet zozeer plaats onder dwang van wet- en regelgeving; de wetgeving vormde veeleer de weerslag van een mentaliteitsverandering die samenhang met sociaal-culturele omwentelingen uit de periode ervoor, zoals dat ook gebeurde bij abortus en euthanasie.

De massale toegankelijkheid van kennis op het internet, een ontwikkeling van de laatste 15 jaar, vormt een nieuwe uitdaging. Patiënten krijgen binnen de kortste keren informatie over patiëntenverenigingen en lotgenotencontact; over ziekten, behandelcentra en daar geldende prijzen en wachttijden. Zo kan een vrouw tegenwoordig achterhalen welke ziekenhuizen in haar regio binnen 5 dagen de diagnose 'borstkanker' stellen. Internet herbergt echter ook grote gevaren: iedereen kan er informatie op zetten en er is veel ruimte voor misbruik, oplichterij en kwakzalverij.

HET TIJDSCHRIFT

De hierboven beschreven maatschappelijke veranderingen in de afgelopen 50 jaar zijn uiteraard niet allemaal in het Tijdschrift aan de orde geweest, maar van de medisch-inhoudelijke ontwikkelingen is in verreweg de meeste gevallen tijdig en uitvoerig verslag gedaan. In deze periode heeft het klinisch-wetenschappelijke onderzoek in Nederland grote hoogten bereikt, hetgeen af te lezen is aan een aanzienlijk aantal publicaties van Nederlandse onderzoekers in Engelstalige toptijdschriften. Wanneer deze artikelen van belang zijn voor de Nederlandse praktijk, worden ze als dubbelpublicatie in een Nederlandse versie in het NTvG opgenomen. Uit bibliometrisch onderzoek is gebleken dat het merendeel van de vooraanstaande Nederlandse medische onderzoekers ook bijdragen aan het Tijdschrift levert.

Het Tijdschrift publiceerde niet alleen oorspronkelijke stukken, maar heeft de lezer via *capita selecta*, samenvattende overzichten en referaten steeds op de hoogte gebracht en gehouden van veranderde ziektekundige inzichten en van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van diagnostiek en therapie. Sinds de opkomst van ‘evidence-based’ geneeskunde worden regelmatig richtlijnen voor medisch handelen gepubliceerd.

Aan medische aspecten van de rampen in de Bijlmermeer, Enschede en Volendam is uitvoerig aandacht gegeven. Het tijdig publiceren van de eerste verdenkingen dat gebruik van het slaapmiddel Softenon tijdens de zwangerschap ernstige misvormingen bij het kind veroorzaakte, heeft er stellig aan bijgedragen dat deze ramp kon worden beperkt. Ook is uitvoerig bericht over de ernstige afwijkingen die werden geconstateerd bij dochters van moeders die in het verleden het hormoonpreparaat des hadden gebruikt. Het Tijdschrift heeft verder tijdig gepubliceerd over de schadelijke langetermijneffecten van asbest, lang voordat de nodige maatregelen werden getroffen.

Sinds 1945 laat het NTvG discussies over het zorgstelsel en beroepsbelangen over aan *Medisch Contact*, het weekblad van de (K)NMG. Wel is veel aandacht besteed aan ethische en maatschappelijke aspecten van nieuwe ontwikkelingen binnen de geneeskunde. Over anticonceptie, abortus, kunstmatige inseminatie, prenatale diagnostiek, euthanasie en medische beslissingen rond het levenseinde van pasgeborenen, kinderen en ouderen zijn richtinggevend artikelen verschenen, die belangrijk hebben bijgedragen aan het scheppen van wettelijke kaders voor een aantal van deze vraagstukken.

Onder alle artsen in Nederland wordt de grootste groep gevormd door specialisten uit algemene ziekenhuizen, gevolgd door huisartsen, specialisten in academische ziekenhuizen en tenslotte de groep sociaal-geneeskundigen. Het is zonder meer duidelijk dat het Tijdschrift niet alle disciplines in dezelfde mate tevreden kan stellen.

In 1979 klaagt een lezer dat er weinig lezenswaardige artikelen voor huisartsen zijn [1979:1349]. Inderdaad komt huisartsgeneeskunde niet voor in de overzichten van publicaties in de jaarverslagen van het Tijdschrift in de periode 1974-'81. Ook de sociale geneeskunde levert in die jaren meestal minder dan 10% van het totale aantal oorspronkelijke publicaties. Later is het aandeel van deze disciplines duidelijk toegenomen. Uit de universitaire huisartsinstituten zijn belangrijke artikelen over eigen onderzoek verschenen, onder andere als dubbelpublicaties in internationale toptijdschriften; bijvoorbeeld uit Nijmegen en Maastricht over respectievelijk COPD (BMJ) en griepvaccinatie (JAMA). Verder worden samenvattingen van de standaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in het Tijdschrift gepubliceerd en van commentaar voorzien.

Ook de sociaal-geneeskundigen laten meer van zich horen. In dubbelpublicaties met belangrijke internationale tijdschriften zijn uit Rotterdam artikelen verschenen over onder andere doodsoorzaken en kosten van ziekte, en in samenwerking met de VU over levenseindeproblematiek.

Gerandomiseerd onderzoek van chirurgische behandelwijzen is veel moeilijker dan van geneesmiddelonderzoek. De Nederlandse chirurgen zijn in dit opzicht voortrekkers in Europa. Zij hebben artikelen in Engelstalige tijdschriften over onder andere maagcarcinoom en endoscopische chirurgie geschreven die ook als dubbelpublicatie in het Tijdschrift zijn verschenen.

In de redactie van het Tijdschrift vormen academische medewerkers de meerderheid, maar dat betekent niet dat de niet-universitaire centra achterblijven. Het is opvallend dat een belangrijk aantal artikelen over eerste ervaringen met nieuwe beeldvormende technieken en minimaal invasieve behandelingen uit deze klinieken afkomstig is.

Het Tijdschrift heeft niet alleen verslag gedaan van de vorderingen en de veranderingen in de geneeskunde, maar ook een belangrijke rol gespeeld bij het standaardiseren van de Nederlandse medische vaktaal. In 1923 verscheen een lexicon van de hand van de redacteur van het Tijdschrift, dr. H. Pinkhof, dat als *Pinkhof Geneeskundig woordenboek* nog steeds als vraagbaak en autoriteit voor lezend en schrijvend medisch Nederland geldt. Het Tijdschrift besteedt onverminderd veel aandacht aan zorgvuldig taalgebruik en stelt in overleg met deskundige neerlandici de spelling van nieuwe vaktermen vast. Zorgvuldig taalgebruik komt ook tot uiting in de weergave van ziektegeschiedenissen: wanneer een auteur het over een 'geval van' heeft, zal dat bij de redactionele bewerking stevast worden veranderd in 'een patiënt met'. Artsen behandelen immers zieken, geen ziekten.

Een tijdschrift is bedoeld om te worden gelezen. Er is de afgelopen 15 jaar een paar keer onderzocht hoe het Tijdschrift wordt gelezen en beoordeeld. De dekkinggraad was lange tijd hoog, dat wil zeggen, zo'n 90% van de artsen was erop geabonneerd. Het Tijdschrift werd goed gelezen en hogelijk gewaardeerd. Lezers voelen zich ook betrokken bij het Tijdschrift,

zoals blijkt uit de ingezondenbrievenrubriek. Zij laten van zich horen als hun iets niet bevalt: het taalgebruik, het specialistisch gehalte, een bepaald artikel of een bepaalde mening, een advertentie of het redactionele beleid. Zij nemen daarbij geen blad voor de mond en hanteren graag een scherpe pen. De brieven zijn meestal goed geformuleerd en beleefd, en soms geestig. In elk geval geven ze zelden blijk van autoriteitsgevoeligheid. Ongeacht de status van de auteur of de aangesprokene, men is 'collega'. De conventie is dan ook dat de aangesproken auteurs hierop reageren in de trant van 'Wij zijn collega X erkentelijk voor zijn reactie' of 'Zoals collega Z terecht opmerkt'. Om vervolgens zelden iets toe te geven op hun eerdere stellingname.

HET BELEID VAN DE HOOFDREDACTEUREN

De hoofdredacties onder leiding van achtereenvolgens Prakken, Jongkees, Dunning en Van Gijn hebben in grote lijnen het beleid van hun voorgangers gecontinueerd. Het Tijdschrift wees weinig op voorhand af, maar volgde ook niet de waan van de dag. Het is zelden te betrappen op ongebreideld enthousiasme over nieuwe ontwikkelingen. Of het nu ging om de farmacotherapeutische revolutie in het algemeen of nieuwe medicijnen in het bijzonder, om nieuwe technieken voor diagnostiek of behandeling of om veranderingen in ethische opvattingen, meestal gingen en gaan stukken daarover vergezeld van waarschuwendende woorden: het nut van de toepassing moet nog blijken, de mogelijke langetermijngevolgen of bijwerkingen zijn onduidelijk, de evidentie is niet overtuigend. Omgekeerd werden alternatieve geneeswijzen kritisch, maar niet op voorhand afwijzend bekeken. Lang werd de mogelijkheid open gehouden dat wetenschappelijk onderzoek hun nut alsnog zou aantonen.

Over de jaren werden de medische ontwikkelingen goed gevolgd; daarin bestaat continuïteit. Er was ook verandering. In de jaren vijftig en zestig bestond nog duidelijk weerstand onder de medische stand om zich bezig te houden met medisch-ethische vraagstukken. Op grond van vroege artikelen in het Tijdschrift over abortus of euthanasie kan men beslist niet spreken van 'medicaliseringsdrang' van de kant van de artsen. De medicalisering van deze onderwerpen is vooral door de samenleving opgedrongen. Dat deze onderwerpen überhaupt aan de orde kwamen in het Tijdschrift, was deels een gevolg van de houding van de hoofdredactie en haar voorzitter. Hoofdredacteur Prakken, die tot 1971 het Tijdschrift leidde, was niet afkerig van ethische en maatschappelijke vraagstukken. Achteraf gezien is hij, zeker in de naoorlogse tijd waarin men de vooroorlogse verzuilde maatschappij probeerde te herstellen, vooruitstrevend te noemen. Hij verdedigde ondanks verzet van veel lezers dat het Tijdschrift artikelen plaatste over orale anti-conceptie, geslachtsverandering, kunstmatige inseminatie en abortus. Hij

beantwoordde kritiek standvastig: dit gaat ons medici aan, bespreken is beter dan verzwijgen.

Prakkens opvolger Jongkees (1971-1982) had niet veel op met artikelen over maatschappelijke kwesties. Zijn hoofdredactionele koers was behoudender dan die van Prakken, wat des te sterker contrasteerde met de maatschappelijke beroering van de jaren zeventig. Uiteindelijk organiseerde de hoofdredactie – op aandringen van de algemene redactie – wel een belangrijke rondetafelconferentie over euthanasie, die een belangwekkend verslag opleverde.

Dunning, die Jongkees in 1982 opvolgde, was weer sterk maatschappelijk georiënteerd en demonstreerde dat in zijn eigen artikelen. Hij vond dat het Tijdschrift een actieve, leidende rol in discussies over bijvoorbeeld euthanasie moest vervullen, omdat artsen hier nu eenmaal mee te maken kregen. Evenals Prakken hamerde hij op ‘bespreekbaarheid’. Van Gijn, sinds 1996 voorzitter van de hoofdredactie, neemt hierin een tussenpositie in. Hij vindt maatschappelijke kwesties zeker belangrijk, maar is van mening dat het Tijdschrift allereerst een wetenschappelijk orgaan is, gericht op informatie en scholing. Zijn nadruk op de didactische functie leidde tot een sterke toename van het aantal illustraties.

Ondanks hun belangrijke stem hadden de hoofdredactie en haar voorzitter het niet altijd helemaal voor het zeggen. Een enkele keer reageerden lezers zo heftig dat een onderwerp voor lange tijd van tafel verdween, bijvoorbeeld na de eerste publicaties over transseksualiteit in 1959. Veel later, rond 1983, werd de hoofdredactie onder leiding van Dunning teruggefloten door de algemene redactie toen zij enkele stukken publiceerde die euthanasie leken te aanvaarden.

TERUGBLIK

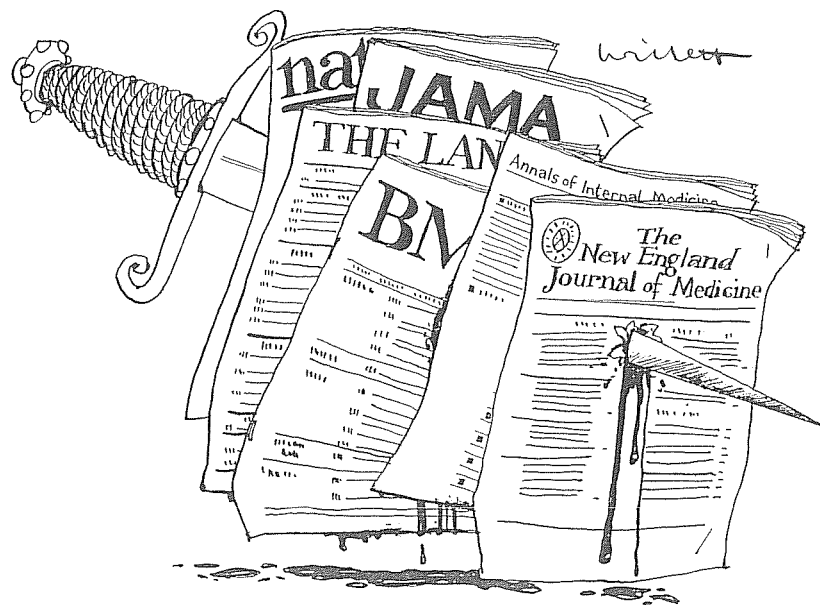
Al anderhalve eeuw speelt het Tijdschrift een centrale rol in de Nederlandse geneeskunde. Parallel aan veranderingen in de samenleving heeft de Vereniging zich ontwikkeld van een enigszins elitair gezelschap tot een breed samengestelde groep deskundigen die het niet alleen als hun taak zien geneeskundige kennis binnen de eigen beroepsgroep te bevorderen, maar die ook bijdragen leveren aan de oplossing van problemen en vragen die de geneeskunde in de samenleving oproept. De Vereniging heeft zich niet beperkt tot het uitgeven van een tijdschrift, maar heeft ook met succes andere wegen gekozen om haar doelstelling te bereiken.

Het NTvG is al die jaren voor de Nederlandse algemene artsen en specialisten de belangrijkste bron geweest om op de hoogte te blijven van de stand van zaken en van nieuwe ontwikkelingen binnen de geneeskunde. Het Tijdschrift heeft daarover tijdig en adequaat bericht.

HAALT HET NTvG 2057?

Wereldwijd is het aantal (deel)specialistische tijdschriften exponentieel gegroeid en regelmatig is beweerd dat er voor algemeen medische tijdschriften als het NTvG – en in het buitenland bladen als de *The New England Journal of Medicine* en *The Lancet* – geen plaats en toekomst is. Een andere zorg is de wereldwijde ‘ontlezing’ die alle gedrukte media treft, niet alleen wetenschappelijke tijdschriften, maar ook dagbladen en andere periodieken. In 1995 verscheen in de *BMJ* een geruchtmakend artikel onder de titel *The death of biomedical journals*. ‘We believe that biomedical journals as we know them will become extinct in the next few years as the result of the development and evolution of new, high powered electronic information delivery engines which will revolutionise information exchange between scientists and between scientists and the lay public.’ [figuur 7.1].

Nederlandstalige wetenschappelijke tijdschriften als het NTvG hebben dan ook nog te kampen met bijkomende problemen. Wetenschappelijk aanzien wordt mede bepaald door publicaties in internationale tijdschriften met een hoge impactfactor en het aantal malen dat die artikelen worden geciteerd. Voor de Nederlandse universiteiten leggen publicaties in het NTvG met zijn tot een enkel taalgebied beperkt bereik weinig gewicht in de schaal. De Vereniging meent evenwel dat er een blijvende behoefte zal zijn aan een algemeen medisch tijdschrift met wetenschappelijke publicaties in het Nederlands. De onvermijdelijk voortgaande deelspecialisatie vergroot de noodzaak om overzicht over het hele terrein van de geneeskunde te bieden.



Figuur 7.1
De toekomst van algemeen medische tijdschriften.

De Nederlandse gezondheidszorg en het ziektepatroon in ons land hebben aspecten die niet in de buitenlandse literatuur aan bod komen. Daarnaast is het van belang dat Nederlandse onderzoekers, die hun onderzoek vaak met Nederlands gemeenschapsgeld hebben verricht, ook hun collegae in het land op de hoogte brengen van hun resultaten en conclusies.

In de tweede halve eeuw van het bestaan van het Tijdschrift hebben Ziedses des Plantes over planigrafie en subtractie [zie bl. 53 e.v.] en Kolff over hemodialyse [zie bl. 77 e.v.] oorspronkelijke stukken in het NTvG geschreven waarvan de redactie en de lezers destijds niet konden vermoeden dat ze wereldwijd zulke grote gevolgen zouden hebben. Het is nu nog niet te voorspellen of de jaargangen van de afgelopen 50 jaar ook zulke baanbrekende artikelen bevatten. Wel is het zeker dat artikelen in het Tijdschrift nog steeds een grote impact kunnen hebben op de praktijk van de gezondheidszorg. Een voorbeeld:

In 1966 beschreef de microbioloog F. Dekking in een klinische les met de titel *Van de koele meren des doods* een patiënt met een levensbedreigende pseudomonas sepsis [1966:1637-40]. In die tijd werden nog niet altijd wegwerpspuiten en -naalden gebruikt. In dit geval was het infuus van de patiënt besmet geraakt doordat uitgekookte naalden waren aangepakt met een zogenaamde korentang. Deze tang werd bewaard in een instrumentenvloeistof waarin de bacterie als kool groeide. ‘Wanneer men in het ziekenhuis leidingen, apparaten, bakken of potten met water of waterige ontsmettingsmiddelen ziet, dient men daarbij de associatie te krijgen: dit zijn de koele meren des doods, en maatregelen te nemen om deze stille nesten van funeste groei uit te roeien of onschadelijk te maken.’

Dit artikel heeft de lezer op beeldende wijze bewust gemaakt van het gevaar van ziekenhuisinfecties en de associatie ‘sepsis – koele meren des doods’ heeft levens gered. Deze klinische les is dan ook van groter belang voor de Nederlandse gezondheidszorg geweest dan talloze publicaties van Nederlanders die in buitenlandse tijdschriften met een hoge impactfactor zijn verschenen.

De elektronische media hebben het NTvG en andere biomedische tijdschriften geen doodsteek toegebracht, zoals in 1995 was voorspeld. Dat neemt niet weg dat het Tijdschrift antwoorden moet hebben op deze nieuwe bedreigingen. Binnen de Vereniging wordt nu intensief nagedacht over nieuwe wegen om de doelstellingen van de oprichters te bereiken. Zeer verschillende vragen komen daarbij aan de orde. Moeten wetenschapsjournalisten de redactie versterken? Wanneer het waar is dat de patiënt centraal staat in de gezondheidszorg, waarom ontbreekt dan het verhaal van de patiënt in het Tijdschrift? Als geneeskunde teamwerk is, waarom dan geen aandacht voor verpleegkundigen en paramedische beroepen in een tijdschrift voor geneeskunde? De antwoorden kunnen bepalen of het Tijdschrift 2057 haalt.

De eerste gedrukte zinnen van de Redactie in 1857 zijn:

'AAN DEN LEZER

Zoo verschijnt dan met den aanvang van eenen nieuwen jaarkring het eerste nummer van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. Met de ernstigste voornemens, met de beste wenschen treedt het de wereld in, waarin zoo velen het met belangstelling te gemoet zagen.'

De geschiedenis van de afgelopen 50 jaar rechtvaardigt de voorspelling dat die belangstelling er in 2057 ook nog zal zijn.

NEDERLANDSCH

TIJDSCHRIFT VOOR GENEESKUNDE.

AAN DEN LEZER.

Zoo verschijnt dan met den aanvang van eenen nieuwen jaarkring het eerste nummer van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*. Met de ernstigste voornemens, met de beste wenschen treedt het de wereld in, waarin zoo velen het met belangstelling te gemoet zagen.

Immers tot dusverre werd niemand door onze geneeskundige journalistiek bevedigd. Allen, redacteurs en uitgevers, medearbeiders en lezers moesten in haar de treurige gevolgen van versnippering van kracht erkennen. De oogst op den akker der wetenschap kan toch bij ons nooit rijk genoeg zijn, om zoovele tijdschriften, als tot dusver bestonden, met genoegzamen voorraad van bruikbare stoffe te voorzien. Van daar algemeene kwijning, vaak ongeregelde verschijning. De uitgevers vonden in het gering getal hunner abonneuten nauwelijks schadevergoeding voor gemaakte onkosten. Den redacteurs en medearbeiders ontging veelal zelfs het regtmatige loon voor besteden tijd en moeite. En bij de lezers, die niet alle tijdschriften in eigendom konden of wilden bezitten, was de belangstelling in hunnen inhoud reeds verflaauwd of geheel geweken, wanneer zij hun, soms maanden later, te midden der circulerende lectuur van eenig leesgezelschap, onder de oogen kwamen.

Levendig werd dan de behoefte gevoeld aan zamen-smelting van meerdere, ja, aan de uitgave van een tijdschrift, dat aan aller billijke eischen zou kunnen voldoen en de geneeskundige wetenschap op eene voor ons land waardige wijze zou kunnen vertegenwoordigen. Herhaalde pogingen tot dit doel, door enkele individus in het werk gesteld, mislukten. De Nederl. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst besloot daarom op hare laatste algemeene Vergadering, met genoegzaam eenparige stemmen, het werk op te nemen, en te beproeven een tijdschrift in het leven te roepen, dat zoowel door deugdelijkheid en volledigheid van inhoud behoorde uit te munten, als door zijnen geringen prijs voor iedereen verkrijgbaar moest zijn, opdat het eene eigene plaats in de boekerij van allen zou kunnen innemen. Op deze wijze

wilde zij ditmaal aan hare roeping beantwoorden, en den wetenschappelijken band tusschen de geneeskundigen van ons vaderland naauwer toehalen, de wetenschappelijke belangen der geneeskunstoefenaren op waardige wijze behartigen en de Nederlandsche geneeskundige wetenschap en kunst krachtig bevorderen en uitbreiden.

Door ruimte van geldelijke bijdragen wilde zij niet slechts eene onderneming tot stand brengen en jaarlijks schragen, waarvan zij zich de schoonste vruchten voor de wetenschap beloofde, maar ook tevens haren leden geene onbelangrijke voordeelen bij den aankoop van het tijdschrift verzekeren, waardoor zij zijne algemeene verspreiding onder hen hoopte te bevorderen. Hare liberale schikkingen omtrent de redactie hebben aan deze de noodige vrijheid en daardoor kracht gelaten, zonder welke ook op wetenschappelijk gebied geene deugdelijke werkzaamheid, geene bevedigende ontwikkeling verwacht kunnen worden. Eere zij haar daarvoor toegebracht en de ruimste belooning valle haar daarvoor in het welslagen harer pogingen ten deel!

De uitnodiging tot deelneming aan de redacteurs der verschillende tijdschriften gedaan, werd door de toetreding van de meesten hunner beantwoord.

Het beroep op de belangstelling der geneeskunstoefenaren werd door een aantal abonnementen gevolgd, waardoor de onderneming weldra mogelijk geworden was. Ja, van den materieelen kant mag men haar als genoegzaam waarborgd beschouwen, vooral, indien een steeds toenemend aantal abonneuten haar tot uitbreiding en verbetering in staat blijft stellen.

Maar hoe duidelijker hierdoor de belangstelling van de geneeskundigen gebleken was, des te meer beseften de reeds toetretende redacteurs hunne verplichting om niets te verzuimen, wat den bloei van het Tijdschrift zou kunnen verzekeren. Daarom besloten zij nog eenige mannen tot deelneming aan de redactie uit te noodigen, van wier kunde en ijver zij overtuigd waren en op wier krachtige medewerking zij zouden mogen rekenen.

Zodoende is eene redactie tot stand gekomen, die althans door talrijkheid waarborgen biedt voor eene veel-

zijdige vertegenwoordiging onzer wetenschap, terwijl de vereeniging van zooveel krachten in één ligchaam de doeltreffende verdeeling van den arbeid mogelijk maakt.

De voorstaande lijst van mederedacteuren wijst aan, wat men van elk hunner te wachten heeft.

Bijzondere lust of rijpere studie, rijkere ervaring of ruimere hulpmiddelen hebben aan elk hunner zijne bijzondere taak aangewezen. Wordt zij door allen trouw behartigd, dan voorzeker zou de redactie mogen meenen in hare samenstelling de kracht te bezitten om de geheele geneesk. wetenschap en kunst in al hare onderdeelen genoegzaam te vertegenwoordigen. Maar verre zij van haar de waan, dat die vertegenwoordiging haar, als bij uitsluiting, zou zijn voorbehouden. Neen, volmondig erkent zij de bevoegdheid en de verdiensten van zoo vele uitstekende mannen van wetenschap, die buiten haar staan en met aandrang roept zij de medewerking van allen in, wien de wetenschap ter harte gaat, die haar door de openbaarmaking van eigen degelijk onderzoek zouden kunnen bevorderen, die door mededeeling van de resultaten van eigen deugdelijke ervaring de kunst zouden kunnen verrijken.

Zij wil zich slechts als het orgaan beschouwen, dat den oorspronkelijken, echt wetenschappelijken arbeid van allen zoo veel mogelijk tot een geheel vereenigt; als het middel, waardoor de vrucht van den arbeid van het buitenland, gezeit en gezuiverd, op Nederlandschen bodem wordt overgeplant.

Ook de kritiek, zelfs onderlinge kritiek, wenscht zij geenszins uit te sluiten; want zij erkent daarin den zuurdesem voor de wetenschap, den waarborg tegen oppervlakkigheid en voorbarigheid, den spoorslag tot nauwgezetheid en ijver. Desniettemin verlangt zij daarbij die omzigtigheid niet uit het oog te verliezen, die den verstandigen vorscher kenmerkt; die grondigheid in acht te nemen, die alleen der wetenschap heilzaam wezen kan; die onpartijdigheid niet te verzaken, die alleen met waarheidsliefde bestaanbaar is en eindelijk alle kritiek in dien bescheiden toon te houden, die voegzaam is tusschen leden van éenen stand, die zoowel op wederzijdsche welwillendheid als op achtung van buiten prijs behooren te stellen. — Op gelijken toon wil zij de kwestien van den dag behandeld en de maatschappelijke belangen van

de geneeskunstoefenaren behartigd hebben, met stipte inachtneming van ieders regten, met billijke waardering van ieders gevoelen.

Ook op zuiver wetenschappelijk terrein mag en zal de strekking van het Tijdschrift geene uitsluitende zijn. De Redactie mag niet om de theorie te believeen, de eischen der praktijk uit het oog verliezen; maar evenmin zal zij door eene al te beperkte, al te eenzijdige praktische rigting, de regten der zuivere wetenschap, der theoretische studie verwaarloozen. Beider doel komt ten slotte op hetzelfde neder: uitbreiding onzer kennis, veredeling onzer kunst. Naauwgezet zal zij er derhalve naar streven om de feiten, waarop de praktijk meent te kunnen steunen, zoo veel mogelijk wetenschappelijk toe te lichten, opdat hunne waarde duidelijker te voorschijn trede. Eveneens zal zij er naar trachten om de theoretische bespiegelingen aan de praktijk te toetsen, de theoretische stellingen op de kunst toe te passen, opdat beider ineen-smelting hoe langer zoo inniger tot stand kome. Waar die echter vooralsnog niet mogelijk is, of voorbarig geacht moet worden, wil zij de onbetwistbare regten zoowel der theorie en der openbaring van wetenschappelijk onderzoek, als der praktijk, dat voertuig der kunst, en der resultaten van zuivere ervaring laten gelden. Daarom voor haar geene eenzijdigheid, geen absolutisme; maar veelzijdigheid en eclecticisme. — Wáár zij meent de waarheid te kunnen vinden, zal zij haar opsporen en mededeelen. Van den geheelen gang der wetenschap behoort zij kennis te dragen; zij moet ze vervolgen tot zelfs op de zijpaden, waarop hare beoefenaren gevaar loopen van de waarheid af te wijken en zich in dwaling te verliezen. Zij wil noch eenigé uitsluitende leer vertegenwoordigen, noch eenigé uitsluitende rigting voorstaan, maar der waarheid wil zij haren arm, der wetenschap hare offers bieden.

Verdien en deze pogingen uwe sympathie, begunstig haar dan met uwe deelneming, steun haar met uwe kracht, opdat het hooge doel, waarnaar zij streeft, steeds meer en meer door haar bereikt worde en onthoud haar uwe welwillende toegevendheid niet, waar hare krachten, in weervil van goeden wil en ijverig streven, te kort mogten schieten.

De Redactie.

Bijlagen

BIJLAGE 1 HOOFDREDACTIE (1957-2006)	379
BIJLAGE 2 VOorzITTERS VAN HET BESTUUR VAN DE VERENIGING (1972-2006)	381
BIJLAGE 3 LEDEN VAN DE VERENIGING (1857-2006)	383
BIJLAGE 4 ONTVANGERS VAN DE DONDRSPENNING (1957-2006)	389
BIJLAGE 5 WINNAARS JONGE-AUTEURSPRIJS (1989-2005)	391
BIJLAGE 6 TIJDSCHRIFTCONFERENTIES (1989-2006)	393
BIJLAGE 7 PUBLICATIES UITGEGEVEN DOOR DE VERENIGING (1957-2006)	395
BIJLAGE 8 GEPUBLICEERD EIGEN ONDERZOEK (1990-2006)	397



Bijlage I

HOOFDREDACTIE (1957-2006)

jaar	hoofdredactie					wetenschappelijke eindredactie
	voorzitter	plaats- vervangend voorzitter	1° secretaris/ uitvoerend hoofdredacteur*	2° secretaris/ uitvoerend hoofdredacteur*	3° secretaris	
1957	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman			
1958	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman			
1959	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman			
1960	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman			
1961	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman			
1962	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman	H.de Vos		
1963	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman	H.de Vos		
1964	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman	H.de Vos		
1965	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman	H.de Vos		
1966	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman	H.de Vos		
1967	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman	H.de Vos		
1968	J.R.Prakken	J.W.Duyff	M.M.Hilfman	H.de Vos		
1969	J.R.Prakken	J.W.Duyff †	H.de Vos			
1970	J.R.Prakken	Chr.L.Rümke	H.de Vos			
1971	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	H.de Vos			
1972	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	W.Artz	M.F.Polak		
1973	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	W.Artz	M.F.Polak		
1974	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	W.Artz	M.F.Polak		
1975	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	W.Artz	M.F.Polak		
1976	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	W.Artz	J.van der Heide		
1977	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	W.Artz	J.van der Heide		
1978	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	W.Artz	J.van der Heide		
1979	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	W.Artz	J.van der Heide		
1980	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	W.Artz	J.van der Heide		
1981	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	W.Artz	J.van der Heide		
1982	L.B.W.Jongkees	Chr.L.Rümke	W.Artz	J.van der Heide		
1983	A.J.Dunning	Chr.L.Rümke	W.Artz	J.van der Heide		
1984	A.J.Dunning	Chr.L.Rümke	J.van der Heide	A.J.P.M.Overbeke		
1985	A.J.Dunning	Chr.L.Rümke	J.van der Heide	A.J.P.M.Overbeke	J.J.B.den Hollander	
1986	A.J.Dunning	Chr.L.Rümke	J.van der Heide	A.J.P.M.Overbeke	J.J.B.den Hollander	
1987	A.J.Dunning	Chr.L.Rümke	J.van der Heide	A.J.P.M.Overbeke	J.J.B.den Hollander	
1988	A.J.Dunning	Chr.L.Rümke	J.van der Heide	A.J.P.M.Overbeke	J.H.M.Lockfeer	

Hoofredactie (1957-2006) vervolg

jaar	hoofredactie					wetenschappelijke eindredactie
	voorzitter	plaats- vervangend voorzitter	1° secretaris/ uitvoerend hoofredacteur*	2° secretaris/ uitvoerend hoofredacteur*	3° secretaris	
1989	A.J.Dunning	Chr.L.Rümke	J.van der Heide	A.J.P.M.Overbeke	J.H.M.Lockfeer	
1990	A.J.Dunning	Chr.L.Rümke	A.J.P.M.Overbeke	J.H.M.Lockfeer		H.C.Walvoort
1991	A.J.Dunning	Chr.L.Rümke	A.J.P.M.Overbeke	J.H.M.Lockfeer		H.C.Walvoort
1992	A.J.Dunning	H.G.M.Rooijmans	A.J.P.M.Overbeke	J.H.M.Lockfeer		H.C.Walvoort
1993	A.J.Dunning	H.G.M.Rooijmans	A.J.P.M.Overbeke	J.H.M.Lockfeer		H.C.Walvoort
1994	A.J.Dunning	H.G.M.Rooijmans	A.J.P.M.Overbeke	J.H.M.Lockfeer		H.C.Walvoort
1995	A.J.Dunning	H.G.M.Rooijmans	A.J.P.M.Overbeke	J.H.M.Lockfeer		H.C.Walvoort
1996	J.van Gijn	H.G.M.Rooijmans	A.J.P.M.Overbeke	J.H.M.Lockfeer		H.C.Walvoort C.J.E.Kaandorp
1997	J.van Gijn	H.G.M.Rooijmans	A.J.P.M.Overbeke	W.Hart		H.C.Walvoort C.J.E.Kaandorp
1998	J.van Gijn	H.G.M.Rooijmans	A.J.P.M.Overbeke	W.Hart		H.C.Walvoort C.J.E.Kaandorp
1999	J.van Gijn	H.G.M.Rooijmans	A.J.P.M.Overbeke	W.Hart		H.C.Walvoort C.J.E.Kaandorp
2000	J.van Gijn	H.G.M.Rooijmans	A.J.P.M.Overbeke	W.Hart		H.C.Walvoort C.J.E.Kaandorp
2001	J.van Gijn	H.G.M.Rooijmans	A.J.P.M.Overbeke	W.Hart		H.C.Walvoort C.J.E.Kaandorp
2002	J.van Gijn	H.G.M.Rooijmans	A.J.P.M.Overbeke	W.Hart		H.C.Walvoort C.J.E.Kaandorp
2003	J.van Gijn	F.W.A.Verheugt	A.J.P.M.Overbeke	W.Hart		H.C.Walvoort C.J.E.Kaandorp
2004	J.van Gijn	F.W.A.Verheugt	A.J.P.M.Overbeke	H.Veeken		H.C.Walvoort C.J.E.Kaandorp
2005	J.van Gijn	F.W.A.Verheugt	A.J.P.M.Overbeke	H.Veeken		H.C.Walvoort C.J.E.Kaandorp
2006	J.van Gijn	F.W.A.Verheugt	A.J.P.M.Overbeke	H.Veeken		H.C.Walvoort C.J.E.Kaandorp

* In 1993 is de titel 'secretaris' vervangen door 'uitvoerend hoofredacteur'.

Bijlage 2

VOORZITTERS VAN HET BESTUUR VAN DE VERENIGING (1972-2006)

Tot 1972 was de beherend redacteur ofwel redacteur-gerant zowel voorzitter van de hoofdredactie als van de Vereniging. Na de statutenwijziging in 1970 werden deze functies door 2 personen uitgeoefend en kon de voorzitter van de Vereniging geen lid meer van de hoofdredactie zijn.

L.Schalm	1972-1978
W.H.Struben	1979-1980
E.Mandema	1981-1986
W.H.Birkenhäger	1987-1988
P.E.Treffers	1989-1991
G.B.A.Stoelinga	1992-1994
F.Bosman	1995
J.van der Meer	1996
G.Kootstra	1997-2000
mw.Th.M.Vroom	2001
mw.B.Meyboom-de Jong	2002-2003
A.E.Meinders	2004-2006

Bijlage 3

LEDEN VAN DE VERENIGING (1857-2006)

prof.dr.J.G.Aalders 1993-
dr.L.Ali Cohen 1857-1889
dr.G.A.N.Allebé 1857-1892
dr.M.A.van Andel 1927-1941
mw.dr.A.C.Ansink 2006-
W.Artz 1972-2000
prof.dr.J.M.Baart de la Faille 1940-1952
mw.prof.dr.F.Balk-Smit Duyzentkunst 1995-
prof.dr.J.A.J.Barge 1947-1952
prof.dr.G.M.M. Bartelink 2001-
dr.H.R.Bax 1957-1986
mw.prof.dr.I.D.de Beaufort 1997-
dr.J.C.Beker 1936-1960
mw.prof.dr.R.J.M.ten Berge 2006-
prof.dr.W.Berlin 1864-1902
prof.dr.J.Bethlem 1973-
J.A.H.van Beusekom 1989-
prof.dr.A.Biemonnd 1953-1973
prof.dr.W.H.Birkenhäger 1973-
dr.J.J.de Blécourt 1968-2002
dr.G.Blomhert 1970-1976
prof.dr.J.Boeke 1919-1956
prof.dr.H.H.M.de Boer 1988-
prof.dr.I.Boerema 1953-1980
prof.dr.L.Bolk 1904-1930
prof.dr.J.A.Boogaard 1858-1877
prof.dr.L.H.D.J.Booij 1987-
dr.C.de Bordes 1857-1858
mw.prof.dr.E.Borst-Eilers 1994-
dr.J.J.Bos 1873-1908
prof.dr.W.J.H.M.van den Bosch 2002-
prof.dr.F.T.Bosman 1986-
prof.dr.P.M.M.Bossuyt 2005-
prof.dr.L.Bouman 1922-1936
prof.dr.M.A.van Bouwdijk Bastiaanse 1954-1964
prof.dr.J.W.G.ter Braak 1966-1971
mw.prof.dr.D.D.M.Braat 2005-
dr.P.L.P.Brand 2005-
prof.dr.G.Bras 1976-
prof.dr.K.Breur 1970-1981
prof.dr.E.Briët 2001-
prof.dr.R.Brinkman 1956-1994
prof.dr.A.J.P.van den Broek 1916-1961
prof.dr.P.J.van den Broek 2003-
dr. H.J.Broers 1869-1876
prof.dr.W.Bronkhorst 1949-1960
prof.dr.B.Brouwer 1926-1949
prof.dr.W.J.Bruins Slot 1954-1983
prof.dr.J.I.de Bruijne 1969-1977
prof.dr.W.H.Brummelkamp 1978-
mw.prof.dr.C.A.F.M.Bruynzeel-Koomen 2005-
prof.dr.F.S.P.van Buchem 1951-1979
prof.dr.L.Burema 1970-
prof.dr.H.Burger 1899-1957
dr.H.Burgerhout 1915-1959
prof.dr.J.W.J.Bijlsma 2003-
dr.J.E.C.van Campen 1857-1865
prof.dr.W.L.L.Carol 1933-1951
prof.dr.E.A.D.E.Carp 1939-1983
prof.dr.J.W.ten Cate 1997-
prof.dr.J.L.Chanfleuruy van IJsselsteyn 1857-1905
prof.dr.A.F.Cohen 2002-
prof.dr.M.C.Colenbrander 1952-1986
prof.dr.R.A.Coutinho 2005-
prof.dr.H.van Crevel 1984-2002
prof.dr.S.van Creveld 1960-1971
prof.dr.F.S.A.M.van Dam 2004-
prof.dr.H.T.Deelman 1934-1965

- prof.dr.I.van Deen 1857-1869
 prof.dr.F.Dekking 1971-2004
 dr.C.C.Delprat 1886-1934
 prof.dr.H.A.E.van Dishoeck 1962-1970
 prof.dr.J.ten Doesschate 1967-1977
 prof.dr.H.J.Dokter 1979-
 prof.dr.H.Doorenbos 1982-2004
 dr.L.F.Driessen 1920-1932
 prof.dr.A.J.Dunning 1983-
 mw.prof.dr.H.M.Dupuis 1988-
 prof.dr.D.Durrer 1965-1984
 prof.dr.J.W.Duyff 1950-1969
 prof.dr.W.K.van Dijk 1975-2005
 prof.dr.E.van Dijk 1980-2002
 mw.prof.dr.C.D.Dijkstra 2002-
 prof.dr.J.van Ebbenhorst Tengbergen 1931-1969
 prof.dr.L.D.Eerland 1941-1977
 dr.L.J.Egeling 1858-1892
 prof.dr.W.Eindhoven 1896-1927
 dr.L.J.Endtz 1978-1989
 prof.dr.J.L.B.Engelhard 1932-1951
 prof.dr.D.W.Erkelens 1995-2004
 prof.dr.J.C.van Es 1964-
 prof.dr.T.K.A.B.Eskes 1977-
 prof.dr.G.G.M.Essed 1994-
 dr.L.W.van Esveld 1946-1948
 prof.dr.W.Everaerd 1991-
 prof.dr.H.G.van Eijk 1983-
 prof.dr.C.Eijkman 1904-1930
 prof.dr.L.Feenstra 1987-
 dr.T.E.W.Feltkamp 1891-1945
 dr.W.Feltkamp 1949-1952
 prof.dr.T.E.W.Feltkamp 1976-
 prof.dr.J.Fernandes 1975-
 dr.F.M.G.de Feyfer 1930-1949
 prof.dr.A.P.Fokker 1882-1901
 prof.dr.P.Formijne 1946-1995
 prof.dr.H.Galjaard 1977-
 prof.dr.R.O.B.Gans 2004-
 J.Geerling 1976-
 prof.dr.J.van Geuns 1857-1880
 prof.dr.A.de Geus 1985-1994
 prof.dr.mr.J.K.M.Gevers 2004
 dr.dr.R.W.M.Giard 2001-
 dr.J.P.Gildemeester 1857-1901
 prof.dr.P.H.G.van Gilse 1938-1959
 dr.K.M.Giltay 1857-1891
 prof.dr.R.Gispen 1963-2000
 dr.C.Gobée 1857-1875
 prof.dr.J.van Gool 1979-2005
 prof.dr.R.J.A.Goris 1993-
 prof.dr.J.Goslings 1955-1975
 prof.dr.W.R.O.Goslings 1967-1985
 prof.dr.L.C.van Goudoever 1869-1894
 prof.dr.D.J.Gouma 2003-
 mw.prof.dr.Y.van der Graaf 2001-
 prof.dr.P.A.de Graeff 1998-
 prof.dr.G.Grijns 1924-1946
 prof.dr.J.J.Grote 1997-
 prof.dr.A.A.G.Guye 1882-1905
 prof.dr.J.van Gijn 1988-
 prof.dr.H.J.Halbertsma 1857-1865
 prof.dr.T.Halbertsma 1881-1898
 dr.H.G.Hamaker 1916-1948
 prof.dr.H.J.Hamburger 1907-1924
 prof.dr.J.V.Th.H.Hamerlynck 1998-
 dr.Th.Hammes 1934-1951
 dr.J.G.M.Hanlo 1863-1897
 dr.L.S.Hannema 1925-1962
 prof.dr.D.van Haren Noman 1892-1896
 dr.W.Hart 1994-
 dr.A.W.M.van Hasselt 1857-1902
 J.van der Heide 1976-2001
 dr.M.R.Heijnsius van den Berg 1937-1969
 dr.J.Hekman 1921-1958
 prof.dr.F.Hendrikse 1996-
 prof.dr.M.W.Hengeveld 1996-
 prof.dr.H.E.Henkes 1973-
 dr.J.F.P.Hers 1911-1915
 prof.dr.C.L.A.van Herwaarden 1998-
 prof.dr.H.S.A.Heymans 1990-
 prof.dr.A.Heynsius 1857-1885
 M.M.Hilfman 1957-1988
 dr.J.W.Hingst 1955-1978
 prof.dr.J.van der Hoeve 1920-1952
 prof.dr.J.van der Hoeven 1859-1868

- prof.dr.P.C.T.van der Hoeven 1912-1953
 prof.dr.C.K.Hoffmann 1873-1903
 J.J.B.den Hollander 1985-1987
 prof.dr.A.J.M.Holmer 1947-1975
 dr.D.Hoogendoorn 1961-1990
 mw.prof.dr.J.A.A.Hoogkamp-Korstanje 1994-
 dr.C.J.van Houweninge Grafdijk 1944-1956
 dr.E.F.Hoyack 1857-1868
 prof.dr.G.D.L.Huët 1862-1890
 prof.dr.H.J.Huisjes 1983-
 prof.dr.J.Huisman 1985-
 prof.dr.E.Huizinga 1953-1976
 J.M.Huizinga 1900-1913
 prof.dr.P.C.Huijgens 2003-
 L.A.Hulst 1954-1954
 prof.dr.F.J.A.Huygen 1958-1998
 prof.dr.A.A.Hijmans van den Bergh 1905-1943
 dr.A.H.Israëls 1857-1883
 prof.dr.J.E.van Iterson 1890-1901
 prof.dr.J.James 1992-
 prof.dr.B.C.P.Jansen 1944-1962
 prof.dr.J.Janssens 1974-2000
 prof.dr.G.Jelgersma 1903-1942
 prof.dr.P.T.V.M.de Jong 1989-
 dr.C.L.de Jongh 1932-1960
 prof.dr.D.K.de Jongh 1962-1962
 prof.dr.L.B.W.Jongkees 1957-2002
 prof.dr.J.H.P.Jonxis 1956-1995
 prof.dr.Th.van Joost 1989-
 dr.R.de Josselin de Jong 1911-1958
 prof.dr.P.A.Kager 1995-
 prof.dr.C.J.Kalkman 2006-
 mw.dr.J.G.Kapsenberg 1981-
 dr.H.P.Kapteijn 1911-1914
 prof.dr.M.B.Katan 2004-
 dr.J.N.Keeman 1997-
 prof.dr.M.J.N.C.Keirse 1990-
 mw.prof.dr.G.G.Kenter 2002-
 dr.J.J.Kerbert 1862-1877
 prof.dr.M.J.Kingma 1975-1993
 prof.dr.J.H.Kleibeuker 2003-
 prof.dr.A.P.H.A.de Kleyn 1942-1949
 dr.H.Klinkert 1894-1930
 dr.D.Klinkert 1942-1947
 prof.dr.A.C.Klinkhamer 1974-
 prof.dr.G.J.Kloosterman 1958-2004
 prof.dr.J.A.Knottnerus 1995-
 prof.dr.C.F.A.Koch 1897-1950
 dr.P.J.Koehler 2004-
 prof.dr.G.H.Koëter 1994-
 prof.dr.L.A.A.Kollée 2000-
 prof.dr.G.J.W.Koolemans Beijnen 1933-1938
 prof.dr.P.J.Kooreman 1949-1981
 prof.dr.G.Kootstra 1985-
 prof.dr.J.K.van der Korst 1980-
 prof.dr.J.A.Korteweg 1881-1930
 prof.dr.W.Koster 1862-1907
 prof.dr.W.Koster Gzn. 1906-1921
 prof.dr.W.Kouwenaar 1950-1954
 prof.dr.B.J.Kouwer 1906-1933
 dr.P.H.Kramer 1937-1949
 prof.dr.J.Kreukniet 1985-
 prof.dr.F.W.Krieger 1857-1877
 prof.dr.W.A.Kuening 1924-1951
 prof.dr.C.H.Kuhn 1878-1926
 dr.J.Kuiper 1929-1938
 prof.dr.P.J.Kuijjer 1969-2002
 prof.dr.W.A.M.van der Kwast 1982-
 prof.dr.A.van 't Laat 1985-
 prof.dr.G.A.Ladee 1972-1988
 prof.dr.H.Lamberts 1983-
 prof.dr.S.W.J.Lamberts 2000-
 prof.dr.H.J.Laméris 1914-1948
 prof.dr.J.S.Laméris 1993-
 prof.dr.C.B.H.W.Lamers 1998-
 prof.dr.J.W.J.Lammers 2003-
 prof.dr.F.B.Lammes 1986-
 mw.prof.dr.C.C.de Lange 1913-1949
 prof.dr.J.J.de Lange 1993-
 prof.dr.C.D.de Langen 1939-1967
 prof.dr.G.J.Lankhorst 1989-
 prof.dr.O.Lanz 1910-1935
 prof.dr.H.J.J.Leenen 1984-2002
 prof.dr.E.C.van Leersum 1909-1938
 prof.dr.P.W.de Leeuw 1996-
 prof.dr.Th.M.van Leeuwen 1941-1952

- prof.dr.D.A.Legemate 2006-
 prof.dr.L.Lehmann 1857-1880
 prof.dr.N.J.Leschot 1999-
 prof.dr.K.I.Lie 1992-
 prof.dr.J.van Limborgh 1982-1984
 prof.dr.B.van Linge 1978-
 dr.J.H.M.Lockfeer 1988-
 prof.dr.J.J.van Loghem sr 1919-1968
 prof.dr.J.J.van Loghem jr 1961-2005
 prof.dr.J.van Lookeren Campagne 1938-1978
 prof.dr.B.Löwenberg 1992-
 dr.A.A.B.Lycklama à Nijeholt 1991-
 prof.dr.J.P.Mackenbach 1991-
 prof.dr.C.L.H.Majoor 1967-1982
 prof.dr.W.Th.M.Mali 1999-
 prof.dr.E.Mandema 1964-
 mw.dr.R.C.van der Mast 2004-
 prof.dr.J.L.Mastboom 1968-1994
 dr.J.A.Mazel 1999-
 dr.J.van der Meer 1972-2004
 prof.dr.J.van der Meer 1982-
 prof.dr.J.W.M.van der Meer 1993-
 prof.dr.A.E.Meinders 1990-
 prof.dr.S.Mendes da Costa 1905-1943
 J.Menno Huizinga 1900-1913
 dr.J.W.Merkelbach 1981-
 prof.dr.J.M.W.M.Merkus 1998-
 mw.prof.dr.B.Meyboom-de Jong 1992-
 prof.dr.F.L.Meijler 1983-
 prof.dr.L.Meyler 1973-1973
 prof.dr.M.F.Michel 1989-
 prof.dr.J.C.Molenaar 1987-
 prof.dr.J.Mulder 1954-1965
 prof.dr.J.D.Mulder 1971-
 prof.dr.P.F.A.Mulders 2005-
 dr.M.L.Muller 1940-1943
 prof.dr.H.Muller 1972-1977
 P.Muntendam 1899-1927
 prof.dr.P.Muntendam 1966-1986
 prof.dr.H.A.M.Neumann 2001-
 prof.dr.H.K.L.Nielsen 1988-
 prof.dr.M.F.Niermeijer 1986-
 prof.dr.H.O.Nieweg 1972-2006
 prof.dr.W.Nolen 1893-1939
 prof.dr.W.A.Nolen 2000-
 dr.A.L.Noordam 1978-1996
 prof.dr.W.Noordenbos 1921-1954
 dr.F.van Nouhuys 1967-1991
 prof.dr.G.C.Nijhoff 1908-1932
 prof.dr.J.M.Nijman 2000-
 dr.B.W.Th.Nuyens 1943-1945
 prof.dr.H.Obertop 1991-
 dr.L.Offerhaus 1979-
 prof.dr.J.Oldhoff 1986-
 prof.dr.J.A.Oosterhuis 1981-
 prof.dr.H.J.G.H.Oosterhuis 1992-2002
 dr.P.M.Oostvogel 2006-
 prof.dr.N.G.M.Orie 1960-2006
 prof.dr.C.A.J.A.Oudemans 1857-1906
 prof.dr.A.J.P.M.Overbeke 1984-
 J.H.Pannekoek 1961-1996
 prof.dr.C.A.Pekelharing 1885-1922
 prof.dr.P.K.Pel 1880-1919
 dr.J.Z.S.Pel 1968-
 dr.J.Penn 1857-1890
 dr.A.E.de Perrot 1874-1907
 prof.dr.H.M.Pinedo 1998-
 dr.H.Pinkhof 1911-1943
 prof.dr.Th.Place 1877-1910
 prof.dr.W.P.Plate 1951-1983
 prof.dr.H.M.van der Ploeg 1997-
 prof.dr.J.H.Plokker 1969-1976
 prof.B.S.Polak 1974-1993
 dr.M.F.Polak 1972-1999
 prof.dr.L.Polak Daniëls 1926-1940
 prof.dr.M.Polano 1857-1878
 prof.dr.M.K.Polano 1973-1997
 dr.L.L.Posthuma 1934-1948
 prof.dr.J.R.Prakken 1952-1982
 prof.dr.J.J.G.Prick 1957-1978
 F.H.Quix 1909-1946
 prof.dr.G.G.J.Rademaker 1940-1957
 dr.J.N.Ramaer 1857-1887
 prof.dr.J.A.Rauwerda 1994-
 dr.J.G.Remeijnse 1931-1971
 prof.dr.Th.J.G.van Rens 1984-1986

- dr.H.G.Ringeling 1912-1931
 prof.dr.W.E.Ringer 1923-1953
 prof.dr.G.F.Rochat 1929-1965
 dr.R.R.Rochat 1928-1966
 prof.dr.H.G.M.Rooijmans 1992-
 prof.dr.A.H.M.J.van Rooy 1923-1937
 mw.prof.dr.H.D.C.Roscam Abbing 1992-
 prof.dr.J.Rotgans 1900-1948
 W.J.Royaards 1965-1997
 prof.dr.P.Ruitinga 1914-1949
 C.J.Rübsaam 1989-2002
 prof.dr.Chr.L.Rümke 1968-
 prof.dr.H.C.Rümke 1963-1967
 prof.dr.J.H.J.Ruijs 1987-
 mw.prof.dr.A.Ch.Ruys 1945-1977
 prof.dr.G.A.van Rijnberk 1914-1953
 prof.dr.Th.G.van Rijssel 1965-1994
 prof.dr.M.H.van Rijswijk 1990-
 dr.R.H.Saltet 1893-1927
 prof.dr.B.Sangster 1990-
 dr.L.Schalm 1959-1982
 prof.dr.W.M.van der Scheer 1945-1957
 prof.dr.R.van Schilfgaarde 2001-
 dr.Th.H.Schlichting 1953-1957
 dr.R.O.Schlingemann 2002-
 dr.F.J.J.Schmidt 1857-1906
 prof.dr.P.H.Schmidt 1980-
 prof.dr.P.Schnabel 1996-
 prof.dr.R.J.Scholtmeijer 1976-
 dr.D.Schoute 1922-1953
 prof.dr.J.M.Schrant 1857-1864
 dr.C.F.Schreve 1931-1934
 dr.A.Schuckink Kool 1911-1956
 prof.dr.W.A.P.Schüffner 1927-1949
 prof.dr.D.E.Siegenbeek van Heukelom 1888-1900
 prof.dr.A.Sikkel 1971-2000
 prof.dr.W.G.Sillevis Smitt 1958-1985
 prof.dr.A.E.Simon Thomas 1857-1886
 prof.dr.J.J.Sixma 1984-1985
 prof.dr.J.P.J.Slaets 2002-
 dr.E.A.van Slooten 1966-
 mw.dr.E.Sluiter 1928-1978
 prof.dr.H.J.Sluiter 1977-1993
 prof.dr.H.Snellen 1878-1908
 prof.dr.K.de Snoo 1943-1949
 prof.dr.E.P.Snijders 1930-1958
 dr.N.P.van Spanje 1908-1940
 prof.dr.C.H.H.Spronck 1892-1932
 dr.J.Ph.Staal 1918-1945
 dr.H.W.Stenvers 1949-1973
 prof.dr.G.B.A.Stoelinga 1981-
 prof.dr.J.Stoker 2006-
 prof.dr.B.J.Stokvis 1869-1902
 prof.dr.S.B.Stokvis 1883-1902
 P.J.Stolk 1986-
 prof.dr.J.B.Stolte 1957-1984
 prof.dr.L.A.M.Stolte 1964-1990
 prof.dr.M.Straub 1896-1908
 dr.B.H.Ch.Stricker 1994-
 prof.dr.W.H.Struben 1971-2005
 dr.J.Ed.Stumpff 1915-1951
 prof.dr.W.F.Suermondt 1935-1976
 prof.dr.D.Suurmond 1985-
 dr.A.H.Swaagman 1859-1880
 prof.dr.N.H.Swellengrebel 1950-1970
 prof.dr.S.Talma 1877-1918
 dr.J.Teixeira de Mattos 1857-1904
 dr.A.J.A.Thomas 1912-1930
 prof.dr.S.Thomas 2006-
 prof.dr.J.W.R.Tilanus 1857-1914
 dr.J.H.M.van Tongeren 1980-
 prof.dr.P.E.Treffers 1980-
 prof.dr.H.Treub 1886-1920
 mw.dr.A.P.C.van Tussenbroek 1902-1925
 prof.dr.G.N.J.Tytgat 1989-
 dr.C.T.van Valkenburg 1917-1962
 prof.dr.J.P.Vandenbroucke 1988-
 mw.prof.dr.C.M.J.E. Vandenbroucke-Grauls 1999-
 dr.Ch.J.Vecht 1995-
 dr.H.Veeken 2004-
 prof.dr.J.van der Veen 1974-1998
 prof.dr.C.J.H.van de Velde 1996-
 prof.dr.H.Verbiest 1970-1997
 prof.dr.J.A.N.Verhaar 2000-
 prof.dr.F.Verhage 1977-
 prof.dr.F.W.A.Verheugt 1997-

prof.dr.F.C.Verhulst 1995-
mw.prof.dr.S.P.Verloove-Vanhorick 2000-
prof.dr.C.D.A.Verwoerd 1993-
prof.dr.R.P.H.Veth 1994-
dr.H.J.Viersma 1949-1986
prof.dr.M.Vink 1963-1994
prof.dr.H.K.A.Visser 1986-
mw.prof.dr.M.de Visser 1999-
prof.dr.W.A.van Vloten 1995-
prof.dr.J.Th.Ch.Vonk 1979-2000
prof.dr.H.J.de Voogt 1984-1999
prof.dr.G.E.Voorhelm Schneevooft 1857-1871
prof.dr.A.E.van Voorthuisen 1982-
H.de Vos 1970-1985
prof.dr.J.J.Th.Vos 1948-1961
prof.dr.J.Vreeken 1976-
prof.dr.W.M.de Vries 1916-1935
dr.S.I.de Vries 1966-1973
mw.prof.dr.E.G.E.de Vries 2003-
mw.prof.dr.Th.M.Vroom 1981-
dr.Th.J.M.V.van Vroonhoven 1983-
prof.dr.A.B.van Vugt 2004-
prof.dr.I.van der Waal 1991-
prof.dr.D.J.Th.Wagener 1987-
prof.dr.G.van der Wal 2003-
prof.dr.E.E.van der Wall 2003-
dr.H.C.Walvoort 1990-
prof.dr.M.W.van Weel 1960-1987
prof.dr.C.van Weel 1988-
prof.dr.J.J.Weening 1996-
prof.dr.K.F.Wenckebach 1902-1940
prof.dr.J.K.A.Wertheim Salomonson 1903-1922
dr.J.Wester 1960-1985
dr.A.J.van der Weyde 1911-1932
prof.dr.E.D.Wiersma 1913-1940
dr.P.A.de Wilde 1934-1946
prof.dr.C.Winkler 1887-1941
prof.dr.J.M.Wit 1996-
prof.dr.J.W.Wladimiroff 2002-
prof.dr.H.J.G.Wyers 1959-1974
prof.dr.J.H.Zaaijer 1917-1932
prof.dr.H.C.Zanen 1978-
dr.H.Zeehuisen 1897-1938
dr.J.Zeeman 1857-1905
prof.dr.W.P.C.Zeeman 1925-1960
prof.dr.B.G.Ziedses des Plantes 1957-1993
prof.dr.R.L.Zielhuis 1979-1996
prof.dr.F.G.Zitman 1991-
prof.dr.J.J.Zoon 1948-1958
prof.dr.P.J.Zuidema 1969-1996
prof.dr.W.W.A.Zuurmond 2000-
prof.dr.H.Zwaardemaker 1889-1930
prof.dr.A.Zwaveling 1975-
prof.dr.W.G.Zijlstra 1975-

Bijlage 4

ONTVANGERS VAN DE DONDRSPENNING (1957-2006)

In 1888 ontving de internationaal vermaarde Utrechtse oogarts en fysioloog F.C.Donders een gouden medaille ter gelegenheid van zijn 70e verjaardag.* Deze zogenaamde Donderspenning is daarna met enige regelmaat uitgereikt aan leden van de Vereniging die zich bijzonder verdienstelijk hadden gemaakt (deze waren meestal van brons).

Prof.dr.J.J.van Loghem sr, microbioloog-hygiënist (gouden Dondersmedaille)
In 1919 redactielid. 1941-1956 plaatsvervangend beherend redacteur (plaatsvervangend hoofdredacteur), 1947-1949 en in 1954-1955 waarnemend beherend redacteur. In 1923 redacteur van de rubriek 'Arts en samenleving' en van 1942 tot 1968 van de buitenlandse berichten.

1957



J.J.van Loghem sr ontvangt in 1957 de Donderspenning uit handen van J.R.Prakken.



Voor- en achterzijde van de Donderspenning.



* Donders was hoofdredacteur van het *Nederlandsch Lancet*, een tijdschrift dat destijds had besloten om niet op te gaan in het NTvG. Hij had wel sympathie voor de oprichting van het Tijdschrift en heeft daar ook verschillende artikelen voor geschreven, maar hij is er nooit redacteur van geweest. In 1857 ging het *Nederlandsch Lancet* ter ziele, waarna Donders met enkele anderen in 1864 het *Nederlandsch Archief voor Genees- en Natuurkunde* oprichtte. Hoewel het om een driemaandelijks uitgave ging, zag de redactie van het Tijdschrift dit toch als een bedreiging en voerde snel een aantal veranderingen in.

1981

Dr.L.Schalm, *internist*
Grondlegger van de nieuwe structuur waarbij een scheiding werd
aangebracht tussen bestuur en hoofdredactie. Eerste voorzitter van de
Vereniging volgens de nieuwe statuten van 1970 in de periode 1972-1978.



H.J.Viersma.

Dr.H.J.Viersma, *internist*
Van 1949 tot 1982 redacteur van de rubriek 'Referaten'.

1986

M.M.Hilfman, *oud-officier van gezondheid*
1951-1968 secretaris van de hoofdredactie.

Dr.D.Hoogendoorn, *oud-huisarts*
Pionier op het gebied van de medische registratie. Auteur van circa
200 publicaties in het Tijdschrift.

Prof.dr.L.B.W.Jongkees, *kno-arts*
1971-1982 hoofdredacteur.

Prof.dr.P.Zuidema, *internist*
Schrijver van vele bijdragen over tropengeneeskunde.

1991

Prof.dr.E.Mandema, *internist*
1981-1986 voorzitter van de Vereniging.



L.Offerhaus.

Dr.L.Offerhaus, *internist*
1986-1989 voorzitter van de farmacotherapiecommissie.

1992

Prof.dr.Chr.L.Rümke, *farmacoloog*
1970-1991 plaatsvervangend voorzitter van de hoofdredactie.

1995

Prof.dr.A.J.Dunning, *cardioloog*
1983-1995 hoofdredacteur.


J.van der Heide, *oud-huisarts*
1976-1989 secretaris van de hoofdredactie, daarna curator van de
penningenverzameling.

Bijlage 5



WINNAARS JONGE-AUTEURSPRIJS (1989-2005)

- I.J.Klompmaker, Academisch Ziekenhuis, afd. Inwendige Geneeskunde, Groningen, Orthotope levertransplantatie in Nederland 1979-1988 [1989:1395-401]. 1989
- M.J.M.Bouten, Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, Thoraxcentrum, afd. Cardiologie, Rotterdam, Snellere behandeling van het acute myocardinfarct door toediening van alteplase (rt-PA) vóór opname [1990:2434-8]. 1990
- Mw.S.Engelsbel, Universiteit van Amsterdam, vakgroep Geneeskunde, Amsterdam, Een tuberculoseproject in Ecuador [1991:2428-32]. 1991
- A.G.Boekema, Integraal Kankercentrum Stedendriehoek Twente, Enschede, De eerste ervaring met mammascreefing in de regio Enschede. I. Effectiviteit en II. Doelmatigheid [1992:1757-60 en 1761-4]. 1992
- R.M.Egeler, Emma Kinderziekenhuis, Het Kinder AMC, afd. Kindergeneeskunde, Amsterdam, Langerhans-cel-histiocytosis (histiocytosis X); 20 jaar ervaring in het Emma Kinderziekenhuis, 1969-1988 [1993:955-60]. 1993
- Mw.N.van der Zouwe, Universiteit van Amsterdam, vakgroep Klinische Psychologie, Amsterdam, Alternatieve geneeswijzen bij kanker; omvang en achtergronden van het gebruik [1994:300-6]. 1994
- R.P.Kleyweg, Merwedeziekenhuis, afd. Neurologie, Dordrecht, Minder hoofdpijn na lumbale punctie bij gebruik van een atraumatische naald; dubbelblind gerandomiseerd onderzoek [1995:232-4]. 1995
- B.P.Geerdes, Academisch Ziekenhuis, afd. Algemene Heelkunde, Maastricht, Dubbele dynamische M. gracilis-plastiek: alternatief voor een colostoma na een volledig verlies van het anorectum [1996:773-7]. 1996
- O.Visser, Integraal Kankercentrum Amsterdam, Amsterdam, Incidentie van kanker in de omgeving van Schiphol in 1988-1993 [1997:468-73]. 1997

- 1998 Mw.M.Poelman, Reinier de Graaf Gasthuis, afd. Chirurgie, Delft, Opsporing van metastasen van melanomen in schildwachtklieren met de polymerasekettingreactie [1998:905-8].
- 1999 C.J.P.A.Hoebe, Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst Oostelijk Zuid-Limburg, Heerlen, Koud leidingwater als bron van fatale nosocomiale pneumonieën door *Legionella pneumophila* in een revalidatiekliniek [1999:1041-5].
- 2000 Mw.E.L.T.van den Akker, Isala Klinieken, locatie Sophia, afd. Kindergeneeskunde, Zwolle, Identificatie van een nieuwe mutatie (Cys116Gly) bij een familie met neurogene diabetes insipidus [2000:941-5].
- 2001 E.Boersma, Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, Thoraxcentrum, afd. Cardiologie, Rotterdam, 12 jaar triage en trombolytische behandeling vóór ziekenhuisopname bij hartinfarctpatiënten in de regio Rotterdam: uitstekende korte- en langetermijnresultaten [2001:2029-35].
- 2002 Mw.D.Boerma, Academisch Medisch Centrum/Universiteit van Amsterdam, afd. Heelkunde, Amsterdam, Na endoscopische sfincterotomie voor choledochusstenen meer recidieklachten bij afwachtend beleid dan bij geplande laparoscopische cholecystectomie; gerandomiseerde klinische trial [2002:1786-92].
- 2003  Mw.R.Oostenbrink, Erasmus Medisch Centrum, Sophia Kinderziekenhuis, afd. Algemene Kindergeneeskunde, Rotterdam, Een diagnostische beslisregel voor kinderen met tekenen van meningeale prikkeling [2003:1357-61].
- 2004 N.L.A.Arents, Universitair Medisch Centrum Groningen, afd. Medische Microbiologie, Groningen, Dyspepsie in de huisartspraktijk: serologisch onderzoek naar *Helicobacter pylori* versus gastroscopie; een gerandomiseerd klinisch onderzoek [2004:2384-90].
- 2005 Mw.J.H.F.M.de Bruin, Universitair Medisch Centrum St Radboud, afd. Antropogenetica, Nijmegen, Meer opsporing van erfelijke darmkanker met onderzoek op microsatellietinstabiliteit bij door de patholoog geselecteerde patiënten met een colon-rectumcarcinoom [2005:1792-8].

Bijlage 6

TIJDSCHRIFTCONFERENTIES (1989-2006)

'Functioneren van medisch-ethische commissies' [1989:1659-64]	1989
'Het tekort aan donororganen' [1989:2571-6]	1989
'Geneesmiddelen na 1992' [1990:1863-7]	1990
Structuur en financiering van medisch-wetenschappelijk onderzoek [1991:430-5]	1990
'Publieksmedia en gezondheidszorg' [1992:1309-13]	1992
'De arts als getuige-deskundige' [1993:419-23]	1992
'Postacademisch onderwijs geneeskunde' [1993:1675-8]	1993
'Verantwoordelijkheid voor kwaliteit van zorg' [1994:254-6]	1993
'Wangedrag in medisch-wetenschappelijk publiceren' [1994:1822-6]	1994
'De huisarts als poortwachter' [1994:2668-73]	1994
'Screening: nieuwe mogelijkheden, nieuwe controversen?' [1995:734-9]	1994
'Dysfunctionerende specialisten' [1995:1394-6]	1995
'Screening op familiale hypercholesterolemie' [1996:944-8]	1995
'Van evidence naar behandeling' [1996:1915-20]	1996
'Het belang van publiceren in Nederlandse wetenschappelijke tijdschriften met een extern beoordelingssysteem' [1998:798-801]	1997
'Het bewaken van de kwaliteit van de gezondheidszorg in relatie tot kosteneffectiviteitsonderzoek' [1998:1512-6]	1997

- 1998 'Vrouwen en deeltijdarbeid in het medische beroep' [1999:1167-71]
- 1999 'Leidt de medische opleiding nog artsen op?' [2000:232-6]
- 2000 'Wachttijden in de medisch-specialistische zorg' [2001:375-8]
- 2002 De prijs van preventie [2002:1045-9]
- 2005 'Onbegrepen lichamelijke klachten' [2006:686-92]

Bijlage 7

PUBLICATIES UITGEGEVEN DOOR DE VERENIGING (1957-2006)

- Wart A de. *Het levenswerk van Willem Einthoven 1860-1927*. Haarlem: Bohn; 1957. 1957-1960
- Bijdragen tot de geschiedenis der geneeskunde*. 1957-1965. Haarlem: Bohn; 1957-1965.
- Capita selecta uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Deel 2*, jrg. 1957-1959. Amsterdam: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1957-1959.
- Jansen BCP. *Het levenswerk van Christiaan Eijkman 1858-1930*. Haarlem: Bohn; 1959.
- Jaarboek, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. 1960-1971. Amsterdam: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1960-1971.
- Colenbrander MC, redacteur. *Donders*. (Opuscula selecta Neerlandicorum de arte medica, fasc. 19.) Amsterdam: Sumptibus Societatis; 1963. 1961-1970
- Cost WC, redacteur. *Corticosteroidtherapie*. *Capita selecta uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Amsterdam: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1979. 1971-1980
- Mandema E, Hattum M van, redacteurs. *Catalogus van de bibliotheek van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Deel 1*. Amsterdam: Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1981. 1981-1990
- Doorenbos H, redacteur. *Diabetes mellitus*. Een bundel artikelen uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema; 1984.
- Mandema E, redacteur. *Catalogus van de bibliotheek van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Deel 2*. Amsterdam: Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1986.
- Kwast WAM van der, Carlée AW, redacteurs. *Mondheilkunde voor arts en tandarts*. Een bundel artikelen uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema; 1987.
- Offerhaus L, Heide J van der, redacteurs. *Farmacotherapie*. Een bundel artikelen uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Amsterdam: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1989.

1991-2000

- James J, Bosman FT, redacteuren. *De cel in medisch perspectief*. Een bundel artikelen uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Amsterdam: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1994.
- Overbeke AJPM, Gijn J van, Hart W, Walvoort HC, redacteuren. *Publiceren in biomedische tijdschriften*. Een praktische handleiding. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 1999.
- Overbeke AJPM. *Wie wil blijven moet schrijven*. Medisch-wetenschappelijk publiceren: uitdaging of verplichting [oratie]. Amsterdam: Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 2000.

2001-2006

- Berge RJM ten, Walvoort HC, redacteuren. *Immunologie in de medische praktijk*. Een bundel artikelen uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Amsterdam: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 2001.
- Bouter LM, Rosendaal FR, redacteuren. *Dwalingen in de methodologie*. Een bundel artikelen uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Amsterdam: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 2002.
- Korst JK van der. *Een dokter van formaat*. Gerard van Swieten, lijfarts van keizerin Maria Theresia. Amsterdam/Houten: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde/Bohn Stafleu van Loghum; 2003.
- Mooij A. *Geen paniek! Aids in Nederland 1982-2004*. Amsterdam/Houten: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde/Bohn Stafleu van Loghum; 2004.
- Kooijmans L. *De doodskunstenaar*. De anatomische lessen van Frederik Ruysch. Amsterdam/Houten: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde/Bohn Stafleu van Loghum; 2004.

Bijlage 8

GEPUBLICEERD EIGEN ONDERZOEK (1990-2006)

Publicaties door leden van de hoofdredactie, de wetenschappelijke eindredactie en stagiairs over verschillende aspecten van het Tijdschrift.

- Comans MLA, Overbeke AJPM. *De gestructureerde samenvatting: een hulpmiddel voor lezer en auteur* [1990:2338-43].
- Kan CC, Lockefeer JHM, Overbeke AJPM. Redenen van afwijzing van artikelen voor publikatie bij het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in 1990 [1991:840-5].
- Lopes Cardozo I. De behuizingen van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde [1992:30-6].
- Hobma SJO, Overbeke AJPM. Fouten in literatuurverwijzingen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde [1992:637-41].
- Vink MJ, Dunning AJ, Lockefeer JHM, Overbeke AJPM. De verenigingsverslagen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; het nut voor lezers en verenigingen [1992:2374-8].
- Jong BCH de, Overbeke AJPM. Peer review: is éénoog koning? [1993:17-21].
- Barnard H, Overbeke AJPM. Dubbelpublikatie van Oorspronkelijke stukken in en uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde [1993:593-7].
- Wijden CL van der, Overbeke AJPM. Gerandomiseerde klinische trials in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde [1993:1607-10].
- Koene HR, Overbeke AJPM. De wetenschappelijke waarde van verenigingsverslagen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde [1994:1868-71].
- Koene HR, Overbeke AJPM. De uiteindelijke bestemming van artikelen afgewezen voor publikatie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde [1994:2443-6].
- Tjon Fo Sang MJH, Overbeke AJPM, Lockefeer JHM. Waarop letten beoordelaars van 'oorspronkelijke stukken' die ter publicatie zijn aangeboden aan het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde? [1996:2349-52].
- Pierie JPEN, Walvoort HC, Overbeke AJPM. De invloed van peer review en redactionele bewerking op de kwaliteit van oorspronkelijke stukken in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; beoordeling door lezers [1997:42-7].
- Maas KL, Lockefeer JHM. De Klinische les in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in de afgelopen 40 jaar [1997:51-3].
- Maas KL, Overbeke AJPM. Oorspronkelijke artikelen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in de afgelopen 40 jaar [1997:53-5].

NTvG

- Bloemenkamp DGM, Hart W, Overbeke AJPM. Vijftig jaar rubriek 'Vraag en antwoord' [1998:1735-7].
- Hoen WP, Walvoort HC, Overbeke AJPM. Hoe komt auteurschap tot stand? Een onderzoek onder auteurs van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde [1998:2779-84].
- Bloemenkamp DGM, Hart W, Overbeke AJPM. Het percentage artikelen dat werd aanvaard of afgewezen voor publicatie in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in 1997 [1999:157-9].
- Maldegem BT van, Walvoort HC, Overbeke AJPM. Effecten van artikelen gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde [1999:1957-62].
- Maldegem BT van, Walvoort HC, Wolterbeek R. Invloed van enkele klinische lessen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde op het klinisch handelen [1999:1962-5].
- Maldegem BT van, Overbeke AJPM. Berichten in Nederlandse nationale kranten naar aanleiding van artikelen uit medisch-wetenschappelijke tijdschriften [1999:1969-72].
- Bloemenkamp DGM, Walvoort HC, Hart W, Overbeke AJPM. Dubbelpublicaties in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in 1996 [1999:2150-3].
- Duursen RAA van, Hart W, Overbeke AJPM. Toename van het percentage vrouwelijke artsen die publiceren in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (1948-1998), gelijkblijvend percentage onder mannelijke [2000:1171-4].
- Ieperen JJ van, Overbeke AJPM, Hart W. Oorspronkelijke stukken in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde in de tweede helft van de 20e eeuw: aard van de beschreven onderzoeken en aantal en achtergrond van de auteurs [2001:30-3].
- Mahesh S, Kabos M, Walvoort HC, Overbeke AJPM. De betekenis van ingezonden brieven in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1997/'98 [2001:531-5].
- Grootens KP, Assendelft WJJ, Overbeke AJPM. Toename van het aantal Nederlandse systematische reviews in de periode 1991-2000 [2003:2226-30].
- Veenemans J, Hoogeveen J, Overbeke AJPM. Nederlandse auteurs in internationale medische tijdschriften ook auteurs van publicaties in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde [2005:2573-6].
- Sluijs MB, Veeken H, Overbeke AJPM. Gebrekkige informatie in ontwikkelingslanden: internet alleen is geen oplossing [2006:1351-4].
- Floor S, Overbeke AJPM. Niet-Nederlandse vragenlijsten over levenskwaliteit gebruikt in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: vertaalprocedure en argumenten voor de keuze van de vragenlijst [2006:1724-7].

Internationaal

- Hoen WP, Walvoort HC, Overbeke AJPM. *What are the factors determining authorship and the order of the authors' names? A study among authors of the Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (Dutch Journal of Medicine)*. JAMA. [1998;280:217-8].
- Wijden CL van der, Overbeke AJPM. *Audit of reports of randomised clinical trials published in one journal over 45 years*. BMJ. [1995;311:918].
- Pierie JP, Walvoort HC, Overbeke AJPM. *Readers' evaluation of effect of peer review and editing on quality of articles in the Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Lancet. [1996;348:1480-3].
- Pierie JP, Hoogeven JH, Overbeke AJPM. *A structured review of the literature on peer review. Proceedings of the International Congress on Biomedical Peer Review and Global Communications*. Prague: september 1997.
- Overbeke AJPM. *The state of evidence: what we know and what we don't know about journal peer review*. In: Godlee F, Jefferson T, editors. *Peer review in health sciences*. Londen: BMJ Books; 1999.

LITERATUUR

- Berg JH van den. *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk: Callenbach; 1969.
- Bruijn J de. *Geschiedenis van de abortus in Nederland. Een analyse van opvattingen en discussies 1600-1979*. Amsterdam: Van Gennepe; 1979.
- Cecil RL, Loeb RF, editors. *A textbook of medicine*. Philadelphia: Saunders; 1955.
- Delprat CC. *De geschiedenis van de eerste 50 jaren van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde 1857-1907*. Haarlem: Bohn; 1932.
- Dessaur CI. *Euthanasie: de zelfmoord op zieken en bejaarden. Delikt en delinkwent*. 1985;15:913-7.
- Gijsbers P. *Een bestendige relatie onder huwelijkse voorwaarden: Bohn en het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*. In: Gijsbers P, Kempen A van, redacteuren. *Deugdelijke arbeid vordert lang bepeinzen. Jubileumboek uitgegeven ter gelegenheid van het 250-jarig bestaan van uitgeverij Bohn 1752-2002*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2002.
- Kennedy JC. *Een weloverwogen dood. Euthanasie in Nederland*. Amsterdam: Bert Bakker; 2002.
- Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG). *Standpunt inzake euthanasie*. Utrecht: KNMG; 1995.
- Kossmann EH. *De Lage Landen 1780-1980. Twee eeuwen Nederland en België. Deel II: 1914-1980*. Amsterdam: Olympus; 2002.
- LaPorte RE, Marler E, Akazawa S, Sauer F, Gamboa C, Shenton C, et al. *The death of biomedical journals*. *BMJ*. 1995;310:1387-90.
- Leenen HJJ. *Met het oog op gezondheid en recht*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2000.
- Mandema E, Hattum M van, redacteuren. *Catalogus van de bibliotheek van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Deel 1*. Amsterdam: Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1981.
- Mandema E, redacteur. *Catalogus van de bibliotheek van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Deel 2*. Amsterdam: Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde; 1986.
- Mees H. *Vrouwen zouden nu eindelijk eens écht aan het werk moeten gaan*. *NRC Handelsblad* 21 & 22 januari 2006. p. 15.
- Mooij A. *De polsslag van de stad. 350 jaar academische geneeskunde in Amsterdam*. Amsterdam/Antwerpen: De Arbeiderspers; 1999.
- Mooij A. *Geen paniek! Aids in Nederland 1982-2004*. Amsterdam/Houten: Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde/Bohn Stafleu van Loghum; 2004.
- Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. *Taal spelling stijl in geneeskundige geschriften. Twintig herdrukken van opstellen*. Haarlem: Bohn; 1940.
- Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde. *BMJ*, 12 januari 1957, p. 95-6.

- OESO. *Gezondheid in vogelvlucht – OESO-indicatoren 2005*.
Sociaal Cultureel Planbureau. (SCP). *25 jaar Sociale verandering*. Rijswijk:
SCP; 1998.
- Swaan A de. *Uitgaansbeperking en uitgaansangst [oratie 1979]*. In: *De mens is de mens een zorg*. Amsterdam: Meulenhoff; 1991.
- Turton S. *In the baby's last seconds you see the pain relax and then they fall asleep ...*
The Times. 26 april 2005. p. 6.
- Valkenburg CT van. *Gedenkboek 1907-1957. Geschiedenis van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde gedurende de tweede halve eeuw van zijn bestaan*.
Haarlem: Bohn; 1957.
- Verhagen E, Sauer PJ. *The Groningen protocol – euthanasia in severely ill newborns*.
N Engl J Med. 2005;352:959-62.

BRONNENVERANTWOORDING

mw.prof.dr.F.Balk-Smit Duyzentkunst, 23 augustus 2005 door S.van 't Hof

mw.M.C.C.Brilman en mw.J.W.L.Mulder-Knijf, 10 januari 2006 door

S.van 't Hof

mw.A.L.van der Burg en mw.H.M.Rothuizen, 11 januari 2006 door S.van 't Hof

prof.dr.A.J.Dunning, 9 juli 1992 door G.van Heteren

prof.dr.A.J.Dunning, 24 juli 2000 door J.van der Heide

prof.dr.J.van Gijn, 27 maart 2006 door S.van 't Hof

prof.dr.L.B.W.Jongkees, 14 augustus 1991 door G.van Heteren

prof.dr.G.J.Kloosterman, 13 augustus 1991 door G.van Heteren

prof.dr.E.Mandema, 4 december 2000 door J.van der Heide

prof.dr.A.J.P.M.Overbeke, 18 juni 1996 door G.van Heteren

prof.dr.A.J.P.M.Overbeke, 2 en 18 november 2005 door S.van 't Hof

prof.dr.Chr.L.Rümke, 7 juni 2000 door J.van der Heide

R.P.Slagter, 14 oktober 2005 door S.van 't Hof

H.E.Stenfert Kroese, 11 april 2000 door J.van der Heide

prof.dr.P.G.J.van Sterkenburg, 23 september 2005 door S.van 't Hof

mw.drs.A.M.E.Verhaaf, 7 augustus 2000 door J.van der Heide

mw.prof.dr.Th.M.Vroom, 3 juli 2000 door J.van der Heide

dr.H.C.Walvoort, 8 september 2005 door S.van 't Hof

prof.dr.P.J.Zuidema, 14 augustus 1991 door G.van Heteren

[Interviews](#)

Het historisch archief van de Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, met name de jaarverslagen van de Algemene Vergaderingen der Vereniging 1956-2005, en de notulen van bestuur en hoofdredactie uit verschillende jaren.

[Overige bronnen](#)

Fotoarchief Vereniging Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, overgedragen aan de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Dankwoord

Aan de totstandkoming van dit boek hebben velen meegewerkt.

Voor Jan van der Heide had deze uitgave de feestelijke afronding van zijn loopbaan bij het Tijdschrift zullen worden. Het is bijzonder tragisch dat hij dit jubileum niet heeft kunnen beleven. Wij hebben dankbaar gebruik gemaakt van de aantekeningen die hij tot kort voor zijn overlijden heeft gemaakt en van de interviews die hij en Godelieve van Heteren hebben afgenomen. Wij zijn de geïnterviewden erkentelijk voor hun medewerking.

In dit boek worden veel feiten vermeld. Bij de verzameling daarvan zijn wij uitstekend geholpen door Romy Uyen, Henk Walvoort, Carola Kaandorp en Joost Gijsselhart. Wanneer de archieven tekortschoten, konden wij altijd een beroep doen op het geheugen van Jet Rothuizen, die ook in andere opzichten zeer behulpzaam is geweest. Externe hulpverleners waren prof.dr.M. van Lieburg, die een aantal fotoportretten leverde uit het fotoarchief van het Tijdschrift dat is overgedragen aan de KNMG, en de heer F.Raasveldt, manager Bureau Registratiecommissies van de KNMG, die gegevens over opleidingen en aantallen artsen verschaft.

Als auteurs hebben wij van onze opdrachtgever, het bestuur van de Vereniging, de volledige vrijheid gekregen. De leden van de hoofdredactie hebben de conceptteksten zorgvuldig gelezen en van commentaar voorzien. Jan van Gijn, John Overbeke, Cocky Brouwer en Henk Walvoort deden suggesties voor aanvullingen en correcties die wij graag hebben overgenomen. Hierbij merken wij meteen op dat de overblijvende tekortkomingen volledig voor onze rekening komen.

Tijdens onze werkzaamheden op het bureau van het Tijdschrift hebben wij gezien hoeveel zorg wordt besteed aan de inhoud en vorm van elk nummer. Wij prijzen ons gelukkig dat Cocky Brouwer en haar medewerkers diezelfde aandacht aan de productie van dit boek hebben gegeven. Met name wordt hier Martin Kabos genoemd, die als taalredacteur creatief en in goede samenwerking onze teksten zorgvuldig heeft aangepast aan de eisen van het Tijdschrift. Onze uitgever Paul Dijkstra en zijn staf, m.n. Martin Scheers hebben er alles aan gedaan om aan onze wensen te voldoen. Met de vormgevers Wim en Justus Bottenheft hebben wij constructief samengewerkt.

Wij danken iedereen hartelijk.

JAN VAN DER MEER
SONJA VAN 'T HOF,
SEPTEMBER 2006

PERSONENREGISTER

- A**
 Admiraal, P.V. 171
 Alexander, F. 91
 Amsberg, C.von 32
 Andel, G.J.van 60
 Andel-Schipper, H.van 360
 Angell, M. 187
 Aretaeus van Capadocië 293
 Artz, W. 318, 219, 323, 333, 337, 372
- B**
 Balk-Smit Duyzentkunst, F. 223, 228, 229, 232, 234-236, 296, 325, 403
 Balm, R. 61
 Barendregt, J.T. 92
 Bartelink, D.L. 53
 Bastiaans, J.J. 97, 102
 Bayens, H. 270, 286, 351
 Beatrix, 32
 Bemelman, W.A. 68
 Berg, J.H.van den 32, 138, 167, 168, 212, 315
 Bernard, C. 116, 120
 Bidloo, G. 293
 Birkenhäger, W.H. 321, 381
 Boen, S.T. 78, 79
 Boer de, I. 336
 Boerema, I. 206, 214
 Booi, J. 98, 100, 107
 Borst-Eilers, E. 297
 Borst, J.G.G. 23, 207, 322
 Borst, P. 108
 Bosman, F. 381
 Bottenheft, J. 241, 405
 Bottenheft, W. 241, 405
 Brillman, M.C.C. 336, 403
 Brouwer, C.H.P. 328, 334, 336, 405
 Brown, Louise 138, 159
 Bruijn, J.de 212
 Buchem, F.L.van 254
 Burg, A.van den 336, 403
 Burnier, A. 172
- C**
 Carp, E.A.D.E. 95, 97
 Cecil, R.L. 71
 Charnley, J. 40
 Coebergh, J.W.W. 119, 191
 Coutinho, R.A. 182
 Cowper, W. 293
 Cremers, H.P. 64, 65
 Creveld, S.van 215
 Crick, F.H.C. 40, 108, 329
 Croughs, R.W.M. 172
- D**
 Danner, S.A. 48
 Darwin, Ch.R. 108
 Defares, J.G. 86
 Dekker, W. 25, 323
 Dekking, F. 373
- Delprat, C.C. 13
 Descartes, R. 293
 Dessaur, C.I. 172
 Dieulafoy, G. 39, 41
 Dijk, P.A.van 199
 Dijk, W.K.van 151
 Dijk, F.J.H.van 191
 Dijkstra, P.M.W. 405
 Donders, F.C. 294, 314, 389
 Dotter, C. 40, 60
 Drees, W. 25
 Dreesmann, W.J.R. 283
 Drogendijk, A.C. 86
 Drukker, W. 79
 Dunning, A.J. 25, 171, 201, 205, 211, 220, 225, 266, 270-272, 278, 286, 295, 312, 322-328, 330, 334, 335, 337, 340, 347-349, 370, 371, 379, 390, 403
 Dupuis, H.M. 180
 Durrer, D. 252, 322
 Duyff, J.W. 118, 265, 312, 379
- E**
 Eijdsden-van Rijnberk, M.B.van 335
 Emde Boas, C.van 164
 Enschedé, J. 163-165
 Enst, W.van 207
 Ernst, J.M.P.G. 61
 Erp, W.F.M.van 65, 67
 Essed, G.G.M. 206
 Everdingen, J.J.E.van 227, 276
- F**
 Fauser, B.C.J.M. 90
 Fine, L. 293
 Foudraïne, J. 101
 Franco, F. 169
 Fretz, L. 160
- G**
 Galjaard, H. 109, 110, 112, 115
 Geus, A.de 135, 141, 142
 Gevers, J.K.M. 152
 Giel, R. 105, 106
 Gijn, J.van 204, 205, 210, 235, 241, 250, 272, 279, 327-331, 334, 335, 347-349, 370, 371, 380, 403, 405
 Gijsbers, P. 250
 Gijselhart, J.P. 291, 292, 403, 405
 Go, P.M.N.Y.H. 65, 66, 70
 Gouma, D.J. 65-68
 Graeff, J.de 81
 Groen, J.J. 91-95, 97, 102, 208, 349
 Grüntzig, A.R. 40, 61
- H**
 Haan, I. 336
 Hamerlynck, J.V.Th.H. 89
- Hart, W. 328, 380
 Have, H.A.M.J.ten 206
 Heide, J.van der 13, 14, 282, 294, 294, 318, 319, 323, 379, 390, 403, 405
 Hemelrijk, J. 115
 Hendriks, J.P.M. 151
 Heteren, G.van 13, 403, 405
 Hilfman, M.M. 265, 313, 379, 390
 Hollander, J.J.B.den 323, 379
 Hoofdakker, R.H.van den 25, 32
 Hoogendoorn, D. 71, 90, 116, 252, 257, 259, 390
 Houtsmuller, A.J. 202
 Hoynck van Papendrecht, H.P.C.M. 64, 65
 Hulst, R.W.M.van der 76
 Hunt, P. 296
 Huygen, F.J.A. 256, 314
- I**
 Ingelfinger, F. 154
- J**
 Jansen, R.C. 336
 Jonge, G.A.de 306
 Jongh, D.K.de 197
 Jongkees, L.B.W. 115, 149, 171, 205, 211, 225, 226, 266, 269-271, 275, 278, 282, 286, 312, 316-323, 332, 334, 335, 339, 348, 349, 370, 371, 379, 390, 403
 Jonxis, J.H.P. 208
 Judkins, M.P. 60
- K**
 Kaandorp, C.J.E. 233, 234, 380, 405
 Kabos, M. 236, 405
 Kager, P.A. 142
 Kempe, C.H. 138
 Kennedy, J.C. 167, 170
 Kerbosch, T.M. 328
 Ketting, E. 90
 Kirkman, J. 296
 Kloosterman, G.J. 85, 157, 163, 164, 195, 246, 252, 403
 Klück, T. 318, 334
 Kok, J. 184
 Kolff, W.J. 77, 78, 82, 373
 Kootstra, G. 381
 Kossmann, E.H. 25
 Kouwenaar, W. 271
 Krepel, V.M. 60
 Kunen, M. 243
- L**
 Ladee, G.A. 164
 Lankester, J. 88
 Leenen, H.J.J. 151, 152, 157, 170, 171, 175, 269, 293, 322

- Leeuwen, A.M.van 23
 Leeuwen, F.E.van 89
 Levie, L.H. 158
 Lieburg, M.van 405
 Lindeboom, G.A. 88, 348
 Lock, S. 275
 Lockefeer, J.H.M. 323, 328, 379, 380
 Loeb, R.F. 71
 Loghem sr, J.J.van 275, 389
 Los, M.L.C. 236
 Lubbers, R.F.M. 30
- M**
- Maas, P.J.van der 173
 Mackenbach, J.P. 302
 Majoor, C.L. 73
 Mandema, E. 118, 266, 287, 293, 299, 381, 390, 403
 Marshall, B.J. 71
 Meer, J.van der 292, 381
 Meer, J.W.M.van der 47
 Meerendonk-Diederer, C.A.W.van de 334
 Mees, H. 212
 Meijler, F.L. 63, 118, 119, 171, 181
 Meinders, A.E. 381
 Mendel, G.J. 108
 Mendes de Leon, D.E. 88
 Meyboom-de Jong, B. 381
 Meyler, L. 168
 Molenaar, J.C. 175, 208, 292, 293
 Molendijk, A.D. 275
 Monnickendam, M. 349
 Mooij, A. 25, 35
 Morgagni, G.B. 293
 Mulder-Knijin, J.W.L. 336, 403
 Muller, C. 150
 Muller, H. 75
 Muntendam, P. 163, 164, 199
 Musaph, H. 312
- N**
- Niehans, P. 197
 Nimwegen, W.J.van 236
- O**
- Offerhaus, L. 89, 185-187, 202, 390
 Otter, G.den 169
 Overbeke, A.J.P.M. 187, 274, 286, 298, 323, 380, 403, 405
 Overwater, H. 318, 333
- P**
- Penn, J. 263
 Pincus, G.G. 84
 Pinkhof, H. 225, 369
 Polak, M.F. 319, 379
 Pompen, A.W.M. 207
 Poortman, Y.S. 212
 Postma-van Boven, G.E. 168
 Praag, H.M.van 100-102, 104
- Prakken, J.R. 14, 86, 177, 184-186, 197, 198, 204, 205, 211, 225, 226, 240, 245, 246, 265, 270, 271, 275, 277, 286, 311-317, 321, 334, 335, 348, 349, 370, 371, 379
 Prick, J.J.G. 91, 92
- Q**
- Querido, A. 209
- R**
- Raasveldt, F. 405
 Relman, A.S. 275
 Renckens, C.N.M. 203
 Rijnberk, G.A.van 225, 226, 280, 290
 Rinne-Albers, M.A. 103
 Rooijmans, H.G.M. 97, 104, 105, 203, 204, 235, 323, 328, 380
 Rookus, M.A. 89
 Roscam Abbing, E.W. 87
 Roscam Abbing, H.D.C. 152, 179, 180, 181, 202
 Rosendaal, F.R. 88, 112
 Rothuizen, F.G.C. 286, 405
 Rothuizen, H.M. 328, 335, 336, 403
 Rümke, Chr.L. 116, 117, 189, 312, 318, 320, 323, 379, 403
 Rümke, H.C. 121, 167
 Ruys, A.Ch. 139, 247, 268
- S**
- Sanger, M. 84
 Saunders, C. 138, 214
 Schalekamp, M.A.D.H. 253
 Schalm, L. 266, 276, 299, 321, 326, 381, 390
 Scheers, M.J.F. 405
 Scheltema-Joustra, A. 83
 Schouten, J. 214
 Schütte, P.R. 336
 Schuurmans Stekhoven, W. 86, 87, 151, 166, 167
 Scribner, B.H. 78, 79
 Semmelweis, I.Ph. 197
 Sierman, H. 240
 Sindram, I.S. 195
 Slagter, R.P. 242, 243, 308, 320, 403
 Sluiter, E. 268
 Smeijers, F. 241
 Snellen, H. 314
 Sporken, C.P. 81
 Spreeuwenberg, C. 149, 157
 Stenfert Kroese, H.E. 240, 317, 403
 Sterkenburg, P.G.J.van 228, 236, 296, 403
 Stoelinga, G.B.A. 381
 Stokvis, B. 91, 92, 94-97
 Struben, W.H. 381
 Stuiveling, G. 228
 Swaab, L.I. 84, 85, 87, 158
 Swaan, A.de 31
- T**
- Tausk, M. 85
 Thije, O.J.ten 73
 Thole-van Rijnberk, G. 335
 Treffers, P.E. 86, 163, 167, 196, 381
 Treffers, Ph.D.A. 103
 Turennot, S.G.E.van 336
 Tussenbroek, A.P.C.van 268
 Twiss, E.E. 78
 Tytgat, G.N.J. 71, 251
- U**
- Uyen, R.H.W. 336, 405
 Uyl, J.M.den 25
- V**
- Valk, J. 57
 Valkenburg, C.T.van 13, 82, 245, 281, 312, 325
 Valkenburg, H.A. 119
 Vandenburg, J.P. 41, 88, 119, 120, 155, 210
 Veeken, H. 328, 380
 Ven, M.van de 336
 Verbeek, E. 104
 Verbeek, H.A. 208
 Verhaaf, A.M.E. 403
 Verhagen, A.A.E. 176, 212
 Verheugt, F.W.A. 328, 380
 Verhulst, F.C. 107
 Vermeulen, M. 210
 Versteeg, H.R. 236
 Viersma, H.J. 275, 390
 Vink, M. 74, 82
 Vinken, P.J. 275, 322
 Virchow, R.L.K. 293
 Vlieger, M.de 54
 Vliet, B.van 143
 Vos, H.de 313, 379
 Vreeken, J. 87
 Vroom, Th.M. 268, 381, 403
 Vroonhoven, Th.J.M.V.van 68
- W**
- Wackers, F.J.T. 58, 206
 Wal, G.van der 173
 Walvoort, H.C. 203, 204, 230, 231, 233, 234, 236, 294, 323, 334, 380, 403, 405
 Wangenstein, O.H. 76
 Warren, J.R. 71
 Watson, J.D. 40, 108, 329
 Wibaut, F.P. 87
 Wijdeveld, P.G.A.B. 79
 Wijenberg, R. 83
 Wilkins, M.H.F. 108
- Z**
- Zeeman, J. 263
 Zeeman, W.P.C. 274
 Ziedses des Plantas, B.G. 53, 373
 Zuidema, P.J. 72, 141, 142, 390, 403

ZAKENREGISTER

- A**
- abonnees 339, 344
 - zie ook lezers
 - abonnementsprijs 277
 - abortus 24, 163
 - abstract 241, 341
 - acupunctuur 198
 - advertentiebeleid 339
 - advertenties 244
 - advertentietarieven 277
 - aids 48, 179
 - allochtonen 145
 - alternatieve geneeswijzen 197
 - angiografische embolisatie 63
 - antacida 73
 - antenatale echoscopie 55
 - anticonceptie 24, 83
 - antidepressiva 98, 187
 - antipsychiatrie 101, 151
 - antipsychotica 98
 - antroposofische geneeskunde 198
 - arts-patiëntrelatie
 - zie patiënt-artsrelatie
 - asbest 193
 - astma 96
 - auteurs 344
 - auteurscursus 296
 - automatisering 337
- B**
- beeldvormende diagnostiek 52
 - benoemingen van de redactie 267
 - bestuur van de Vereniging 265, 299, 381
 - bevolkingssamenstelling 27
 - bibliotheek 287
 - Blauwe boekje 24
 - borstkankergen BRCA1 113
 - bureamedewerkers 334
- C**
- cafébrand Volendam 192
 - celtherapie 197
 - chef productie 317, 332
 - chloorpromazine 98
 - cholesterol 93
 - chronischevermoeidheidsyndroom (CVS) 46
 - computer 118, 337
 - computertomografie 56
 - coronairangiografie 55
 - CT 56
 - culturele diversiteit 145
- D**
- deeltijdarbeid 140
 - des 195
 - di-ethylstilbestrol 195
 - directeur 334
 - DNA 108
 - Donderspenning 389
 - dotteren 60
- E**
- echocardiografie 55, 59
 - echo-encefalografie 55
 - echografie 54
 - economie 29
 - endoprothese 61
 - endoscopische chirurgie 63
 - endo-urologie 69
 - epidemiologie 119
 - erfelijkheid 108
 - ethiek 24, 148, 157, 315
 - euthanasie 34, 167
 - evidence-based geneeskunde 119
 - exploitatie van het Tijdschrift 277
- F**
- factor V Leiden 88, 112
 - farmaceutische industrie
 - zie geneesmiddelenindustrie
 - farmaceutische reclame
 - zie geneesmiddelenreclame
 - farmacopsychiatrie 98
 - farmacotherapie 184
 - feminisering 139, 268
 - fiberscoop 73
 - financiën 2760, 317
 - Fonds van de Vereniging 294
- G**
- gasexplosie Beek 189
 - gastroscoop 71, 73
 - geboortebeperving
 - zie anticonceptie
 - geneesmiddelenindustrie 186, 245
 - geneesmiddelenreclame 186, 245
 - genetica 108
 - gezagsverhoudingen 30
 - gezondheidszorg 33
 - Groene boekje 226
 - Groninger protocol 176
- H**
- hallucinogenen 102
 - Helicobacter pylori* 71, 76
 - hemodialyse 78
 - hemopyrrolactamurie 47
 - highly active antiretroviral therapy (HAART) 50
 - hiv 48, 179
 - homeopathie 198
 - hoofdartikelen 313, 319, 324, 329
 - hoofredactie 265, 269, 299, 311, 316, 322, 327, 349, 370, 379, 397
 - huisartsen 313, 369
 - huisconcerten 295
- I**
- illustraties 243, 330
 - impact van het Tijdschrift 372
 - importziekten 141
 - incidentalomen 59
 - infectieziekten 42
 - International Committee of Medical Journal Editors
 - zie Vancouver-groep
 - internationalisering 326
 - interventieradiologie 59
 - in-vitrofertilisatie 159
 - islam 145
 - ivf 159
- J**
- Jonge-auteursprijs 296, 391
 - juridisering 149
- K**
- kankerdiët 198, 202
 - kernspinresonantie-tomografie 57
 - KI(D) 158
 - kinderpsychiatrie 107
 - klinische epidemiologie 119
 - klinische genetica 109
 - klinische lessen 340
 - kloneren 162
 - kosten van de gezondheidszorg 34
 - kunstmatige inseminatie (door een donor) 158
 - kwakzalverij 197
 - zie ook VtBK
 - kwaliteit van zorg 151
- L**
- laparoscopie 63
 - laparoscopische
 - appendectomie 67
 - cholecystectomie 65
 - donorneffectomie 69
 - liesbreukoperatie 68
 - leden van de Vereniging 267, 383
 - leeftijdonderzoek 148
 - leermeeesters 206
 - leerstoel van de Vereniging 297
 - legionairsziekte 45
 - leukocytentelling 116
 - levenseinde 167
 - lezers 346, 369
 - zie ook abonnees

* Er wordt niet verwezen naar de Jaargangen-bladzijden.

- Lucky Luyk 32, 281
lustra 274
- M**
maagresectie 74
maagzuursecretieremmers 73
maatschappij 25, 29, 90, 114, 137, 371
malaria 142
mammacarcinoom 113
mammografie 53
mazelen 44
medisch onderwijs
 zie opleiding
medische praktijk 22, 367
mesotheloom 193
moedertaal 231, 372
moerlandieet
 zie kankerdiëet
MRI 57
- N**
nierfunctievervangende therapie 77
niertransplantatie 81
NMR 57
NTvG-S 296
nucleaire geneeskunde 58
- O**
onderwijskundigen 208, 210
oorspronkelijke stukken 314, 320, 341
opleiding 20, 204
opmaak
 zie vormgeving
- P**
palliatieve sedatie 174
patiënt-artsrelatie 22, 32, 154, 348
patiënten 22
patiëntenrechten 151
peer review 344
penningen 293
penningmeester 265, 277, 299
percutane transluminale angioplastiek 60
percutane transluminale coronaire angioplastiek 61
peritoneale dialyse 80
personeelsadvertenties 249
personeelsbeleid 335
PET 58
PGD
 zie pre-implantatiegenetische diagnostiek
'pil', de 83
 zie ook anticonceptie
poliomyelitis 44
positronemissietomografie 58
- pre-implantatiegenetische diagnostiek 109, 113, 161
prenatale diagnostiek 109, 112, 165
psychiatrie 98
psychiatrische epidemiologie 105
psychofarmaca 98
psychosomatiek 91
PTA 60
PTCA 61
- R**
rachitis 144
radiologie 53
rampen 188
reclame 244
 zie ook geneesmiddelenreclame
recombinant-DNA-techniek 108
redactie 265, 267, 269
redactiebeleid 273, 316, 321, 325, 330, 349, 368
 zie ook hoofdredactie
redactie bureau 278, 280, 331
redactiekantoor
 zie redactie bureau
redactioneel proces 232, 332, 344
referenten 344
reglement 263
restrictiefragmentlengte-polymorfisme (RFLP) 110
röntgenologie 53
rubriek 'Ingezonden' 343
rubriek 'Retractatie' 343
rubriek 'Vraag en antwoord' 341
- S**
samenleving
 zie maatschappij
samenvatting 241, 341
selectieve serotonineheropnameremmers (SSRI's) 103
severe acute respiratory syndrome (SARS) 45
SI-eenheden 321
sociaal-geneeskundigen 369
Softenon
 zie thalidomide
spelling 225
stagiairs 296, 397
stamcellen 162
statistiek 115
statuten 265
studenten 139, 204, 296
subtractie 53
- T**
taaladviseur 228
taalbeleid 232
- taalgebruik 225
taalredacteurs 234
terminologie 230, 233
thalidomide 185, 194
thoracoscopische chirurgie 69
tijdschriftconferenties 295, 393
transseksualiteit 176
tropenziekten 141
tuberculose 42, 92, 143
typografie
 zie vormgeving
- U**
uitgever 248, 277, 279, 338
ulcus pepticum 71
- V**
vaktiaal 228, 231
Vancouver-groep 187, 321, 326
Vereniging ter Bestrijding van de Kwakzalverij
 zie VtBK
verenigingsverslagen 343
vergaderingen 272
vermogen 278
verzamelingen 287
vitamine D-tekort 144
vliegcramp Bijlmermeer 190
vlokkentest 112
volksgezondheid 27
vormgeving 237
VtBK 199, 203
vuurwerkcramp Enschede 191
- W**
watersnoodcramp 188
website NTvG 338
Wet BIG 152
Wet Medisch Wetenschappelijk Onderzoek met Mensen 156
Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg 152
Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst 154
Wet Toetsing Levensbeëindigend Handelen en Hulp bij Zelfdoding 174
wetenschappelijk eindredactie 233, 380, 397
WGBO 154
WMO 156
- Z**
zetel der Vereniging
 zie redactie bureau
Ziekenfondswet 33

©2007 Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, Amsterdam; Bohn Stafleu van Loghum, Houten. Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën of opnamen, hetzij op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteursrechtbehouders.

Colofon

Illustraties:

NTvG-Databank 1957-2006

Redactiekantoor Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

Koninklijke Nederlandse Maatschappij der Geneeskunde

© Hospices de Beaune (figuur 1.1)

Sociaal Cultureel Planbureau (figuur 1.4)

Museum Het Dolhuys, Haarlem (figuur 2.77, 3.10)

ANP-foto (figuur 3.11, 3.19, 3.30, 3.32, 3.33)

Vincent Boon Photography, Utrecht (figuur 4.4, 4.5, 5.5-5.7, 5.18-5.20, 5.23, 6.18, 6.23-6.26, bl. 288-89)

J.W.M.van der Meer (figuur 6.30)

British Medical Journal (figuur 7.1)

Taalredactie: M.Kabos

Bureauredactie: R.H.W.Uyen en C.H.P.Brouwer

Realisatie: M.J.F.Scheers

Vormgeving: Bottenheft

Uitgever: P.M.W.Dijkstra

Druk: Thieme Amsterdam, Amsterdam

Papier: Grafisch Papier Nijmegen bv, Andelst

Bindwerk: Boekbinderij Abbringh, Groningen

Lettertype: Quadraat

Papiersoort binnenwerk: Satimat Club Naturel, 115 g/m²

Papiersoort stofomslag: Rives Design IJswit, 120 g/m²

Bandmateriaal: linnen Brillianta rood 4103

Oplage: 2000 exemplaren

ISBN 978 90 313 4779 7

NUR 870

Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
Johannes Vermeerstraat 2
1071 DR Amsterdam
www.ntvg.nl

Bohn Stafleu van Loghum
Het Spoor 2
3994 AK Houten
www.bsl.nl