

punt een duidelijke taak voor de K.N.M.G.: vóór alles de bevordering van betere communicatie naar en van de leden, voorts van de onderlinge communicatie tussen de verschillende besturen. Uitgaande van twee categorieën artsen, „de gelovers in systemen en de gelovers in het individu”, bepleitte de heer Bosma een betere coördinatie van de werkzaamheden van L.A.D., L.S.V. en L.H.V., in plaats van het autonoom uitzetten door deze organisaties van de eigen beleidslijnen.

Om in de sfeer van het congressthema te blijven besloot de afdelingsvoorzitter zijn openingswoord met het — door de aanwezigen opgevolgd — verzoek even op te staan en enkele ogenblikken stilte in acht te nemen, om daarna te constateren dat dit ook een vorm van „manipulatie van gedrag” was geweest, zij het zonder ernstige nadelige gevolgen.

Congresrede van de Maatschappij-voorzitter

De voorzitter van de Maatschappij Geneeskunst, Dr. A. E. Leuftink, sprak daarop de volgende congresrede uit:

De gezondheidszorg in het algemeen en de medische wereld in het bijzonder genieten in toenemende mate en frequentie de aandacht van pers, radio en televisie. Conflicten binnen ziekenhuizen, incidentele lacunes in de zorg voor de patiënt, of financiële onregelmatigheden halen zowel de frontpagina's als de hoofdartikelen.

Financiële excessen, waarvan enkele van zeer grote afmetingen, hebben de medische wereld geschokt. Ik wil nadrukkelijk stellen, dat het hoofdbestuur van de K.N.M.G. van mening is, dat — ook indien geen strafrechtelijke consequenties zullen volgen — er sprake is van ontoelaatbaar gedrag van de betrokken artsen en van grof misbruik van mazen in het net van regelingen. Het hoofdbestuur zal er zich zo spoedig mogelijk over beraden of onzerzijds het initiatief kan worden genomen voor een overleg met alle betrokken groeperingen, teneinde tot een gezamenlijke aanpak van dit verschijnsel te komen.

Ook kleinere incidenten blijken een nieuwsaarde te hebben gekregen, die zij ongetwijfeld ontlenen aan de

belangstelling voor de gezondheidszorg en de discussies die in een snel tempo ontstaan rond het functioneren daarvan. In het gehele maatschappelijke gebeuren hebben schaalvergroting, toenemende complexiteit en versnelling van het ontwikkelings-tempo geleid tot gevoelens van angst en vervreemding bij de mens. Het is eigenlijk verwonderlijk, dat deze verontrusting in het veld waar men de arts ontmoet, bij geboorte, ziekte en dood, niet eerder zo duidelijk naar buiten is getreden.

Het beeld is beslist niet specifiek alleen maar voor Nederland.

Vrijwel overal in de westerse geïndustrialiseerde landen ziet men een groeiend onbehagen en bezorgdheid rond de ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Regeringen blijken verontrust door de snelle relatieve kostenstijging ten aanzien van het nationale inkomen; beheerders van ziekenhuizen en instellingen klagen over ondoelmatig gebruik van middelen en van mankracht; patiënten vinden niet wat zij zoeken; en niet-tegenstaande de enorme medische technische vorderingen ontwikkelen zich de sterfte-tafels, althans voor mannen, in ongunstige zin. Tegenover spectaculaire maar uiterst kostbare successen van medische techniek waarmee wij enkelingen kunnen dienen, staat ons falen om tienduizenden reumalijders zelfs maar een dragelijk bestaan te verschaffen. Er bestaat gereede twijfel, of de kosten en de inspanningen aan de geneeskunde besteed opwegen tegen de baten welke de patiënt daarvan verwacht en redelijkerwijze mag verwachten.

Uit het feit, dat deze zelfde fenomenen, het groeiend onbehagen en de groeiende bezorgdheid rond de ontwikkelingen van de gezondheidszorg, tegelijkertijd optreden in landen met zodanig uiteenlopende organisatiestructuren in de gezondheidszorg als bijvoorbeeld de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk (vrij ondernemerschap tegenover de National Health Service) moet men wel concluderen, dat de kwaal dieper zit dan in het meer of minder doelmatig zijn van de organisatievormen. Het lijkt veeleer de weerslag van een medisch technologische en wetenschappelijke ontwikkeling die de betrokkenheid met het ervaren van zijn gezondheid door de mens kwijt geraakt is.

Dit betekent, dat indien wij als K.N.M.G. bij willen dragen tot het oplossen van actuele structurele problemen rond de organisatie van de gezondheidszorg, wij aan de herkenning, opsporing en eliminering van de oorzaken van het onvoldoende effect van veel van ons medisch handelen een essentiële betekenis moeten toe-kennen.

Crisisperiodes zijn nagenoeg onvermijdelijk bij snelle groei van dienstverlenende organisaties of dat nu bedrijven, instellingen, verenigingen of complexe maatschappelijke systemen zijn. Bij elk ontwikkelingsproces treden na enige tijd desintegratie, vervreemding van leden of cliënten, zoekraken van doelstellingen, communicatiestoornissen, verlies van effectiviteit op. De gezondheidszorg verkeert in een dergelijke kritieke fase. Indien wij dan nog bedenken, dat in de Nederlandse situatie de gezondheidszorg overwegend uit lokaal particulier initiatief, op levensbeschouwelijk verzuilde basis is voortgekomen, dan mag het verwondering baren, dat het nog zo redelijk functioneert als het doet. Wel is onmiskenbaar, dat wij staan voor een periode van reorganisatie en reconstructie die wel eens diep zouden kunnen ingrijpen in het functioneren van artsen als groep maar ook als individu. Van de K.N.M.G. zal een grote diligentie gevraagd worden opdat datgene dat wij als essentieel ervaren voor de kwaliteit van onze beroepsbeoefening in de komende vernieuwingen gewaarborgd zal blijven.

De overheid is doende haar invloed op grote delen van de gezondheidszorg in belangrijke mate te versterken. Dit proces is al langer op gang. De politieke kleur van de zittende regering is daarbij in de huidige situatie niet van primair belang en zal hoogstens tot nuanceverschillen in de uitvoering leiden.

De reeds van kracht geworden Wet Ziekenhuisvoorzieningen en in voorbereiding zijnde Wet Gezondheidsvoorzieningen zullen de overheid in staat stellen door middel van een vergunningstelsel regulerend op te treden, niet alleen naar de aard, maar in belangrijke mate naar de lokalisatie van de voorzieningen, hetgeen o.a. in feite ook een vestigingsbeleid inhoudt.

De programmering en beheersing van

de uitgaven voor de gezondheidszorg wordt in de Memorie van Toelichting op de begroting als eerste doelstelling van het departement van VoMil genoemd. Met het binnenkort te verwachten antwoord van de S.E.R. op de advies-aanvraag van de overheid betreffende de lastenverdeling en een kwalitatief en kwantitatief optimaal gebruik van middelen en diensten ten behoeve van de gezondheidszorg in de hand, zullen ongetwijfeld aanzienlijke wijzigingen in het financieringsstelsel getroffen worden.

De organisatiestructuur van de gezondheidszorg lijkt ontwikkeld te worden in de richting van Regionalisatie. Als belangrijkste doelstelling daarvoor wordt genoemd het bieden van integrale gezondheidszorg met een grotere eenheid in curatieve en preventieve zorg waarbij een echelonnering van de voorzieningen een efficiënter en effectiever gebruik daarvan moet garanderen.

Als verdere belangrijke ontwikkeling op het terrein van de gezondheids-wetgeving wijs ik u op het rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, dat een geheel nieuwe eigentijdse wettelijke grondslag aan de uitoefening van het artsberoep aanbeveelt. Keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid van de patiënt komen daarin tot hun recht. Ook de voorgestelde herziening van het Medisch Tuchtrecht waarin het begrip „een tekortschieten van de arts in zorg” het verouderde „schaden van het aanzien van de stand der geneeskundigen” komt vervangen, moet als een belangrijke vernieuwing worden beschouwd.

Men mag stellen, dat sinds de invoering van het Ziekenfondsbesluit, nimmer zoveel diep ingrijpende veranderingen op ons gezondheidsstelsel zijn afgekomen als thans het geval is. In het systeem van de gezondheidszorg, kan men drie subsystemen herkennen belast met respectievelijk toezicht, beheer en uitvoering. De overheid waakt over de kwaliteit, de kwantiteit, de toegankelijkheid en de lastenverdeling voor de burger. Het beheer van de gelden en andere middelen berust via de Ziekenfondsraad bij de ziekenfondsen en bij bestuurders van organisaties welke overwegend in de Nationale Ziekenhuis

Raad of de Kruisverenigingen samenwerken.

De uitvoering van de zorg voor patiënt of cliënt berust bij de beroepsbeoefenaren, artsen, apothekers, tandartsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen en de groeiende groep van nieuwe beroepen die daar omheen ontstaan. Zij zijn in deze vertegenwoordigd door hun beroepsorganisaties waarvan onze K.N.M.G. zeker niet de minste is. Ieder van deze drie sub-systemen neemt een standpunt in, zoals dat heet „vanuit de eigen optiek”. Men zou kunnen spreken van een driehoeksmodel waarin de drie groeperingen de hoekpunten bezetten, van waaruit zij het in het zwaartepunt geplaatste object, de gezondheid van de mens, zo goed mogelijk trachten te beïnvloeden. Alle drie sub-systemen presenteren zich als de verdedigers bij uitstek van het belang van de gezondheid zoekende cliënt. Het ligt in de aard van de mens, die met bestuurlijke verantwoordelijkheid bekleed is en in de aard van de organisaties zelve om de eigen zienswijze als de panacee voor de oplossing van problemen te presenteren en waar mogelijk te effectueren.

De overheid zal tenderen naar wettelijke regelingen ter garantie van de zorg en de financiering: de beheerders in de gezondheidszorg zullen vanuit hun taakopdracht streven naar ordening, efficiency en uniformiteit. De beroepsbeoefenaren menen door een effectieve pluriforme, op de wensen van de individuele cliënt gerichte dienstverlening, hun taak het beste te vervullen.

Teneinde een optimale zorg te verzekeren, dient een evenwicht tussen de drie sub-systemen te bestaan, waardoor de cliënt niet te ver uit het zwaartepunt raakt. Een te sterk overwegen van één van de componenten van de trias zou in alle gevallen leiden tot verlies voor de cliënt, door verstarring, door inefficiëntie of door dienstverlening. Als waarschuwing tot welke storingen in de bereikbaarheid van een groot stuk medische dienstverlening eenzijdige, op politieke gronden afgedwongen hervormingen kunnen leiden, kan men de situatie in Zweden aanvoeren.

Voor het goed functioneren van het systeem en de onderlinge relatie van

deze sub-systemen zijn overlegstructuren onmisbaar.

De K.N.M.G., vertegenwoordigend de overgrote meerderheid der artsen, is diepgaand overtuigd van de noodzaak tot overleg en medewerking met overheid en andere partners in de gezondheidszorg teneinde tot een zo hoog mogelijke kwaliteit in de dienstverlening te geraken.

Onze bereidheid tot coöperatie moet echter wel gezien worden tegen een aantal voorwaarden dat wij voor een goede uitoefening van het artsberoep zodanig onmisbaar achten, dat wij ten aanzien daarvan ons intransigent zullen blijven opstellen. Men kan deze voorwaarden het beste samenvatten als: vrijheid van beroepsuitoefening voor de arts. Welke vrijheden vatten wij onder dit begrip samen?

Allereerst de vrijheid van behandeling, dat wil zeggen de vrijheid om die preventieve, diagnostische en therapeutische methodieken en middelen te kunnen toepassen die de patiënt behoeft, natuurlijk binnen de grenzen van de redelijkheid zoals nu reeds geschiedt. Vrijheid van beroepsuitoefening is niet gebonden aan een vrij ondernemerschap maar geldt evenzeer voor elke arts in dienstverband die met patiënten te doen heeft. Vrijheid van beroepsuitoefening vormt voor de arts een onmisbaar element voor de vreugde tot zijn arbeid. Voor de patiënt is deze vrijheid van de arts letterlijk een levensbelang. Iedere arts die de bekwaamheid verworven heeft in zijn tak van de geneeskunde te functioneren, dient in zijn relatie tot de patiënt niet door hiërarchische verhoudingen beïnvloed te worden.

Onverbidlijk nadert het ogenblik, waarop dit begrip binnen de grenzen der redelijkheid vertaald zal moeten worden in prioriteitenstelling. Reeds thans wil ik met nadruk claimen, dat in de procedure tot een onontkoombare prioriteitenstelling aan de K.N.M.G. een zeer zware stem zal moeten worden toegekend.

Vrijheid van artskeuze voor de patiënt en reciprook daarmee vrijheid van de arts om op deugdelijke gronden in bepaalde gevallen de arts-patiënt relatie te weigeren, is voor de Maatschappij een oud maar nog steeds kostbaar recht. Een voor ieder burger gelijke toegang tot en

bereikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen, achten wij een hoog goed. Keuzevrijheid van de arts ten aanzien van de plaats die hij in het bestel van de gezondheidsvoorzieningen wil innemen hetgeen bij een vestigingsbeleid in het geding zou kunnen komen, beschouwen wij eveneens als een van onze grondrechten.

Vrijheid is een kostelijk en kostbaar goed. Wie vrijheden eist, moet deze vrijheden ook waarmaken. Dit betekent voor onze Maatschappij zowel actieve deelname aan de planning van de toekomstige gezondheidszorg, als het voeren van een krachtig beleid met betrekking tot de handhaving van de kwaliteit van het werk van de artsen.

Wil men de structuur van de gezondheidszorg verbeteren, dan dient dat te geschieden op basis van planning, gegrond op keuze van doelstellingen aan de hand van peiling van de behoeften in de gehele bevolking. Wij stuiten dan al dadelijk op gebrek aan informatie. Harde cijfers met betrekking tot de effectiviteit van medische methodieken al of niet in relatie tot de organisatie structuur waarbinnen deze gebruikt worden, ontbreken ons in hoge mate. Dit betekent, dat de planning voornamelijk niet meer kan zijn dan een zoeken van de juiste weg op grond van algemene ervaring, kennis van analoge procedures en intuïtie.

Met betrekking tot de kosten van de gezondheidszorg is de informatie lang niet volledig, maar toch in veel ruimere mate voorhanden en geschikt voor opslag en verwerking. Dit doet het gevaar ontstaan, dat ten gevolge van het ontbreken van voldoende informatie over de baten van de gezondheidszorg aan de informatie omtrent de kosten daarvan een onevenredig grote waarde toegekend zal worden in planningsprocedures.

Daar komt nog bij, dat het ontbreken van informatie naar men kan waarnemen, aanleiding geeft tot het lanceren van onvoldoende gefundeerde uitspraken en plannen. Het ontwerpen van nieuwe structuren voor de gezondheidszorg is sinds enige tijd een geliefkoosde vrijetijdsbesteding. Er gaat vrijwel geen week voorbij waarin niet een nieuw plan wordt gelanceerd, vaak met negatie van het huidige hoogontwikkelde en gecom-

pliceerde stelsel. Onder de plannemakers treft men allereerst degenen die hun aandacht uitsluitend richten op één enkele factor uit het totale systeem, bijvoorbeeld het aantal ziekenhuisbedden, de 90% bezettingsgraad, het honoreringssysteem, waarmee zij dan de wortel van alle kwaaden uit te roeien. Bij andere plannen kan men zich niet aan de indruk onttrekken, dat aan de auteurs een „medisch Hoog-Catharijne” voor ogen staat.

Indien men voor de aangekondigde volksverzekering een zodanige vorm vindt, dat daardoor een betere lastenverdeling en een efficiëntere financiering van de gezondheidszorg mogelijk wordt, zal de K.N.M.G. aan het tot stand komen van harte medewerken. Maar indien — zoals vorige week gebeurde — de minister van Sociale Zaken in een vakbondsvergadering de volksverzekering aanprijst, omdat daarmee de inkomens van medische specialisten kunnen worden beheerst, dan rijzen er bij ons ernstige twijfels. De gezondheidszorg wordt dan misbruikt als instrument van loonpolitiek. Indien het parlement tot een inkomenspolitiek besluit, zal het daarvoor geëigende wegen moeten ontwerpen. Indien de gezondheidszorg in de greep van politieke of andere stokpaardruiters zou geraken, zou dat voor artsen onaangenaam zijn, voor de patiënten zou het echter een ramp betekenen.

Nu mag het ontbreken van harde informatie geen aanleiding vormen om toch niet te trachten nu reeds verbeteringen in de structuur naar beste weten na te streven. De K.N.M.G. heeft een Werkgroep Planning ingesteld, die onder leiding van de ondervoorzitter, Dr. J. L. A. Boelen, normen en criteria tracht te vinden die uit de medische gezichtshoek kunnen worden gesteld als grondslag voor de behoeften aan gezondheidsvoorzieningen. Het is verheugend dat talrijke afdelingen op de eerste discussienota met een stroom van opmerkingen, suggesties en zelfs volledige plannen hebben gereageerd.

Wij herkennen in deze reacties een duidelijke lijn naar betere eerstelijnszorg en integratie tussen huisartsen-geneeskunde en de verschillende takken van maatschappelijke en categorale (bedrijfs-, jeugd-) gezond-

heidszorg, een streven naar democratisering, naar betere en effectievere dienstverlening en naar erkenning van hetgeen sinds kort patiëntenrecht genoemd wordt. Langs deze weg lijkt het mogelijk de leden in onze achterban te activeren, te motiveren en te betrekken bij de verdere ontwikkelingen van ons beleid. Ook buiten de eigen werkgroep zit de Maatschappij niet stil. In een aantal adviesorganen van de overheid, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, het College Ziekenhuisvoorzieningen, de Structuurcommissie van de S.E.R. en andere colleges brengen wij ons standpunt in.

Voor een werkelijke realistische planning hebben wij bovenal informatie nodig. Slechts indien de effectiviteit van cure, care en preventie in maat en getal, ter beschikking staan, kan van een verantwoorde prioriteitenstelling sprake zijn. Statistiek, epidemiologie en computertechniek bieden tezamen ongekende mogelijkheden tot informatie-verzameling, -verwerking en conclusievorming. Zij zijn echter machteloos indien de artsen niet de benodigde informatie leveren. Een eerbiedwaardige traditie van discretie en geheimhouding in het belang van zijn patiënt omtrent hetgeen de arts uit hoofde van zijn ambt ter ore komt verklaart een diepzittende terughoudendheid bij het openbaren van patiënten-gegevens.

Indien echter de K.N.M.G. daadwerkelijk bij wil dragen aan een effectieve vernieuwing van de gezondheidszorg, dan dienen wij onze leden te motiveren hun volle medewerking aan verantwoorde informatiever-schaffing te verlenen. De L.S.V. heeft in het recente interim-rapport van haar Commissie-Wolvius een belangrijke eerste aanzet tot verdere studie gegeven. De discussies in en rond de Stichting Medische Registratie zijn in volle gang. Het H.B. is van oordeel dat de meningsvorming rond dit vraagstuk met kracht en spoed ter hand moet worden genomen. Het heeft dan ook in zijn laatste vergadering een Commissie Medische Informatica ingesteld die omtrent de voorwaarden, uitvoering en consequenties van het gebruik van patiëntengegevens van alle artsen zal rapporteren.

Naast de planning rond de structuur noemde ik u de taak van de arts in

het handhaven en opvoeren van de kwaliteit in de medische zorg. Mogelijkheden daartoe liggen in scholing, nascholing en intercollegiale toetsing van het werk. De scholing van de arts was nagenoeg geheel voorbehouden aan de autonome faculteiten. Het stemt tot tevredenheid dat bij het overleg omtrent de zogenaamde „basisfilosofie” voor de achtste Medische Faculteit Maastricht, de inzichten van de werkers in het veld met name over de opleidingseisen voor een nieuw type artsen nodig voor het eerste echelon, door de K.N.M.G. tot gelding konden worden gebracht.

Een éducation permanente moet zorgen voor een regelmatige vernieuwing en aanvulling van de kennis der artsen. Talrijke lokale en regionale nascholingsactiviteiten trachten in deze behoefte te voorzien. Wat ons ontbreekt is een gestructureerde opzet van de nascholing op nationaal plan. Het valt ernstig te betreuren, dat door ambtelijke aarzeling en touwtrekkerij het Interuniversitaire Instituut voor Nascholing, waarin de K.N.M.G. zou participeren, nog steeds veraf lijkt.

Intercollegiale toetsing, hetzij als medical audit hetzij in andere vormen, bevindt zich pas in het stadium van de conceptie. De begeleiding van de graviditeit en de leiding bij de partus zullen in de komende periode dringend de aandacht van de Maatschappij behoeven. Ook voor deze taak is beschikbaarheid van informatie een noodzakelijke voorwaarde. Organisatie, planning en kwaliteitsbewaking op basis van voldoende medische data zijn methoden die moeten garanderen, dat de arts een juiste diagnose, een effectieve therapie en een adequate preventie te juister tijd en plaats biedt aan wie daarom vraagt. Er is echter meer nodig. Het kan niet worden ontkend, dat met de toegenomen complexiteit van de organisatie en de gerichtheid van hoog-gespecialiseerde artsen op kleine deelgebieden hier en daar in de gezondheidszorg de hulpzoekende mens in nood tot een werk-object dreigt te worden.

In vorige artsengeneraties waren een warm medeleven en ondersteuning vaak een compensatie voor een gebrek aan wetenschappelijke kennis. In de gehele maatschappij waait de

kille wind waarmee snelle technologische ontwikkeling gepaard lijkt te moeten gaan. Ook de medicus kan moeilijk anders dan een kind van zijn tijd en het maatschappelijk klimaat zijn en wordt in zijn werken en gedrag daardoor beïnvloed.

Het zijn de tekorten in zorg meer dan de tekorten in vaardigheid en kennis die tot uiting komen in de jegens de gezondheidszorg gerichte verwijten. Niet de hoogte van de kosten, maar het feit, dat de hulpzoekende binnen dit kostenbudget niet kan vinden wat hij zoekt, moet ons ongerustheid baren.

Doelmatigheid en organisatie sluit dienstverlening niet uit. Maar men mag bij onze hervormingspogingen van de structuur niet uit het oog verliezen, dat de organisatieleer aantoonst, dat een te hoog opgevoerde doelmatigheid de kwaliteit van de dienstverlening aantast.

Welke doelstellingen van de gezondheidszorg uit het rijke bouquet dat Medisch Contact u recentelijk bood u ook tot de uwe gemaakt moogt hebben: de grootste gemene deler daarin is het tot stand brengen van een goede arts-patiënt relatie. Naast vaardigheid en kennis der wetenschap is het gedrag van de arts sterk bepalend voor het uiteindelijk effect van zijn werk.

Groepscode en beroepsethiek die de Maatschappij in haar lange bestaan steeds heeft trachten te verwoorden en te realiseren lijken aan kracht en invloed te hebben ingeboet. Ernstige studie zal nodig zijn naar nieuwe wegen en regulatieprocessen waarlangs wij dit onmisbare deel van het artsenberoep beter kunnen activeren.

„Met u ben ik gespannen naar hetgeen de zeer deskundige sprekers die nu volgen ons over gedrag en gedragsbeïnvloeding kunnen leren”, aldus besloot de Maatschappij-voorzitter zijn congresrede.

Wetenschappelijk gedeelte

Die zeer deskundige sprekers waren uitgenodigd hun licht te doen schijnen op de vele problematieken rondom het centrale congressthema „Manipulatie van gedrag”, een onderwerp dat — hoewel het in de medische praktijk nog geen duidelijke

gestalte heeft gekregen — volgens de congrescommissie de artsen in de toekomst ongetwijfeld zal dwingen hun standpunt te bepalen. De eerste inleider van het wetenschappelijk gedeelte — dat werd geleid door Prof. Dr. A. Kemp — was Prof. Dr. D. de Wied, gewoon hoogleraar in de farmacologie aan de Rijksuniversiteit Utrecht, die een voordracht hield getiteld „Hypophyse en aangeleerd gedrag”. Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen, gewoon hoogleraar in de electroencephalografie en de klinische neurologie aan de Rijksuniversiteit Utrecht, sprak daarop over „manipulatie van het gedrag van de mens”. In de middagzitting hield Prof. Dr. G. P. Baerends, hoogleraar in de dierkunde aan de Rijksuniversiteit Groningen een inleiding over „Ethologische aanpak van gedrag”, welke inleiding werd ondersteund door fragmenten uit de film „Bij de beesten af” van Bert Haanstra. Tenslotte sprak Prof. Dr. L. W. Nauta, hoogleraar in de wetenschap filosofie en sociale filosofie aan de Rijksuniversiteit Groningen, als laatste inleider over het onderwerp „Manipulatie en maatschappij”. Na uitwerking van de banden waarop alle teksten der voordrachten en van de daarop volgende discussie zijn opgenomen zal in Medisch Contact nog uitvoerig verslag worden uitgebracht over het wetenschappelijk congresgedeelte.

„Kermesse”

Zoals in de aanhef vermeld, werd het 25ste Ledencongres van de K.N.M.G. vrijdagavond ingezet met een feest in de Utrechtse Stadsschouwburg. Daar hebben een vijfhonderdtal feestgangers genoten van een instuifavond, die het motto „Kermesse” had meegekregen. Alle zalen en foyers waren voor deze gelegenheid ter beschikking en ingericht om er een grandioos festijn aan te richten, dat door meningeen tot diep in de nacht werd voortgezet. Zij die er geweest zijn zullen niet licht vergeten wat het betekent dat, zoals werd aangekondigd, het geheel onder leiding stond van „de heer Johan Noordmans, die naast talrijke andere artiesten en orkesten enkele van zijn oude trawanten, o.a. Paul van Wely en het orkest „de Tzigane”, bereid