



Congresrede KNMG-voorzitter Ch. J. Maats

De uitoefening van het medisch beroep en het dilemma van de schaarste

Het eenigst bezwaar tegen het algemeen gebruik van dit uitstekend middel in armen-inrichtingen is de groote duurte daarvan. Het kost in Frankrijk acht duizend franken per kilogram (Frs. 8 per gram). en in Amerika van 50 à 75 cents per grein. Doch mag de kostbaarheid een betelzel zijn bij de Philantropie der negentiende eeuw? De eeuw van tentoonstellingen en geneeskundige congressen? Een enkel medemensch van de krenking zijner edelste vermogens te genezen en terug te geven aan de Maatschappij, aan de samenleving, aan de diep getroffen families, kringen en dierbare betrekkingen, is eene belooning die te veel zegen en geluk medebrengt, om niet door den plichtsbeseffenden arts met geduld, liefde en geestdrift gezocht te worden.

David Ricardo Capriles, Med. Chir. et Art. Obst. Doctor, Korte mededelingen, bestemd voor de tentoonstelling te Amsterdam (Afdeling Koloniale Geneeskunde), over de toepassing van pilocarpine in het Gesticht voor Krankzinnigen op Curaçao, dat thans niet meer een bewaarplaats is voor lijders aan zielziekten. Curaçao, januari 1883.

Capriles, zojuist geciteerd¹, gaf in treffende bewoordingen het spanningsveld aan tussen de individuele arts die naar het beste voor zijn patiënt streeft en de mogelijkheden die hun beiden daartoe worden gegund. Dit door Capriles aangeduide dilemma van het individu in ons beroep is vandaag de dag nog steeds actueel. Het is het schaarsteprobleem waarmee wij in onze beroepsuitoefening steeds vaker worden geconfronteerd. Het betreft niet alleen, of in de eerste plaats, de geneesmiddelenverstrekking en/of de



KNMG-voorzitter Ch. J. Maats:
... ander pragmatisme ...

monopolievorming daarbij dan wel de geestelijke gezondheidszorg, maar met name de gezondheidszorg in haar totaliteit en daarmee onze beroepsuitoefening.

Zoals ik reeds heb betoogd tijdens de 172ste Algemene Vergadering der KNMG van 17 maart jl.² is de overheid haar traditionele rol van voorwaardenschepster aan het uitbreiden. Zij wil richting geven bij de bepaling van wat mag en niet mag, en wil daarbij naar mijn mening heel ver gaan. Het is daarom voor ons meer dan ooit van belang stil te blijven staan bij het huishouden van de Staat, de staathuishoudkunde en de economie als zodanig. Wat zal onze houding daarbij zijn? Immers, de realiteit is dat onze beroepsuitoefening object is geworden van conjunctuur- en economische politiek anderszins. In

zijn jaarverslag over 1976 wees de hoofdinspecteur van de Volksgezondheid erop, dat overal en steeds weer de nadruk wordt gelegd op organisatie en beheer³. Het kiezen, het plannen, het structureren en organiseren in de gezondheidszorg worden voor de overheid steeds belangrijker.

Naar mijn persoonlijke overtuiging is het voor ons artsen noodzakelijk het gilde der economen, in het bijzonder in zijn ambtelijke manifestatie, zorgvuldig gade te slaan. In ons weekblad kunnen wij hun discussie over ons, over ons handelen en over het gebruik van de bedden bijna maandelijks volgen. Al ontbreekt hier veelal een simpele uitleg of een bondige voorstelling van zaken in verstaanbare taal⁴, het is goed dat dit gebeurt. Mede door deze polemieken kwam de vraag bij mij op: wat zijn hun spelregels? hebben zij een gedragscode, vergelijkbaar met de onze?

Economie der dokters

Als leek mij hierin verdiepend, kwam ik tot de ontdekking dat het gaat om een uitermate gecompliceerd vraagstuk. Ik meen de conclusie te mogen trekken, dat de vanzelfsprekendheid van het navolgen van aan de wis- en natuurkunde ontleende methoden en denkwijzen ook in de beoefening der economie ter discussie staat. Eenvoudig gesteld, en misschien te sterk gesimplificeerd, gaat het daarbij – in de woorden van Klant – om de keuze tussen de economie der dokters en de economie der ingenieurs. De economie der (economische) dokters kan men



daarbij zien als de kunst/kunde die bestaat uit het deskundig oplossen van beleidsproblemen, op een wijze die doet denken aan het opnemen van een anamnese, het stellen van een diagnose en prognose en het instellen van een therapie. Niet de wis- en natuurkunde maar de geneeskunde zou daarbij het voorbeeld zijn voor de economen⁵. Dit is overigens niets nieuws; herinneren wij ons uit onze middelbare schooltijd dat een van de 'paradigmabouwers' uit de staathuishoudkunde een arts was: François Quesnay, een hofarts van Lodewijk XV⁶; Quesnay poneerde de gedachte dat er een economische kringloop zou bestaan. Overigens staan we daarin als professie niet alleen: ook bijvoorbeeld onder de theologisch geschoolden vindt men belangrijke 'economische' denkers. Hier is geen afbreuk gedaan aan de betekenis der economie. Evenals in ons vak krijgt de economische dokter te maken met problemen die door geen andere discipline gekend noch nader onderzocht worden, en evenals in ons vak bestaat er geen formele regeling voor. Zoals in ons vak bijvoorbeeld de fysiologie, de biochemie en de farmacologie fragmenten van kennis aandragen voor de oplossing van onze problemen, zo zou men de bijdragen van bijvoorbeeld de geografie, de demografie en de psychologie als deelkennis voor hun probleemoplossing kunnen zien. Dit element ontbreekt in genoemde polemieken. *Niet de vraag of bepaalde statistische methoden wel of niet juist zijn toegepast, maar de vraag of de juiste benaderingswijze en de juiste parameters zijn gekozen komt dan voorop te staan.* Dit opdat de parafraze op de 'homo economicus', in zijn beperkte rationaliteit: 'van alles de prijs kennende maar van niets de waarde', zoveel mogelijk wordt voorkomen en opdat aan de andere kant de schijn der nauwkeurigheid van de rekenwijze der ingenieurs met betrekking tot problemen die ten enenmale veel complexer zijn, vermeden wordt⁷. Misschien zouden wij van een ander pragmatisme dienen uit te gaan

dan ons veelal wordt geëxposeerd.

Planning gezondheidszorg

Zoals gesteld hecht onze overheid voor de besturing van onze sector zeer veel betekenis aan het werk van economen. In de loop der jaren is, voornamelijk in het verlengde van het streven naar kostenbeheersing, in de gezondheidszorg de roep om een planmatige aanpak steeds sterker geworden. Dit uit zich onder meer in een steeds verder uitdijend bestuursapparaat alsmede in een steeds sneller toenemend aantal wetten en voorschriften. Het is verder van belang even stil te staan bij een tweede gilde naast het onze, namelijk dat der planners (op de juristen kom ik later kort terug). Ook hier is de grens niet altijd zuiver te trekken.

Hoevelen van ons zijn niet reeds in dit beroep gegaan? Het is ook mijn eigen tweede stiel. Ook hier zijn divergenties in opvattingen vast te stellen, zoals wij dat bij de economen al zagen. Zo mogelijk is het mechanistische denken hier een nog grotere bedreiging dan bij de economen-niet-planners. Planning voor de gezondheidszorg betreft in de eerste plaats samenwerking tussen mensen, met al hun verlangens, verwachtingen en ambities. Zij heeft betrekking op sociale verbanden. *De reductie van het planningsvraagstuk tot een beddenprobleem, waarbij een bed is geworden tot een ding met vier poten en aan elke poot een prijskaart of een formulier, is een uitermate bedenkelijke zaak.*

Ik zou daarom willen pleiten voor een planning die de nadruk legt op pluriformiteit, diversiteit van menselijke opvattingen en menselijk handelen, het veranderlijke karakter daarvan, en een planning die het streven naar rationeel doelgericht en consistent handelen vooropstelt. Een dergelijke planning voorkomt dat in brede kring, zonder enige kritische beschouwing, onderling strijdige doeleinden worden geaccepteerd⁸. Doeleinden waartoe een steeds minder doorzichtige stelsel van rechtsregels en voorschriften wordt

uitgewerkt; de 4%-norm kan daarvan in zijn uitwerking als een voorbeeld worden beschouwd. In diverse landen, zoals Zweden en Canada, heeft men om gegronde redenen een dergelijke benadering reeds door andere opvattingen vervangen en aangepast, juist onder meer uit efficiency-overwegingen. (De wetenschappelijke grondslagen van genoemde norm zijn overigens moeilijk te achterhalen.)

Indien wij het door Capriles aangeduide dilemma willen blijven oplossen, dan is een andere benadering gewenst. Een benadering die de kern van ons arts-zijn raakt. Het is dan niet de vraag of we de komende jaren ons beddenaantal op 4 op de 1.000 inwoners kunnen houden of zelfs op minder, maar of we voor een ouder wordende bevolking op tijd de beste zorg kunnen en willen blijven verschaffen. Daarbij is niet, en niet in de eerste plaats, de toedeling op grond van bestuurlijke gebiedsindelingen van belang maar bovenal hoe we in de desbetreffende instituten een op kwaliteit en efficiency-verbetering gerichte attitude kunnen aankweken of behouden⁹. We stuiten hier op een bijzonder bestuurlijk probleem, waarop ik later terugkom.

Probleemgebieden

Op ons congres in Leeuwarden zijn de ontwikkelingen en problemen van een vergrijzende bevolking zo treffend toegelicht en uitgebeeld. Het gaat hier niet alleen om meer patiënten, maar ook om meer mogelijkheden voor die patiënten. Ter voorkoming van misverstanden: het gaat hier niet enkel en alleen, of in de eerste plaats, om medische, somatische of psychische problemen. De geriatrische problematiek met haar maatschappelijke dimensie zou wel eens een toetssteen kunnen gaan vormen voor ons functioneren als artsen, te meer daar zij nauw samenhangt met een drietal andere probleemgebieden. Deze zijn:

- de geneeskunde en de groeiende behoefte aan controle;



- de publieke eisen van absolute veiligheid; en
- de vertraagde aanpassing van het normbesef ten aanzien van soms zeer snelle medisch-technologische ontwikkelingen.

Het is ook hier dat het regelen via te veel wetten, Algemene Maatregelen van Bestuur etc. een extra complicatie kan opleveren. Cronkhite formuleerde dit treffend in 'The medical and scientific community and big government': de eerste groep problemen betreft relaties tussen geneeskunde, wetenschap en burgerrechten. Essentieel hierbij is de uitwerking van de inductie van een *dominant vooroordeel*, van de volgende inhoud: 'In de medische en de medisch-wetenschappelijke gemeenschap loopt een aanzienlijk aantal kwaadaardige en onwetende sujetten rond. Mannen en vrouwen, die als men ze niet voortdurend in de gaten houdt alles en iedereen aan hun laars lappen'¹⁰. Deze mening roept een aantal maatregelen op, met de daarbij behorende tegenstellingen, zoals restricties voor klinisch gebonden onderzoek, het idee van 'second opinion' voor electieve chirurgie, 'utilisation review', etc. Zaken die in de VS grote problemen oproepen in de beroepsuitoefening. Terwijl zij veelal op een zeer ideële basis zijn begonnen. Naar mijn mening zijn er in Nederland duidelijke tendenzen tot versnelling van deze ontwikkeling waar te nemen.

Het is goed te zoeken naar de *oorsprong* van deze ontwikkeling. Gaan we voor de afwisseling eens te rade bij de sociologen. Twee, ook voor ons leken gemakkelijk herkenbare oorzaken zijn voor deze ontwikkeling aan te wijzen. De eerste vloeit voort uit onze zelfstandige beroepsuitoefening. Aan de ene kant heeft de geneeskunst zichzelf gepresenteerd als een precieze, alwetende, alles kunnende wetenschap, terwijl aan de andere kant de geneeskunde in haar dagelijkse toepassing in feite – veel meer dan andere ambachten – afhangt van wijsheid, ervaring en vermogen

tot oordelen en zo men wil van magie. Juist de zelfstandige oordeelsvorming, waartoe wij nog altijd uitdrukkelijk worden opgeleid, geeft in deze de meeste problemen. In een technisch georiënteerde maatschappij levert deze oordeelsvorming enorm veel problemen op. In het bijzonder wanneer het gaat om kwesties van leven, dood en kwaliteit van het leven impliceert zij macht en autoriteit, hecht in handen van een elite – een onnipotente, maar in wezen niet exacte discipline¹⁰. Het komt velen voor, dat dit in strijd is met de geest van deze tijd. Men tekent er bezwaar tegen aan of verzet er zich actief tegen. Een tweede maatschappelijk verschijnsel dat – naar Cronkhite – als verklaring van de geschetste ontwikkeling kan worden aangehaald is het gebrek aan vertrouwen dat groepen binnen de maatschappij in het algemeen in elkaar hebben. Wij delen dit met advocaten, pastoors, kruideniers en vele anderen. Voor de eigen dokter gaat dit niet op, althans over hem is men tevreden¹¹. Een eventueel derde punt, de inkomsten, laat ik buiten beschouwing.

Het vermelde vooroordeel tegen artsen en tegen degenen die daarbij als arts wetenschap bedrijven, het beeld van de autonome professie en het wantrouwen van groepen onderling, versterken elkaar. Zij hebben niet alleen maatregelen maar ook een nieuw 'vak' doen ontstaan, dat zich bezighoudt met de *kwaliteitsbeheersing* en de daarbij behorende systemen. Ik meen, dat wij in Nederland op dit punt gelukkig mogen zijn met het Besluit wijziging en normen en algemene voorwaarden voor erkenning ziekenhuizen (17 mei 1978/nr. 105509), directie Verzekering en Kosten Beleid Gezondheidszorg van het departement van Volksgezondheid en milieuhygiëne. In dit besluit is de verantwoordelijkheid voor het gezamenlijk medisch handelen en de kwaliteit daarvan voortreffelijk aangeduid. Wij krijgen er een volwassen rol in toebedeeld. Een soortgelijke regeling voor de 'hospital audit', acht ik een absolute

noodzaak, opdat ook beslissingen in de middelensector – die voor een zeer belangrijk deel medebepalend zijn voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de behandeling – op rationele wijze ter plaatse, in de instituten, kunnen worden getoetst. Hier zullen we planning op het niveau van de instituten meer dan ooit nodig hebben.

Het tweede probleemgebied is dat van de *mythe van de absolute zekerheid*, het risicoloos uitoefenen van het beroep. Een mythe, want het ligt in het wezen van onze beroepsuitoefening besloten dat het maken van fouten nooit kan worden uitgesloten. De beste arts is die arts, die het unieke karakter van ieder van zijn patiënten herkent en ernaar handelt. Dit is een heel belangrijk punt voor de kwaliteitscontrole. Hoezeer wij bij ons handelen ook gebruik maken van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, wij oefenen ons beroep evenzeer uit op basis van ervaring en eigen oordeel – opdat de eindeloze variatie van biologische, sociale en psychologische aspecten van het menselijk individu tot uitdrukking kan komen. Het publieke verlangen naar absolute veiligheid zal, indien het wordt gerealiseerd in strak gereguleerd en geprogrammeerd gedrag en versterking van de interactie mens-machine, in strijd komen met de belangen van de individuele patiënt. De 'law-suit' praktijk is hiervan een dikwijls aangehaald maar daarom niet minder dreigend voorbeeld¹². De hulp van de automatische informatieverwerking, waarbij men veeleer alles vast wil leggen dan dat men steekproefsgewijs te werk wil gaan, is in deze veelal zeer kostbaar. Doeleinden die zuinigheid en een zo groot mogelijke bescherming van de persoonlijke levenssfeer inhouden, staan hier haaks op. Ook tegemoetkomen aan het verlangen zich te verzekeren tegen beroepsaansprakelijkheid is voor verscheidene instellingen in de Verenigde Staten niet meer financieel haalbaar. De derde groep problemen betreft de ontwikkeling van de medische



technologie in relatie met de theologie en ons *waardensysteem*. Het zijn deze problemen die het meest wezenlijk zullen zijn voor onze professie. Enige van de meest controversiële vraagstukken in deze, zowel voor de artsen als voor de wetenschappers onder ons, zijn:

- het recht om waardig, naar eigen keuze te mogen sterven: het euthanasievraagstuk;
- de rechten van kinderen ten opzichte van hun ouders en de rol van de Staat daarbij: denk bijvoorbeeld aan de poliovaccinatie;
- de mogelijkheden tot het vervaardigen van DNA-recombinanten (nu nog primair als een veiligheidsvraagstuk gezien) en het nog verdergaande vooruitzicht op 'genetic engineering'.

Het gaat hier om kwesties die diep ingrijpen in onze geloofsovertuiging of levensbeschouwing. Zij ontleen hun ontstaan aan de mogelijkheden die ons vak door research en ontwikkelingsactiviteiten heeft gekregen. Vanwege diezelfde mogelijkheden staan wij nu voor een van de belangrijkste problemen op het gebied van de geriatrie. De sociale en economische problemen die ontstaan door de mogelijkheid het leven te verlengen hebben eveneens een ethische, levensbeschouwelijke dimensie.

Probleemoplossing: uitdaging of excuus?

Het oplossen van problemen, althans het streven daartoe, kan men enerzijds zien als een uitdaging voor de beleidsvoering en als een noodzaak tot het stimuleren van research en ontwikkelingsactiviteiten in een bepaalde richting en het verwerven van fondsen daartoe. Men kan het anderzijds ook zien als een excuus voor een anti-wetenschappelijke houding, bijvoorbeeld indien men klinisch gebonden research zowel ten behoeve van (of in samenhang met) de

geriatrie als op dat gebied zelf wil afremmen of kappen om tijd te winnen om de lopende problemen op te lossen¹³. Uiteraard kan er ook altijd sprake zijn van een niet uitgesproken economisch beleid. Waar het gaat over tijd winnen blijft de vraag: wiens tijd? De tijd van hen die morgen oud zullen zijn? De tijd van hen die morgen over genoemde problemen zullen beslissen, de adolescenten van nu?

Hier zijn we aangeland bij het thema van vandaag. Ook hier ligt een keuzevraagstuk als door Capriles aangeduid. Wij moeten ook kiezen voor hen die na ons komen. Deze keuze zal bepalend zijn voor de mate waarin wij erin zullen slagen onze kinderen tot volwassenen op te voeden, hen te scholen en op te leiden, hen te leren zich verder te ontwikkelen. De gezonde en/of genezen adolescent moet ook na deze levensfase een toekomst hebben. Het betreft hier een kwaliteitsvraagstuk dat de kern van ons handelen als arts raakt. De kwaliteitsverbetering van onze beroepsuitoefening zal mede afhankelijk zijn van de mogelijkheden die de wetenschappers onder ons zullen blijven krijgen.

Economen, en een enkele maal een jurist, zullen hierin mede de hand hebben. Ik citeer Piekaar, die als 13e stelling in zijn 'Ontwikkeling en toekomst van het wetenschapsbeleid' Lenz citeert: 'Die Finanzminister sind unser Schicksal. Hoffen wir dasz sie nicht unser Verhängnis werden'¹⁴. Het is echter niet alleen en in de eerste plaats een politieke keuze van een minister, maar een stellingname van ons allen; in de formulering van De Somer: 'Er is evenwel de waarde van elk menselijk leven afzonderlijk beschouwd, en de hoop en verwachting van elk individu. Er is nog steeds die onvervreembare plicht van de medicus om iedere individuele patiënt alles te bezorgen wat wetenschap en techniek hem ter beschikking stellen.' En De Somer vervolgt: 'In dit verband sluit ik mij volledig aan bij het volgende citaat van de hartchirurg E. de Bakey: 'Ik weet waarachtig niet wat voldoende technologie in werkelijkheid betekent.

Ik kan alleen zeggen dat wanneer wij omgaan met patiënten en met de familie van patiënten, hun antwoord op een dergelijke vraag ondubbelzinnig is: zoveel technologie als nodig is om de persoon van wie men houdt een normaal leven terug te bezorgen.' Dat is ook ongeveer het enige antwoord dat ik zelf kan geven. Dit komt erop neer, dat men geen beroep moet doen op de medici om bestaande technologische ontwikkelingen in hun gebruik te beperken, tenminste indien deze technische middelen nuttige gegevens kunnen bezorgen voor de diagnose of gunstig zijn voor de therapie. Nog minder kan of mag men het wetenschappelijk onderzoek afremmen dat erop is gericht de geneeskunde een nog betere technologie ter beschikking te stellen.¹⁵

Structurering

Mij rest in dit geheel nog één punt aan te stippen, dat van de structurering. Daarbij denk ik in de eerste plaats aan de wijze waarop macht en bemoeienis worden toebedeeld. Hoe is en wordt er geregeld wat we mogen en niet mogen, en vooral wat we moeten? Het denken hierover wordt evenzeer door keuzemodellen bepaald. Ik wil in dit verband wijzen op het rapport van de LSV-taakgroep relatie bestuur, directie en medische staf¹⁶, dat hierover behartigenswaardige zaken zegt. In datzelfde rapport worden op heldere wijze de relaties tussen kwaliteitsbewaking en 'hospital audit' en de organisator aangegeven. Een van de meest gecompliceerde structuurproblemen die momenteel opduiken is dat van wat met de term 'regionalisatie' wordt aangeduid. Hier komt de complexiteit van de geneeskunde in haar verschillende organisatievormen naar voren. Zoals Schuyt het formuleerde op een Boerhaave-cursus: een ziekenhuis van 500 bedden is al moeilijker te besturen dan een fabriek met 3.000 werknemers¹⁷. Dit fenomeen heeft consequenties op het institutionele niveau, d.w.z. voor regelingen tussen



ziekenhuizen. Is het al moeilijk binnen de instellingen de communicatie over het vak aan de orde te stellen en informatie daaruit in bestuurlijk handelen om te zetten, tussen instellingen is dit des te moeilijker. Bij elke schakel in de keten staflid-staf-directie-bestuur-federatief bestuur-Provinciale Raad-Gedeputeerde Staten treedt meestal een zodanige reductie in de informatie op, dat het probleem uiteindelijk gedenatureerd en verknipt op tafel komt. Het is spijtig te moeten constateren dat in een aantal gevallen geschillen over grenzen en territoria meer het overleg bepalen dan de zorg. Dit is een logisch gevolg van de nadruk die bij de beleidsvoering wordt gelegd op de regionalisatie c.q. gebiedsindeling, in plaats van op de zorg, haar kwaliteit en haar toegankelijkheid. Een dergelijke territoriumstrijd verbindt ons in ethologisch opzicht met het stekelbaarsje. Overigens gaat het hier om een verschijnsel dat genoegzaam bekend is uit de bedrijfshuishoudkunde, als uiting van pseudo-conflict oplossing en het vermijden van onzekerheid¹⁸. In zijn oratie 'De organisatie van organisaties' uit Van Gils zijn twijfel, of de overheid zich in deze wel altijd van de juiste middelen bedient¹⁹. Mijn persoonlijke overtuiging is, dat wij een beroep moeten doen op de wetgever en de hem ondersteunende juristen, wier roeping en ambacht het is ordenend en verordenend op te treden. Zij moeten in een aan complexe en ingrijpende veranderingen onderhevige sector als de onze een vérgaande of nog verder gaande detaillering in wettelijke regels en bestuursmaatregelen en -voorschriften vermijden. Opdat wij als professie niet worden gedwongen onze humane grondslagen te verlaten, of worden uitgelokt tot ongehoorzaamheid dan wel – in het ergste geval – corruptie²⁰.

Een toekomst die onvoldoende mogelijkheden biedt om de huidige wetten uit te werken en uit te voeren, een toekomst welke wanorde, chaos en wildgroei brengt, biedt het

voorzicht van een uitholling van de democratie, van de rechten van het individu. Kind, adolescent, volwassene en bejaarde hebben gelijke rechten op een zo goed mogelijke behandeling, op een menselijke bejegening en op een menswaardig sterven. Om die reden wordt een deel van de problemen van onze patiënten in Houston, Londen en Genève opgelost.

Ten einde als professie zin en inhoud aan de beroepsuitoefening te kunnen blijven geven, is het noodzakelijk te blijven streven naar het oplossen van het door Capriles aangeduide dilemma. Dat is bij de huidige maatschappelijke ontwikkelingen geen sinecure. Daarvoor is een waarlijk wetenschappelijke, dus kritische, instelling noodzakelijk. Dit geldt niet alleen voor de beroepsuitoefening, maar ook voor het besturen, het plannen en het huishouden in de gezondheidszorg. Daarom zal onze houding zowel ten opzichte van die ziekenhuizen en instituten waar onderzoek en ontwikkelingsactiviteiten plaatsvinden als ten opzichte van de personen die daarmee bezig zijn, van doorslaggevend betekenis zijn voor de kwaliteit van ons werk en daarmee voor de kwaliteit van de gezondheidszorg. 'Research is a lifeline of medicine', schreef Arthur Kornberg²¹, en hij heeft gelijk (en dat kon ook wel eens slaan op de economie en de sociologie). Met de wens dat dit ook deze dagen zal blijken verklaar ik dit congres voor geopend.

Literatuur

1. Dr. G. E. van Zanen, David Ricardo Capriles, Student Geneesheer Schrijver, Curaçao 1837-1902. Assen, 1969, p. 125 e.v.
2. Ch. J. Maats, Rede 172ste Algemene Vergadering der KNMG (1978). Medisch Contact nr. 14/1978, p. 425 e.v.
3. Jaarverslag 1976 Geneeskundig Hoofdinspecteur Staatstoezicht op de Volksgezondheid (Verslagen Adviezen Rapporten 46). Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Den Haag, 1977, p. 2.

4. Dr. H. W. A. Sanders, Veranderend oordeel over geneeskunde en medische professie; kritiek en reactie (1977). Medisch Contact nr. 40/1977, p. 1247 (analogie).
5. Dr. J. J. Klant, Spelregels voor economen. Leiden, 1972, p. 169 e.v.
6. Emile James, Histoire sommaire de la Pensée Economique (3e éd.). Ed. Monchiestien, Paris, 1965, p. 65 e.v.
7. Norbert Wiener, God mens en machine Universitaire Pers Rotterdam, 1966, p. 113 e.v.
8. Henrik L. Blum, Planning for Health; Development and Application of Social Change Theory. Human Sciences Press, New York, 1974, p. 70.
9. L. P. de Jong (1976), De doelmatigheid van de gezondheidsdienstverlening, internationaal gezien (boekbespreking). Het Ziekenhuis, jrg. 6 nr. 1, p. 22.
10. Leonard W. Cronkhite Jr., M.D., The Medical and Scientific Community and Big Government (Chairman's Address). Journal of Medical Education, Vol. 52, January 1977, p. 19 e.v.
11. Dr. Ewout Th. Cassee, Naar de dokter. Boom, Meppel, 1973.
12. David G. Rubsamen, Medical Malpractice. Scientific August 1976, Vol 235 Nr. 2, p. 18 e.v.
13. Robert N. Butler, Why survive?; Being old in America. New York, 1971, p. 356 – The Gift of Life.
14. Dr. A. J. Piekaar, Ontwikkeling en toekomst van het wetenschapsbeleid. Universiteit en Hogeschool, jrg. 23 nr. 4, p. 196 e.v.
15. P. De Somer, Beheersing van de Medische Technologie; Visie van de Medicus. Acta Hospitalia, Vol. XVII Nr. 4, Winter 1977, p. 330 e.v.
16. Rapport van de taakgroep relatie Bestuur, Directie en Medische Staf. LSV, Utrecht, 1976.
17. C. J. M. Schuyt, Professional autonomy and social change (voordracht Boerhaave-cursus 'Regionalisatie'). Leiden, 26 november 1976.
18. Richard M. Cyert & James G. March, A Behavioural Theory of the Firm. New Jersey, 1965.
19. Dr. M. R. van Gils, De Organisatie van organisaties; aspecten van interorganisatiele samenwerking (rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar aan de RU te Groningen). Groningen, 18 oktober 1977.
20. Alvin Toffler, The Future of Law Order. Encounter.
21. Arthur Kornberg, Research the lifeline of Medicine (special article). New England Journal of Medicine, May 27, 1976.