Herinneringen

Dr C.C. Leibbrandt

uit het beroep en daarbuiten

- Februari 2018

- 2e versie 2020, met illustraties

Autobiografie
Leibbrandt, Cornelis Christian
Geboren 20 oktober 1935 te Groesbeek.

Verantwoording februari 2018:

Er zijn veel informatieve autobiografieën, maar deze autobiografie zal nauwelijks of in het geheel geen lezers trekken. Toch ben ik er aan begonnen omdat ik door het geheugenverlies van Loes wel erg geconfronteerd werd met de ellende van geheugenverlies.
Onze actieradius is door de leeftijd flink teruggelopen. Wij hebben in de bijna 23 jaar van ons huwelijk samen allerlei fantastische dingen kunnen doen en beleven. Ik had altijd gedacht dat die herinneringen ons leven op oudere leeftijd zouden verrijken, maar dat blijkt dus in het geval van Loes niet zo geweest te zijn. Dat kan mij ook overkomen. Daarom ben aan het project van een autobiografie begonnen. Dan blijft het voor mijzelf hopelijk nog wat toegankelijk.

- Februari 2018
- 2e versie 2020, met illustraties

Cees Leibbrandt
Graadt van Roggenstraat 33
6522 AW Nijmegen
tel: 024-360.7236
cc@leibbrandt.net

Dit boekje is opgedragen aan mijn beide echtgenotes.
Zij hebben mij zoveel gegeven in zo heel verschillende levensfases, zowel van hun als van mijn leven.
Ik heb ze beiden gemist en ik mis ze nog steeds.
Helaas, het heeft niet anders mogen zijn.
Els en Loes, rust in vrede.
De kinderen en ikzelf zijn jullie dankbaar.

Herinneringen

Dr C.C. Leibbrandt, geb. 20 oktober 1935 in Groesbeek
Keel- Neus-Oorarts in Utrecht en Amersfoort

Ouders: Leibbrandt, Christian Wilhelm (1906-1994) , gehuwd met
Cornelia Jacomina Bovenkerk (1906-1989)

Index:

1e decennium, 1935-1945 4
Vroege jeugd, lagere school, verhuizingen, oorlog
2e decennium, 1945-1956 13
Naoorlogse periode, middelbare school, eerste jaren universiteit
3e decennium, 1956-1965 22
Tweede helft medische studie, Els Nikkels, huwelijk, militaire dienst, fysiologie, promotie, begin specialisatie KNO
4e decennium, 1965-1973 34
Mijn fulltime jaren in de Utrechtse KNO-Kliniek, Gezinsuitbreiding
5e decennium, 1973-1985 43
Praktijk in Amersfoort, part time in Utrecht, LSV
6e decennium, 1985-1995 50
Ziekte van Els, ikzelf part time in Utrecht tot eind 1988
Praktijk in Amersfoort, vertegenwoordiger in externe organisaties
Overlijden van Els maart 1995
1982-1990 Het Cochlear Implant project, eerste jaren 58
Huizing- Leibbrandt
7e decennium, 1995-2005 63
Afscheid van de praktijk eind 1995
Huwelijk met Loes oktober 1996
Brusselse jaren 1986-2002
Epiloog 68
1986-2002, History of the UEMS-EACCME®, personal notes 70
secretary-general 1999-2002
Curriculum vitae (2016) 78
Lijst van afkortingen 79

#

1e decennium, 1935-1945

Vroege jeugd, lagere school, verhuizingen, oorlog

De eerste jaren

Geboren ben ik in 1935 in Groesbeek – of all places. Mijn ouders stammen beiden uit door en door Amsterdamse families, maar mijn vader startte in 1933 na het behalen van zijn artsdiploma een huisartsen praktijk in Groesbeek, Molenweg 24. Deze was gekoppeld aan de medische basisverzorging van de cliënten van de ‘’Stichting Praktische Hulp (PH)’’ aldaar, een Protestants-Christelijke instelling met een aantal tehuizen voor geestelijk minder bedeelden. Thans maken deze deel uit van de zorginstellingen Pluryn.

Het Protestants kerkje uit eind 15e eeuw, waarin ik gedoopt werd. Het vroeger twee maal verwoeste middendeel is in 1798 en wederom in 1953 na de tweede wereldoorlog her-bouwd. Groesbeek lag toen in 1944-1945 in de frontlijn.

In 1939 is mijn vader begonnen aan zijn specialisatie in de psychiatrie in Amersfoort (Zon en Schild) en Utrecht, en er volgden meerdere verhuizingen. Contact met Groesbeek is wel blijven bestaan. Mijn ouders waren bevriend met de directeur van de PH, Hennie Smit en zijn echtgenote Ank. In de jaren 50 heb ikzelf ook veel contact gehad met de familie Smit en speciaal met de jongere generatie. Na mijn artsexamen in 1960 heb ik ook regelmatig waargenomen in de praktijk van dokter Kippersluis, de opvolger van mijn vader als huisarts in Groesbeek. Vooral daardoor kreeg ik een meer dan oppervlakkige bekendheid met het Groesbeek van die tijd. Maar dat was veel later. Uit de tijd tot 1939 in Groesbeek heb ik uiteraard geen herinneringen.

Mijn eerste herinnering stamt van 10 mei 1940. We woonden toen in Soesterberg, Amersfoortsestraat 128. Mijn vader haalde

mij uit bed om naar de lucht te kijken. Die was vol Duitse vliegtuigen. Waarschijnlijk waren dat de Duitse parachutisten op weg naar Ypenburg, Ze zijn daar geland met de opdracht de koningin als gijzelaar gevangen te nemen. Het Nederlandse leger had toen 5 tanks, maar die stonden alle bij den Haag (er was een lek in de Duitse ‘’Oberste Heeresleitung’’ naar de Nederlandse militaire attaché in Berlijn). De elite-Duitsers werden in de pan gehakt en gevangen genomen. Ze zijn toen als krijgsgevangenen naar Engeland overgebracht. Ook de koninklijke familie en de voltallige ministerraad is tijdig naar Engeland uitgeweken.

Het bombardement op Rotterdam was later, op 14 mei. Een andere vergelijkbare herinnering is van 17 september 1944. Toen was de lucht weer vol vliegtuigen, ditmaal Engelse, op weg naar Arnhem met de Engelse Airborne-divisie, die daar die dag geland is.

De verdere herinneringen uit die tijd zijn getekend door de oorlog. Vanaf 1940 werd het vliegveld Soesterberg gebruikt door de Luftwaffe om Engeland ter bombarderen. De bommen voorraad lag wijd en zijd verspreid in de omgeving, tot binnen zicht van mijzelf vanuit de achtertuin van een collega van mijn vader. De meeste lagen echter op de Leusderheide. De zomers waren heet en droog. Het terrein werd goed bewaakt, maar het gelukte de ondergrondse op 18 april 1941 wel een heidebrand te veroorzaken buiten het bewaakte gebied op een uitgerekende plaats, rekening houdend met de sterke wind op die dag. Gedurende die dag is de helft van de voorraad bommen ontploft. Dat was heftig. De gehele buurt inclusief de patiënten in Zon en Schild moesten zoveel mogelijk te voet naar Amersfoort Stad geëvacueerd worden, onder meer naar de markthal.

Bij vertrek waren er al heel wat ruiten gesneuveld. Duitse soldaten meldden dat de zware bommen nog niet ontploft waren. Bij terugkomst was ons huis een janboel. Maar het was intact en glas was toen nog wel voorradig, zodat we dit evenement goed doorgekomen zijn.

Een andere herinnering betrof mijn katje, dat onder mijn ogen achter ons huis werd doodgebeten door de hond van de buren.
Minder heftig, maar achteraf gezien veel dramatischer was het vakantiepark in het gebied in Soesterberg achter ons huis. Daar was het een komen en gaan van allerlei mensen met ook veel kinderen van mijn leeftijd, waar ik veel contact mee had. Achteraf heb ik begrepen dat dit Joodse onderduikers waren. Ik vraag me nog af wie van hen de holocaust heeft overleefd.

School in oorlogstijd-Utrecht

In 1941 zijn wij naar Utrecht verhuisd i.v.m. de opleiding van mijn vader. We kwamen te wonen op een benedenetage Mauritsstraat 2, aan het plein Oudwijk, schuin tegenover de woning waar Mussert, het opperhoofd van de NSB (Nationaal Socialistische Beweging), woonde. Er was continu bewaking en ook veel komen en gaan van de Duitse Grüne Polizei en andere Duitse dignitarissen. Dat zag er voor ons onheilspellend uit. Pas veel later heb begrepen dat we dat wij daar in Oudwijk zo onder de neus van de Duitsers heel veilig waren. Dit na lezing van de activiteiten van de in 1940 afgetreden loco-burgemeester van Utrecht Marie Anne Tellegen (alias Dr Max), het coördinerend hoofd van het Verzet in de provincie Utrecht. Zij woonde zelf op Maliebaan 72, terwijl de Duitse Sicherheits Dienst op nr 74 zijn hoofdkantoor had.

De Maliebaan was vrijwel geheel door Duitse of NSB instanties in gebruik genomen. Er was verder ook een Nederlands garagebedrijf op de Maliebaan, dat de automobielen van de Duitse hoogwaardigheidsbekleders in onderhoud had. In de kelder van dit bedrijf werd het illegale

nieuwsblad van het Utrechtse verzet gedrukt. De Maliebaan in oorlogstijd met al die hakenkruisvlaggen herinner ik me overigens nog heel goed. De bisschop van Utrecht had er ook zijn domicilie. In zijn kluis had hij de sleutels waarmede de identiteit van Joodse kinderen, die van een andere naam en persoonsbewijs voorzien waren, weer herleid kon worden tot de oorspronkelijke identiteit. Die kinderen werden vlak bij de woning van Mussert (“Kindjeshaven’’, Prins Hendriklaan 4) opgevangen door enkele studenten (Truitje van Lier e.a), die als dekmantel een kinderopvanghuis exploiteerden (gedeeltelijk met Duits geld) voor kinderen van Duitse militairen, die te nauwe contacten met Nederlandse vrouwen gehad hadden. Deze details komen uit het boek ‘’Utrecht in Verzet” van mevr. T.Spaans-van der Bijl, Stichting de Plantage (1995 en) 2005.
Artsen werden ondanks openlijk verzet veelal ongemoeid gelaten. De Duitsers waren benauwd voor epidemieën, en ze lieten de Nederlandse gezondheidszorg redelijk met rust. Het bestuur van de Maatschappij voor Geneeskunst was over-genomen door de NSB, waarna 75% van de artsen zijn lidmaatschap opzegde. Daarmee verloren ze ook hun wettelijke bevoegdheid als arts. Dit werd duidelijk gemaakt door het woord ‘’arts’’ op het naambord aan de straat met pleister te bedekken. Ik herinner mij dat nog. Mijn vader zal me er wel op gewezen hebben. Toch waren er af en toe weer razzia’s of werden er gijzelaars opgepakt uit de gezondheidszorg. Meestal was dat van te voren bekend en was mijn vader een paar dagen ‘’niet thuis’’. Hij is nooit opgepakt. Hij sprak ook goed Duits en is contact met Duitsers nooit uit de weg gegaan.
Ik ging nu ook naar school. I.v.m. mijn verjaardag in oktober werd ik al op 5-jarige leeftijd in een particulier klasje vlakbij klaargestoomd voor de 2e klas (thans heet dat 4e groep). De winter 1941-42 was koud en ik herinner me nog dat ik bij het lopen door een sneeuwvrij pad richting school niet over de sneeuwbergen links en recht heen kon kijken. Na dat eerste jaar ging ik in 1942 naar een echte school voor de 2e klas. Die school had een prachtig gebouw aan de Maliebaan, maar dat was door de bezetters in gebruik genomen. Dat kwam veel voor. De oplossing dan was dat we als gast in een ander

schoolgebouw in de morgenuren les kregen, en dat er in de middag les was voor de leerlingen van de oorspronkelijke school.

Geboorte Hans, verhuizing naar Amersfoort

1943 was een bijzonder jaar voor ons. Toen werd in juni mijn broertje Hans geboren. Dat was een geweldige gebeurtenis. Voor mijn ouders moet dat een zorgelijke situatie geweest zijn met toen al forse beperkingen in de voedsel distributie en toenemend moeilijke levensomstandigheden. Ook waren er andere dreigingen. Ik herinner me nog op sommige huizen een aanplakbiljet: ‘’Difterie’’. Ik wist toen al dat dit een gevaarlijke ziekte was. Er zijn veel kinderen door omgekomen.
Later in dat jaar 1943 volgde verhuizing naar Amersfoort, waar we een grote thans onder monumentenzorg staande woning uit jaren 30 op het terrein van Zon en Schild betrokken (Utrechtseweg 288). Het was er wel koud. Een groot deel van de waterleiding van het huis moest er in de winter worden afgetapt. Ik ging toen naar de 3e klas van de school van de Evangelische Broedergemeente van de Hernhutters, vlak bij het slot Zeist. We kregen daar zelfs een schoolmaaltijd: aardappel-schillensoep. Ik ging naar die school met de toen nog rijdende tram Amersfoort-Zeist. Een opwindende dag was 6 juni 1944. Als leerlingen merkten we dat er iets gaande was. De staf van de school was opgewonden en voortdurend onderling in discussie. Wij merkten al snel dat de opwinding allerminst de leerlingen gold. Na enige tijd werden wij ook ingewijd. De boodschap was: de Amerikanen komen! Het was D-day, de dag van de invasie in Normandië. Wisten wij wat Amerikanen waren, en nog minder Normandië. Maar het was goed nieuws.
Thuis kreeg ik uitleg. Mijn vader had op zolder een grote kaart van Europa opgehangen, waarop hij met gekleurde speldjes de posities van de Duitsers bijhield, met hun terugtocht uit Rusland en Noord-Afrika in 1943. Nu dus ook Frankrijk. De praktische consequentie was dat er vanaf zomer 1944 veel meer Duitse militaire activiteit in Nederland was. Nederland was voor de Duitsers een etappe gebied geworden. Er werden meer gebouwen gevorderd, ook van Zon en Schild, maar het grote

verschil was dat de Royal Air Force nu ook belangstelling voor het gebeuren in Nederland had. Wij woonden aan de Utrechtseweg, die een onderdeel was van een belangrijke verbinding van de randstad naar Twente en Duitsland. Op die weg was veel verkeer. Het betrof Nederlanders die met allerlei primitieve vervoermiddelen vanuit de hongerende randstad naar Oost Nederland trokken, om daar voedsel te bemachtigen. Daar tussendoor was er Duits militair verkeer. Het gevolg was dat al het gemotoriseerde verkeer op die weg overdag vogelvrij was voor de Engelse jachtvliegtuigen. Zo werd ook de tram beschoten. Ik zat er niet in, maar mijn ouders hebben mij toen toch maar verder thuis gehouden. De 4e klas heb ik dus gemist.
Ik meen me te herinneren dat ik nog enig privé bijles heb gehad.
Veel kan dat niet geweest zijn, want vanaf de luchtlandingen bij Arnhem op 17 september 1944 lag het front niet ver meer weg. Dat gaf ook bij ons bombardementen en beschietingen. In die tijd is er ook een V1 of V2 op het terrein van Zon en Schild gevallen, gelukkig ver weg van bebouwing. Ik was er als één van de eersten bij, en ik heb nog wat brokstukken zien liggen. Ook was er een heel stuk bos verdwenen.

1945, in de frontlijn

Om ons tegen beschietingen te beschermen, gingen we in de kelder, en wanneer je ergens buiten onderweg was moest je in een ‘’schuttersputje’’ duiken. Die waren ruim voorhanden, maar wel op diepte voor volwassenen. Dat was dus wel een uitdaging voor een kind van 8 jaar. Maar ik heb er les in gekregen, vooral in het er weer uit komen, en dat heb ik daarna ook meerdere

malen in praktijk moeten brengen. Eén keer hebben we een mitrailleursalvo van een vliegtuig dwars door ons huis heen gekregen. We waren juist op weg naar de kelder toen dat gebeurde. De kogels kwamen echter aan de andere kant het huis binnen. We hebben dus geluk gehad, temeer omdat onze garage, die achter in de tuin stond, ook niet geraakt was. In die garage hadden de Duitsers een munitie depot gevestigd, met permanente bewaking. De grootste schade was één van mijn klompen, die een voltreffer gekregen had. Ik heb de kogel nog! Dat was dramatisch; schoenen had ik niet meer en de klomp was total loss. Hoe mijn ouders dat opgelost hebben, kan ik me niet meer herinneren.
De situatie werd steeds benarder. Voedsel was echt heel krap, en dat met de zorg voor een kind van nog geen twee jaar! Vader trok er regelmatig per fiets op uit om in het boerenland tegen ruiling van textiel nog wat eetbaars te pakken te krijgen. Altijd was er de angst dat de fiets afgepakt zou worden door Duitse soldaten. Als dokter had hij een ‘’Schein’’ die dat moest verhinderen, maar daar hadden Duitse soldaten vaak lak aan. Maar het is goed gegaan.
We hadden ook meerdere militairen ingekwartierd. Ik herinner me nog Hauptmann Hahn (ja, ik weet zijn naam nog), en hoe die gekleed in laarzen, onderbroek en pistoolmitrailleur door ons huis marcheerde. Zijn Bursche (militair hulpje; dat hadden Duitse officieren) was minder fanatiek en zocht naar een mogelijkheid zich krijgsgevangen te laten maken.
Vroeg in het voorjaar 1945 was het Engelse leger onder Montgommery tussen Emmerich en Wesel de Rijn over-gestoken. Van daar uit boog het Canadese leger (general Crerar) af naar het westen. Bij Groningen is toen nog slag geleverd. Uiteindelijk stopte de opmars van de Canadezen door Twente en de Veluwe vlak voor Amersfoort. De oorlog liep ten einde. Bij Achterveld zijn er toen onderhandelingen gevoerd over de voedselhulp per vliegtuig aan de hongerende randstad. Dat is zelfs voor de capitulatie nog geëffectueerd. Die laatste tijd schoot de Duitse artillerie nog wel op de Canadezen ten Oosten van Amersfoort. Die Duitse artillerie stond bij ons in de buurt, en de Canadezen schoten terug! Maar ze konden goed

richten, want er is bij ons in de onmiddellijke omgeving geen granaat gevallen.

Bevrijding, 5 mei 1945

Eindelijk was het toen 5 mei 1945, de capitulatie. De Duitsers hadden in de voorafgaande dagen nog over kilometers de bomen aan de Utrechtseweg omgekapt. Een Canadese bulldozer had daar echter geen moeite mee, en onze bevrijders trokken binnen. Het gros van de Canadezen trok door, richting Utrecht en Amsterdam, maar er bleef een flink contingent bij ons in de buurt achter om de Duitse militairen uit het frontgebied gevangen te nemen.

Ik heb er bij gestaan toen die – nu met handkracht en onder gewapende bewaking – de omgezaagde bomen klein moesten maken en opruimen. Dat was een prachtig gezicht. We hadden veel contact met de Canadezen. Ik herinner me nog een militair-arts, die bij ons regelmatig over de vloer kwam. Helaas was mijn Engels toen nog nul, maar dat werd wel mijn eerste prioriteit later op de middelbare school.

De Canadezen waren voorlopig nog druk met het ontwapenen en gevangen nemen van de Duitsers en het onschadelijk maken van het wapentuig. Uiteindelijk hebben de Canadezen hun uitrusting in Nederland achtergelaten als cadeautje voor de Nederlandse Staat. Vooral de voertuigen waren een uitkomst voor ons leeggeplunderde land. Maar ook veel kleiner spul werd zomaar achtergelaten. Dat ben ik dan ook gaan verzamelen. Dat was erg nuttig, zoals patroontassen, gereedschappen, verbindingsmateriaal. De kabels heb ik later gebruikt als antenne voor mijn zelf gebouwde radiootje.

Dat achterlaten van spullen was geen vergissing. Het was opzet. De geallieerde soldaten wilden zo snel mogelijk weer naar huis, waar demobilisatie wachtte. Maar er waren enkele miljoenen soldaten, en dat ging niet zo snel. De Engelse Queen Mary (bouwjaar 1936, max.snelheid rond 50 km/uur), die ze ook heen had gebracht, transporteerde toen per overtocht 15.000 man, maar wel alleen met een minimum aan persoonlijke bagage.

Queen Mary, war time

De slaapplaatsen aan boord werden om beurten gebruikt, 3x per etmaal. Gegeten werd er rond de klok. Diezelfde Queen Mary ligt sinds 1967 permanent als hotel en als historisch monument aan de kade in Long Beach, Los Angeles USA. Ik heb hem daar (rond 1970) nog zien liggen.
Hij was toen uiteraard weer geheel teruggebracht in de vooroorlogse livrei van de Cunard Line. Maar varen kon hij niet meer.

#

2e decennium, 1945-1956

Naoorlogse periode, middelbare school, eerste jaren Universiteit Utrecht

Opbouw

Ja, de bevrijding op 5 mei 1945 was feest. Maar daarna moest er aangepakt worden. Het land lag in puin. De helft van de grotere bruggen was opgeblazen, treinverkeer was aanvankelijk niet mogelijk. Zelfs na de meest nodige reparaties lukte het nog niet en was het wachten op terugkeer van wat er over was van het door de Duitsers geroofde materieel. De Amerikanen hadden dat voorzien en brachten via Normandië eigen (stoom)locomotieven mee. Die waren gebruikt voor militair transport, maar kwamen nu deels vrij. Dat gaf ruimte, ook al omdat er Nederlands materieel van elders in Europa weer terugkwam.
De bruggen was een ander probleem. Er is nog geruime tijd geen treinverkeer tussen Noord en Zuid Nederland mogelijk geweest. Ik herinner me nog dat ons gezin op enig moment onze vrienden in Groesbeek ging bezoeken. Dat ging een stukje per trein, een stukje per bus (omgebouwde vrachtwagen) en per pont. Dat zal bij Arnhem geweest zijn. Het huis van onze vrienden (Panoramaberg 5) stond overeind, maar was uitgewoond. De bevolking van Groesbeek was geëvacueerd geweest en het huis had in de frontlijn gelegen. Eén van hun kinderen was omgekomen bij een V1 explosie ergens in Noord-Brabant.

Voedsel en textiel bleven schaars. Deze bleven onder de distributie vallen, met een heel gedoe met bonkaarten. Dat heeft nog jaren geduurd.
Het heeft ook enkele jaren geduurd voor er weer een goed functionerend openbaar vervoer was in het land. Rond 1947 kwamen er weer echte bussen, gebouwd in Nederland door Werkspoor, Allan (Waddinxveen) e.a. op een Crossley chassis+motor. De Nederlandse regering in ballingschap in

Londen had deze kort voor het einde van de oorlog al bij Crossley in Engeland besteld.

Er zijn er bijna 1000 gebouwd. Die bussen hebben jarenlang het beeld van het openbaar vervoer in Nederland beheerst. In 1949 werd de tram van Amersfoort naar Zeist en Rhenen evenals de tram van Zeist naar Utrecht opgeheven en vervangen door deze bussen. De chauffeurs moesten sterke armen hebben; de bussen hadden geen stuurbekrachtiging!
In die jaren ben ik ook verwoed gaan knutselen. Van mijn grootvader Bovenkerk had ik een figuurzaag gekregen. Instructie kreeg ik verder niet, maar ik ben direct aan de slag gegaan. Het lukte echter voor geen meter. Na enige tijd kwam grootvader weer langs, en die heeft nog eens goed gekeken hoe ik dat deed. Het bleek dat ik stelselmatig het zaagje verkeerd om in de beugel bevestigde. Daarna ging het geweldig met de modelbouw. Ik heb nog een zelf gemaakt model bewaard uit de vijftiger-jaren schaal HO van genoemde autobus, maar ook van treinen en bussen in binnen- en buitenland uit die tijd.

Weer naar school

In september 1945 ging ik weer naar school, nu naar de 5^{e} klas in een school in het Leusderkwartier in Amersfoort. Het was 5 km van huis en er was geen openbaar vervoer en helemaal geen fiets. Dat was dus iedere dag 2x een uur lopen met een pakje boterhammen op zak. Het went, maar bij slecht weer en in de winter was het wel zwaar. De tram naar Amersfoort is pas later weer gaan rijden toen de trams teruggehaald waren uit Duitsland (uit een stad in het Ruhrgebied). In 1947 ging ik naar het van Oldenbarnevelt gymnasium aan de B.W. laan in Amersfoort, vlak bij het station. Ik kreeg toen een abonnement

op de tram en later in 1949 op de bus. De bus was sneller en reed ook vaker per uur.

Een fiets kreeg ik pas een paar jaar later. Het was een oud beestje, volwassen maat. Fietsen kon ik nog niet; ik moest me er maar mee redden. Dat heb ik dus gedaan met vallen en opstaan.
Die school ben ik zonder doublures doorgekomen, maar het was kantje-boord, telkens op Grieks en Latijn, ondanks taken en bijles in de zomervakanties. Het gevolg was dat ik ook in de exacte vakken maar matig scoorde, domweg omdat ik al mijn huiswerktijd aan Grieks en Latijn besteedde, en geen tijd overhield voor de ß-vakken.
Geschiedenis vond ik geweldig. Ik was dan ook erg geïnteresseerd in de complete verhalen in die klassieke teksten, maar je las bij de lessen nooit meer dan een enkel hoofdstuk. Het werd met klem afgeraden om Nederlandse vertalingen te lezen. Die waren ook niet verkrijgbaar, maar ik heb me toen voor een paar kwartjes pockets met Engelse vertalingen aangeschaft. Die waren toen ruim voorhanden, waarschijnlijk ter beschikking gesteld door Amerikaanse uitgevers in het kader van de Marshall hulp. Die kon ik toen al goed lezen en die gaven me de context van de lesstof. Toen dat uitkwam, gaf dat flinke opschudding, zowel bij de leraar als in de klas.
Iets dergelijks heb ik ook in de Nederlandse les gehad. We hadden daar spreekbeurten, bij voorkeur over een literair onderwerp. Ik had het echter over Jan Swammerdam, een eminente Nederlandse onderzoeker uit de 17^{e} eeuw op het gebied van de biologie. Hij heeft in extenso de bacteriën onderzocht die Antonie van Leeuwenhoek het eerst gezien had. Die spreekbeurt viel wel goed, totdat ik moest opbiechten dat het verhaal op een Amerikaanse pocket berustte. Dat was natuurlijk een ernstig minpunt. Ik heb me vervolgens gerevancheerd door een opstel te schrijven over het opgegeven onderwerp ‘’het mooiste boek dat ik ooit gelezen heb’’. Dat heb ik gedaan, ditmaal over een Nederlands boek, en wel over het spoorboekje. Van toen af stond ik definitief te boek als een

cultuur barbaar. Op mijn eindexamen heb ik toch nog een 7⅓ voor Nederlands weten te scoren.
Natuurkunde-scheikunde-biologie had ik stelselmatig verwaarloosd. Zonder er tijd aan te besteden ging het toch wel goed. In de aanloop naar het eindexamen ben ik daar toch wat ingedoken. Het resultaat was een 8⅓. Later na de uitslag vroeg de natuurkundeleraar me eens langs te komen. Hij vroeg toen hoe het kwam, dat ik nu ineens zulke goede cijfers had voor deze vakken. Het antwoord was simpel: Grieks en Latijn. Daar had ik ondanks al mijn zwoegen een 5½ voor, maar net voldoende voor het einddiploma.
Maar er was een donkere kant aan het gymnasium. We kregen te weinig fysica en wiskunde, helemaal geen statistiek en ook geen organische chemie. Bij de oriëntatie dagen in Delft en in de Medische Faculteit in Utrecht zag ik al direct, dat dit in beide studierichtingen het eerste jaar een forse opgave zou worden. Biologie en Geneeskunde hadden altijd al mijn aandacht, en zo is het Geneeskunde geworden, aan de Universiteit van Utrecht.

1953
Dit jaar begon slecht. Een Noord-Wester storm tezamen met springtij en achterstallig onderhoud van de dijken door de oorlog veroorzaakten in de nacht van 31 jan./1 febr. grote overstromingen in Zeeland, Zuid-Holland en Noord-Brabant.

Er waren ruim 1800 doden. Tallozen werden geëvacueerd uit de ondergelopen gebieden. De berichtgeving was toen heel beperkt, maar ik herinner me de watersnood nog heel goed. Later in die week heb ik met mijn klas nog geholpen met inzameling van dekens en kleding voor de evacuees. Die ramp heeft Nederland weer verder op achterstand gezet, hoewel er nu van alle kanten internationale hulp kwam.

Er werd wel gezegd dat de afsluitdijk, voltooid in 1932, toen in één nacht zijn aanlegkosten in veelvoud heeft terugverdiend.

Eerste jaars student

In 1953 begon ook mijn universitaire studie. Die begon met de groentijd bij het USC (Utrechts Studenten Corps). Dat was niet echt aangenaam, vooral de massa bijeenkomsten, maar ik ben er heelhuids doorgekomen.
In de kleine subclubjes, zoals de jaarclub, had je er het meeste aan. Zo was ik in 1956 lid van de Technische Commissie van het lustrum in dat jaar.

Dat ging vooral om de attributen voor de Xerxes maskerade. In de maskerade ben ik ook meegereden op een ‘’heuse’’ Perzische strijdwagen. Deze was uitgerust met reserve-onderdelen en een gereedschapskist voor spoedreparaties bij andere elementen van de stoet tijdens de optocht. Ik heb toen onderweg ook wel wat te doen gehad. Hierboven een foto tijdens de maskerade.
Het eerste jaar werd afgesloten door het propedeutische examen in 1954. Dat was een zeef en dus pittig. Ik had mijn achterstand in de chemie ingehaald en heb het examen met gemak gehaald, nog voor de zomervakantie. Ook het grote struikelblok voor velen, de medische fysica, ging goed. Dat heeft zich later in de studie herhaald.

In de zomer 1954 ben ik met een bus naar Oostenrijk gegaan, om me daar bij de Groesbeekse familie Smit te voegen, die op vakantie was in Lofer in het Salzburgerland. Ik heb daarna van de gelegenheid gebruik gemaakt om Wenen te bezoeken.

Wenen lag in de Russische zone, maar het centrum zelf stond onder bestuur van de 4 geallieerden. Er waren niet, zoals in Berlijn, grensbarricades tussen de zones. Ik logeerde in de Russische zone in het Rudolfinum, een Studentenheim in de Mayerhofgasse.

Vroeg in de ochtend marcheerden daar Russische soldaten door de straat. In de stad heerste nog de sfeer, die in de film ‘’The Third Man’’ met Orson Welles (1949) wat overdreven maar wel treffend getekend werd. Het was beangstigend; de stad zelf was kleurloos (net als de film) en de Russen waren bedreigend. We zaten in de koude oorlog. We hadden de Berlijnse blokkade in 1948-1949 al gehad. 1953 was het jaar waarin de wapenstilstand in Korea werd gesloten na 3 jaar oorlog. Daar herinner me ik overigens weinig van. Er was toen ook nog geen televisie. Mijn eerste televisie kreeg ik pas een kleine 20 jaar later.

Wenen in 1954 was een ervaring, die je nooit vergeet. Veel later, in de jaren 80, toen in Berlijn de muur nog stond, ben ik, zelfs tweemaal, ook in Oost-Berlijn geweest. Dat was dezelfde ervaring, maar nog veel heftiger.

Daarover heb ik wel een anekdote uit de jaren 80. Vanuit West-Berlijn kon je met een bus een rondrit met meerdere stops door Oost-Berlijn maken. Het was een West-Duitse bus, maar bij de muur moest deze zich zig-zag tussen de betonblokken doorwurmen in de zwaarbewaakte grenspost. Chauffeur en gids werden daar ook uitgewisseld voor Oost-Duitse collega’s. Maar er was een regiefout gemaakt. De West-Berlijnse firma had een dubbeldeks bus gestuurd. Alle gasten van talrijke verschillende nationaliteiten zaten uiteraard boven. De gids zat beneden bij de chauffeur met een microfoon.

Op enig moment reden we door een lange winkelstraat, redelijk in het centrum. De gids vertelde enthousiast over alle Volks-genossenschaften die aan de rechter kant te zien waren. Links was er een blinde muur. Maar ze hadden niet op de dubbeldekker gerekend, en wij konden over die muur heen kijken. Daar zagen wij een terrein minstens zo groot als een voetbalveld dat geheel volgeparkeerd stond met Russische tanks. Het werd heel stil in die bus. Toen we weer de grens over waren, ging er een collectieve zucht van verlichting op.

De volgende 2 studiejaren voor het kandidaatsexamen waren al veel praktischer met veel anatomie, chemie en fysiologie. Dat ging ook goed. In 1955 werd het onderbroken door 2 maanden militaire dienst, de rekruten opleiding bij de Huzaren van Boreel. Dat was geen pretje. In 1956 verhuisde ik naar het Studentenhuis ‘’Justus van Effen’’ in de gelijknamige straat op nº 25, vlak bij het Academisch Ziekenhuis, waar al veel vrienden woonden, allen uit de ß-faculteiten. Dat was een genot. We werkten hard, maar het studeren ging eigenlijk spelenderwijs. Daar heb ik vrienden voor het leven van overgehouden. Helaas zijn er nu al meerdere van overleden.

Lustrum 1956 en kandidaatsexamen

Die zomer juli 1956 was er ook het lustrum ‘’Xerxes’’ van het USC. Ik heb het kandidaatsexamen toen maar opgeschoven naar september. Voorafgaand aan het lustrum hadden we als jaarclub contact gekregen met een UVSV jaarclub (Utrechtse Vrouwelijke Studenten Vereniging). Ik had daar één van de leden als lustrumdame op het oog. Maar van die jaarclub was ook een zekere Els Nikkels lid (geb. 12 maart 1936). Dat klikte veel beter, en we hebben met algemene instemming voor het lustrum nog van partner geruild.

Els Nikkels werd mijn echtgenote tot haar overlijden in 1995. Ze komt in het verhaal nog uitgebreid terug.

Els, 1970

Helemaal spelenderwijs ging het studeren toch ook weer niet. Ik had weer last met blinde vlekken in mijn gymnasium opleiding. Ditmaal waren het wiskunde en statistiek. Dat speelde een rol in de Sociale Geneeskunde, waarin je voorafgaand aan het kandidaats een tentamen moest doen. Dat bestond uit een mondeling tentamen over de structuur van de Verpleegstersopleiding, Gemeentelijk Geneeskundige Diensten etc. Dat was niet zo moeilijk. Ik meen dat daar een klappertje voor bestond. Het schriftelijk was andere koek. Dat was Medische Statistiek. Daar kreeg je opgaven waaruit je relevanties, grootte van samples edg. moest berekenen. Daar wist ik helemaal niets van. Daarvoor bestond ook wel wat studiemateriaal, maar echt helder werd het me daardoor niet. De hoogleraar Prof. Hornstra had wel wat college gegeven, maar die waren ook niet erg verhelderend geweest. Het gemiddelde van beide vakken moest voldoende zijn. Daarin had ik een hard hoofd, evenals mijn studiegenoten in het studentenhuis.
Het mondeling tentamen kwam als eerste, het schriftelijk kwam voor de hele groep later.
Ik meldde me dus op de bestemde tijd bij de woning van de professor voor het mondeling tentamen. Het was een groot herenhuis aan één van de Utrechtse singels. Daar kwam ik in

een klein wachtkamertje met een paar stoelen en een tafeltje terecht. Het duurde lang; eerst hoorde ik ergens boven me een bad vollopen en later weer leeglopen. Verder geen actie. Ik had intussen alle hoeken van de kamer al bestudeerd. Uiteindelijk viel mijn oog op de prullenmand. Daar zaten papiersnippers in. Die ben ik maar eens gaan bestuderen. Het bleken examen-opgaven voor een schriftelijk examen statistiek te zijn. Die heb ik dus maar in mijn zak gestopt. Thuis hebben wij medisch studenten ons gezamenlijk over die opgaven gebogen. Het was goed oefenmateriaal. Toen het schriftelijk tentamen daar was, kregen wij allen tot onze verbazing en vreugde exact diezelfde vragen voorgeschoteld. We hebben allen het tentamen dus met glans gehaald.

Net als het lustrum was het kandidaatsexamen in september 1956 een succes. Bij de uitslag kwam Prof. Jongbloed, de alom gevreesde hoogleraar in de Fysiologie naar me toe. Hij was in de tijd van de eerste wereldoorlog jachtvlieger geweest in de toen net opgerichte Nederlandse Luchtmacht en hij was een autoriteit op het gebied van luchtvaartgeneeskunde. Hij meldde dat hij mij met genoegen had geëxamineerd en nodigde me uit voor een studenten-assistentschap in de fysiologie de komende 2 jaar. Dat heb ik met beide handen aangegrepen. Het heeft zijn sporen achter gelaten in mijn hele verdere loopbaan.
We komen Prof. Jongbloed in het volgende hoofdstuk weer tegen.

#

3e decennium, 1956-1965

Tweede helft medische studie, Els Nikkels, huwelijk,
Militaire dienst, fysiologie, promotie,
begin specialisatie KNO

Tweede helft studie

Vanaf die zomer 1956 met het kandidaats examen heb ik tot het afstuderen eind 1960 in de Justus van Effenstraat gewoond samen met meerdere jaargenoten geneeskunde en studenten in andere ß-vakken. Dat was een genot. Diergeneeskunde, tandheelkunde, farmacie en chemie waren vertegenwoordigd, alle in ongeveer dezelfde fase van de studie. We hebben daar heel wat van elkaar geleerd.

De studie ging goed evenals de relatie met Els. Zij was één jaar jonger in de studie, maar ze kon direct al goed mee-doen in ons groepje kamerbewoners. In 1957 zijn we officieel verloofd,met kaartjes zoals dat destijds ging.

Die doctoraal studie bestond uit veel meer patiëntgebon-den vakken zoals pathologie, bacterio-logie, farmacie etc. Verder waren er de klinische colleges in de ‘’grote vakken’’ zoals chirurgie en interne geneeskunde. Iedere ochtend, ook op de zaterdag, was er om 8.15 uur klinisch college met responsies, waar je op afgerekend kon worden. Daarna was er nog een practicum !

De zomer 1957 werd weer in beslag genomen door opkomst in militaire dienst, ditmaal bij de geneeskundige troepen. We waren daar met medische studenten onder elkaar. Legering was in een tentenkamp op de Leusderheide bij Amersfoort en we deden van alles tot schieten toe. Na afloop konden we als infanterie peloton optreden en we zwaaiden af als sergeant.

In die jaren 1956-1958 had ik dus ook het studenten-assistentschap in de fysiologie. Dat bestond daarin dat je 1x per week een middag jongerejaars studenten begeleidde bij het practicum, hun verslagen beoordeelde in samenwerking met de vaste staf van het laboratorium en wat kleine klusjes. Ik heb dat met veel plezier gedaan en het heeft me later een enorme voorsprong gegeven.

De eigen studie ging verder. In de ‘’kleinere’’ vakken moest je in het 5e jaar tentamen doen of examen in het eerste deel van het doctoraal.
Het tweede deel van het doctoraal examen met de 4 klinische hoofdvakken was een interessante belevenis. Het vond plaats op 12 november 1958. Het speelde zich af in de avond in 4 naast elkaar gelegen kamertjes in de Neurologische kliniek, telkens voor een groepje van 4 studenten. In die kamertjes zaten 4 examinatoren, meestal hoogleraren. Je werd dan een kwartier lang ondervraagd. Daarna kwam er een signaal en wisselden de 4 studenten van kamertje. Na enkele van deze sessies van een uur was er een korte pauze, waarin de examinatoren bijeenkwamen. De uitslag volgde dan direct. Er zakte in dat stadium van de studie overigens maar zelden iemand. Ikzelf dus ook niet.

Co-schappen, klinische opleiding

Na het doctoraal volgde de klinische opleiding voor semiarts- en artsexamen. Het werd nu ook echt menens. Je was de gehele dag in het ziekenhuis met vooral in de ‘’grote’’ vakken interne geneeskunde, chirurgie en verloskunde lange werk-dagen en vaak ook avond- en nachtdiensten. Je had dan de status van co-assistent en je kreeg soms de gekste opdrachten.

Zo heb ik eens uren lang onder een lekkende operatietafel gezeten met de opdracht de patiënt aan de praat te houden. Bovenop de tafel was de professor in plaatselijke verdoving iets in het inwendige van de schedel aan het doen. Dat was in 1959. Tien jaar later ben ik op diezelfde operatiekamer samen met een jongere neurochirurg aan het werk geweest. Toen ging het er veel moderner aan toe, met goede narcose en micro-instrumentarium.

Indeling van co-schappen bleef een onzekere zaak. Els, die in die tijd daar ook mee bezig was kreeg problemen omdat ze in de kliniek van Prof. X iets onprotocollairs had gedaan. Ze moest voor straf 2 weken extra het betreffende co-schap volgen. Dit overlapte haar volgende co-schap en dat gooide alles in de war met als uitkomst in het slechtste geval een fors uitstel van het artsexamen. Ze is toen naar Prof. Y gegaan, bij wie ze ingedeeld was voor haar volgende co-schap. Ze heeft bij hem haar probleem met Prof. X uiteen gezet. Waarop deze reageerde met: ''kind, heb jij een probleem met X ? Wat kan ik voor je doen?''. Dat was dus het verschuiven van dat tweede co-schap. Dat kon goed opgelost worden, zodat ze geen vertraging heeft opgelopen.
Afgezien van bovengenoemd incident zijn de beide klinische jaren voor ons beiden heel positief verlopen. Ik kreeg mijn arts-diploma op 2 december 1960, Els op 7 juli 1961.

Sollicitatie KNO

Ik had tijdens dat laatste jaar gekozen voor de specialisatie Keel- Neus- en Oorheelkunde. De reden was de moderne uitvoering van het vak met veel high-tech. Ik was enthousiast over de micro-technieken met de operatie-microscoop, de stevige basis van de audiologie in de fysica in de afdeling van Prof. Groen, dit alles in het kader van intensief patiënten contact. Ik solliciteerde dus bij Prof. Gerlings. Die vertelde dat hij 3 jaar volgeboekt was; ik moest dus wachten. Dat was een minder groot probleem dan het lijkt, want ik had nog 2 jaar militaire dienst voor de boeg. Ik vertelde uiteraard over mijn studenten assistentschap fysiologie en Gerlings raadde mij aan

dat 3e jaar te vullen met fysiologie. Een goed advies, zoals later zou blijken.

Els solliciteerde in die tijd naar een opleidingsplaats anesthesiologie in het Academisch Ziekenhuis Utrecht bij dr Pearce. Daar werd ze direct aangenomen maar moest eerst nog stages chirurgie en interne geneeskunde volgen. De opleiding is vlot verlopen en ze kreeg haar registratie als anesthesioloog op 1 maart 1965.

Militaire dienst

Militaire dienst met nu de opleiding tot officier-arts volgde voor mij al snel in januari 1961. Maar tussendoor en in vakanties heb ik nog wat waargenomen voor huisartsen, in Scherpenzeel en later ook in Groesbeek, in de oude praktijk van mijn vader.
Intussen was ik aan het werk om plaatsing in de Luchtmacht te krijgen. Ik had daar affiniteit mee, was al jaren lid van de Koninklijke Nederlandse Vereniging voor Luchtvaart en actief als modelbouwer. Maar mijn relatie met Prof Jongbloed was doorslaggevend. Hij was in Den Haag in het Ministerie van Defensie bekend als Luchtmacht veteraan en met zijn aanbeveling werd ik bij de Luchtmacht geplaatst.
Dat was een opwindende tijd. Ik heb op 3 vliegbases gewerkt, voornamelijk Soesterberg, maar ook Eindhoven en Twente. Als luchttransportarts heb ik Nederlandse militaire patiënten uit Frankrijk (La Courtine) en uit Duitsland gerepatrieerd.

In Duitsland was het toch wel een eigenaardig gevoel rond te lopen in een uniform dat identiek was aan dat van de Royal Air Force, met de tweede wereldoorlog nog vrij vers in gedachten.

Er waren ook nog stages bij de Sectie Geneeskundige Aangelegenheden van de KLu en bij het Nationaal Luchtvaart en Geneeskundig Centrum, beiden in Soesterberg.
Mijn broer heeft trouwens ook bij de Luchtmacht gediend. Hij had elektrotechniek gestudeerd in Eindhoven en is een echte techneut. Hij heeft mij later in de jaren 90 ook geweldig geholpen bij mijn eerste schreden in het internet en speciaal bij het opzetten van een website voor mijn Brusselse organisatie. Maar daarover later.

Huwelijk
In de jaren 60 vond er een belangrijke gebeurtenis plaats. Dat was ons huwelijk in Tubbergen op 29 juli 1961. Daarmee begon een nieuwe fase in ons leven. We hadden een flat op het Kanaleneiland gekocht voor € 11.000 met aanbetaling van 900 euro, afkomstig van de ouders van weerszijde. Verder hadden we alleen wat spaargeld van mijn waarnemingen voor huisartsen. En ik had ook een ‘’wedde’’ als dienstplichtig luitenant-arts. Els ging direct aan het werk, maar het eerste halfjaar kreeg ze nog geen salaris. De inrichting van de flat was dus uiterst sober.

Fysiologie
Ik had voor het tussenjaar inmiddels gesolliciteerd naar een assistenten plaats fysiologie bij Prof. J. Jongbloed en kon daar direct na mijn demobilisatie in augustus 1962 aan de slag.

Naast onderwijs was sport- en arbeidsfysiologie daar het voor naamste focus. Ik werd al direct ingedeeld om mee te doen met de metingen bij zwemmers en zwemsters tijdens het zwemmen. Het laboratorium had daarvoor een klein inpandig zwembadje. De zwemmers zaten vast in een tuigje en kwamen dus geen

millimeter vooruit. Intussen werd gemeten hoe hard ze aan dat tuigje trokken en werden cardiogram en ik meen ook zuurstof-consumptie gemeten.
Bedoeling was natuurlijk om de meest efficiënte slag te vinden. Bij dat onderzoek was de hele staf betrokken.
Vooral mijn vriend Peter Hans Kylstra, die zelf actief was op het gebied van de fysiologie van het gezichtsvermogen, heeft mij de weg gewezen in het werken in het laboratorium. Na een paar weken inlezen en meedoen aan alle activiteiten werd ik bij de professor geroepen en werd mij gevraagd of ik een eigen onderzoeksterrein op het oog had. Dat had ik wel, maar dat was hoog gegrepen, ook al omdat het laboratorium op het gebied van het gehoor geen eigen geschiedenis had. Maar ik heb het toch gewaagd. Ik had inmiddels nogal wat over de fysiologie van het gehoor gelezen in voornamelijk Amerikaanse literatuur, en met name over de elektrische verschijnselen in het oor. Dat was in Nederland een blinde vlek, en daar wilde ik wel eens induiken. Pas achteraf heb ik me gerealiseerd wat een enorme achterstand, ook op wetenschappelijk gebied, wij in Europa door de tweede wereldoorlog hadden opgelopen.
Ik stelde dus voor iets op het gebied van de elektrofysiologie van het gehoor te doen. Voor het laboratorium was voor die tijd moderne elektrofysiologie een onbekend terrein. Wel waarde er de naam Einthoven nog rond. Hij was een Utrechtse fysioloog eind 19^{e} eeuw, die later in Leiden met zijn snaargalvanometer (1901) het elektrocardiogram heeft ontdekt. Hij kreeg hiervoor in 1924 de Nobelprijs. In Utrecht is er toen ook een snaar-galvanometer geweest. Maar het Utrechtse laboratorium had geen recente historie meer op dit gebied.

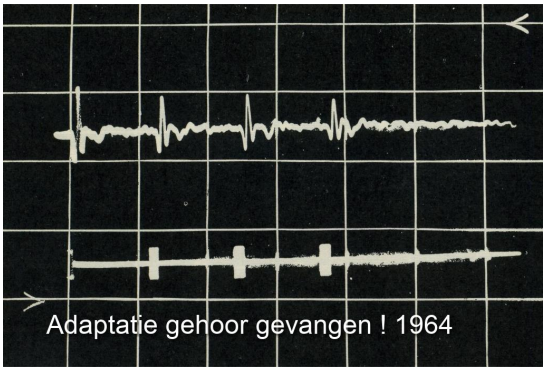
Eigen onderzoek

Het is, achteraf gezien, wel heel bijzonder dat ik het groene licht kreeg voor mijn voorstel. Het laboratorium had op dit gebied nauwelijks ervaring. Ook niet op het gebied van dierproeven. Ik had cavia's nodig. De cavia's moesten narcose hebben. Dat strandde omdat de ademhaling dan ook ophield. Ik ben toen tracheotomieën gaan doen ondersteund door een primitief beademingsapparaatje, dat in de goed geoutilleerde werkplaats

van het laboratorium gemaakt was. De volgende horde was de operatieve benadering van het oor. Dat was wat lastig gezien de geringe afmetingen van dat caviaoor. Daarvoor heb je een operatiemicroscoop nodig, en die was er niet, en die kon ook niet aangeschaft worden. Ik kende ze al uit mijn co-assistentschap KNO en ik ben toen zelf op zoek gegaan. Het bleek dat er in Oost-Duitsland vervaardigde kopieën van de Zeiss operatiemicroscoop in Nederland te koop waren. Die waren ook te duur, maar ze waren optisch wel goed. Tenslotte heeft het laboratorium geld kunnen vrijmaken voor aanschaf van alleen het optische deel daarvan met daarin ook de belichting van het operatiegebied. De werkplaats vervaardigde een tafelstatief. En toen kon ik aan de gang.

Promotie

Registratie van elektrische verschijnselen in het oor ging met een door mij nagebouwde balansversterker, die Kylstra ontworpen had voor het studenten practicum myografie (bij de kikker). Ik kreeg daarbij al snel van alles te zien, maar de verschillende potentialen in het binnenoor liepen door elkaar. De standaard akoestische stimulus bij dit soort experimenten was de click, maar ik ben toen wat gaan experimenteren. Het bleek dat je bij het gebruik van korte toonstootjes van een heel hoge toon de actiepotentiaal van de gehoorzenuw selectief goed te zien kunt krijgen. En daar was het me om te doen.


Adaptatie gehoor gevangen ! 1964

Intussen had ik ook gelezen dat er recent door de anatoom Rasmussen efferente zenuw-vezels ontdekt waren, die van de hersenen naar het oor lopen. Dat zou best kunnen betekenen dat daardoor de gevoeligheid van het oor wat verminderd wordt tijdens akoestische be-lasting, kortom adaptatie. De adaptatie kon ik goed zichtbaar maken met een treintje van korte series geluidjes.

En die adaptatie bleek niet zichtbaar te zijn als je vervolgens een lokaal anestheticum aanbracht bij de hersenstam. Daardoor wordt alle zenuwactiviteit per plekke geblokkeerd en dus ook de efferente beïnvloeding van het oor.

Ik heb die onderdrukking van de adaptatie vastgelegd (met mijn eerste zelf gekochte spiegel-reflex camera, een Pentax) en vervolgens aan mijn superieuren laten zien.

Dat gaf stof voor heel wat discussie. Ik heb dat uiteraard moeten herhalen, maar het was redelijk reproduceerbaar.
Een paar weken later werd ik bij Prof. Jongbloed ontboden. Die had een wat schokkend verhaal. Hij vertelde dat hij mijn werk met genoegen gezien had, en dat ik het maar eens moest gaan opschrijven. Dat had ik wel verwacht, maar dat het een proef-schrift moest worden, was geheel onverwacht

Maar zo is het gelopen. Ik heb me een schrijfmachine aangeschaft en ik ben me gaan oriënteren hoe je zoiets voor elkaar krijgt. De promotie was een jaar later, op 24 maart 1964. Het was een heel dun proefschrift, maar achteraf gezien was het al een voorloper voor mijn latere werk met de Cochlear Implants in de jaren ‘80 in de KNO-afdeling van het AZU.

Assistentschap KNO

AZU-Gebouw 4, vanaf Domtoren

Tot en met september 1963 ben ik op het laboratorium blijven werken. In oktober 1963 begon mijn assistentschap in de Kliniek voor Keel-Neus- Oorheelkunde en de eigenlijke klinische opleiding. Echter, normaliter begin je met polikliniek en het behandelen van neusbloedingen, het doorprikken van oren en dergelijke.

Maar in mijn geval werd ik direct naar de audiologie afdeling gestuurd bij Prof. Groen. In de KNO-opleiding zat ook ½ jaar audiologie, maar dat werd bij mij dus naar voren gehaald. Prof. Groen had al lang een onderzoeklijn op het gebied van de elektrofysiologie willen opstarten, maar dat was nooit gelukt. Ik moest dus direct dezelfde opstelling van mijn proefschrift in de KNO-kliniek opbouwen. Dat ging vlot, ook al omdat ik betere apparatuur ter beschikking kreeg. Een probleem waren nog wel de klinische nachtdiensten. Mijn collega assistenten hebben mij toen een spoedcursus neusbloedingen edg. gegeven, zodat ik al heel snel in het rooster van de (inslapende) assistenten kon meedraaien. Er was overigens wel een achterwacht.

Ik heb in dat halve jaar ook nog wel wat interessante dingen gedaan met voordrachten en verdere publicaties. Het belangrijkste was dat de onderzoeklijn voortgezet werd. Er zijn daaruit nog meerdere promoties voortgekomen. Verder kreeg ik delegaties van de meeste andere KNO-klinieken in het land op bezoek, die de kunst van me wilden afkijken, en dat ook gedaan hebben. Dat gaf me meteen een netwerk in heel Nederland.

In maart 1964 begon mijn fulltime klinische opleiding. Daar voelde ik me goed in thuis. Voor mij gold een bijzonderheid. Gezien mijn voorgeschiedenis had ik als enige assistent in opleiding toegang tot de voor die tijd geavanceerde klinisch-audiologische apparatuur, die onder Prof. Groen en zijn staf ressorteerde. Ik kon daar dus naar hartenlust mee spelen en

had ook goed contact met zijn staf, zowel met de fysici als met de akoepedistes.
Verder ben ik nog lang doorgegaan met mijn experimentele werk in het laboratorium. Daarvoor had ik dan de zaterdag-ochtend. Op diezelfde zaterdagochtend was er grote visite met de hoogleraar in de klinische afdeling, waar een aanzienlijk deel van de staf bij aanwezig was. Ik had dispensatie om in het laboratorium experimenteel werk te doen.

Zr Hamelink, 1965
hoofdzuster KNO

Als ik daar vroeg mee begon, had ik om 11.00 uur net een serie metingen afgerond en kon aanwezig zijn bij de ‘’koffie’’ bij de hoofd-zuster zr Hamelink na afloop van de grote visite. Daarbij leerde je pas echt alle ‘’ins and outs’’ van het vak.

Opleiding Els

Intussen vorderde de opleiding in de anesthesiologie van Els ook voorspoedig. Ze kon goed opschieten met haar opleider dr Pearce (geen hoogleraar in die tijd) en Prof. Nuboer, het alom gevreesde opperhoofd van de Chirurgische kliniek. Maar hij kende het vak! Op 8 januari 1962 vond de grote treinramp bij Harmelen plaats. De sneltrein uit Utrecht boorde zich daar in de links afslaande stoptrein Gouda-Breukelen. 93 doden en 52, meest zwaar gewonden. De gewonden werden verspreid over de ziekenhuizen in de regio, maar de meesten kwamen naar het Academisch Ziekenhuis in Utrecht. Daar was het pandemonium op de polikliniek, operatiekamer, intensive care, röntgen, mortuarium etc. Wat er dan nodig is, is ‘’triage’’. Dat leerde je niet in de medische opleiding destijds. Die was volledig op de individuele patiënt toegesneden. Triage leerde de (meeste) artsen pas in militaire dienst in het vak

frontchirurgie. Daar werd dat vak gedoceerd door een oude frontchirurg met eigen oorlogservaring.
In het geval van de treinramp heeft Prof. Nuboer persoonlijk in de wachtkamer van de polikliniek de triage ter hand genomen. Toen kwam er orde in de chaos.
Persoonlijk hebben wij dat niet in de kliniek meegemaakt. Ik was zelf nog in militaire dienst en Els was nog niet aan haar opleiding begonnen.

Prof. P.G.Gerlings, 1965

Vermelding verdient ook dat Prof Gerlings, de opleider in de KNO, een secretaresse had, ene Loes Oosterdijk. Haar zag ik regelmatig. Als ik als assistent iets met de hoogleraar te bespreken had, ging dat via haar. Loes deed o.m. de correspondentie van de hoogleraar en ook het typewerk voor het Nederlands leerboek KNO, waarvan Gerlings hoofdredacteur was. Dat verscheen in die tijd voor het eerst. Ook heeft zij het typewerk voor de klapper KNO gedaan. Daar had ik het meeste van geschreven. Studenten hadden in die tijd moeite met wat dikkere boeken, en er was pressie om een klapper beschikbaar te stellen met louter examenstof. Niemand in de kliniek had er zin in om dat te verzorgen. Het komt immers niet op je wetenschappelijke conduite staat.
Ik heb het toen maar opgepakt, aanvankelijk nog als assistent in opleiding. De eerste druk kwam in 1967, maar er zijn diverse herdrukken geweest.
Voor die klapper heeft Loes het typewerk gedaan. We hebben er thuis nog exemplaren van liggen.

Verder ging onze relatie niet. Loes volgde inmiddels de opleiding logopedie en is begin jaren 70 uit de kliniek vertrokken. Zij werd schoollogopediste en heeft als zodanig een geheel andere carrière opgebouwd, het laatst in Nijmegen. Vele jaren later in het verhaal komen we haar opnieuw tegen. Ze was toen schoollogopediste in Wijchen en woonde in Nijmegen met een eigen praktijk.
Het Radboud ziekenhuis in Nijmegen maakte in die tijd ook een start met de Cochlear Implants. In verband daarmede ben ik toen enkele malen in Nijmegen geweest, en daarbij ben ik in Nijmegen Loes ook weer tegengekomen. Maar dat verhaal komt later.

#

4e decennium, 1965-1973

Mijn fulltime jaren in de Utrechtse KNO-Kliniek
gezinsuitbreiding

Gezinsuitbreiding

Die jaren begonnen heftig. Els was zwanger en we hadden het allebei behoorlijk druk met meer dan fulltime functies. Ik zat in de tweede helft van mijn specialisatie, waarin het merendeel van de operatieve opleiding zit. Els was sinds 1 maart 1965 anesthesioloog en bleef werken in het Academisch Ziekenhuis als wetenschappelijk medewerker in de afdeling anesthesiologie, aanvankelijk fulltime, maar na de bevalling 3 dagen in de week.

Els, 1980

En dan was daar de bevalling zelf. Daarover hadden wij een verschil van mening. Ik had daarvoor ons eigen ziekenhuis in gedachten. We kenden dat beiden en we hadden daar onze contacten. Els had echter een ander idee. Ze wilde het thuis hebben. Dat was iets lastiger te regelen, maar zo ongewoon was dat destijds ook weer niet. Maar ze had nog een wens. Ikzelf zou als medicus de bevalling moeten begeleiden. Dat was een brug te ver, maar ik heb haar niet tot andere gedachten kunnen brengen. Dat is niet normaal, maar achteraf gezien niet onverantwoord. We hadden beiden de Utrechtse verloskunde-opleiding gehad, en die was bijzonder grondig met ook veel praktijkervaring in allerlei uithoeken van de stad Utrecht. Bovendien had ik bij mijn waarnemingen voor huisartsen ook al de nodige bevallingen begeleid. Uiteindelijk heb ik maar toegegeven. Tevoren is ze nog wel door een bevriende gynaecoloog nagekeken en die zag ook geen contra-indicaties. Er was wel een probleem, maar dat hadden we zelf al opgelost. Ze had een te hoge bloeddruk in de tweede helft van de zwangerschap. Ik weet niet hoe dat tegenwoordig behandeld

wordt, maar destijds begon je met streng zoutloos. We hebben dus alle zout en zoute voeding uit ons huis uitgebannen, en dat werkte perfect. Bovendien went het snel. We kenden het overigens al. In het ziekenhuis werd aan patiënten ook zoutloos brood voorgeschreven. Maar er waren altijd restjes, en die lagen dan bij de koffie van verpleging, operatie kamer etc.
De bevalling op 20 juli 1965 verliep ongestoord. De moeder was weer snel op de been, Christian heeft daar meer dan een jaar over gedaan.
Anke kwam 1½ jaar later, op 22 december 1966.
Els is al snel weer aan het werk gegaan, 3 dagen in de week. We hadden een kindermeisje voor die 3 (vaak lange) dagen. We kenden haar van te voren al uit het ziekenhuis en we konden de kinderen zonder zorgen aan haar overlaten. Later heeft haar jongere zusje (Fietje) dat overgenomen tot we begin 1973 naar Amersfoort verhuisden.

Christian en Anke
1969, Utrecht, balcon

Vermeldenswaard waren de financiële consequenties. We hadden beiden een salaris, maar die werden destijds voor de inkomsten belasting bij elkaar opgeteld, waardoor je in hoogste schijf terecht kwam. Daarover werd 72% belasting geheven. Het resultaat was dat het inkomen van Els volledig opging aan de kinderoppas. Maar we waren er gelukkig mee.

#

Fulltime in de KNO-kliniek

De tweede helft van de opleiding ging meer dan voorspoedig. Ik was al voor mijn registratie als KNO-arts ‘’los’’ op de laryngectomie. Els vond dat maar griezelig. Zij was toen al geregistreerd anesthesioloog !
Zij werd na de tweede bevalling voornamelijk bij de KNO ingedeeld, en we zijn daar vaak samen aan het werk geweest.

Els aan het werk, AZU 1972

Later, na 1967 toen ik als specialist in de achterwacht ingedeeld was, heeft dat tot een vermakelijk incident geleid. We hadden beiden bereikbare diensten en het was een heel gepuzzel om dat zo te regelen dat we niet beiden oproepbaar waren. Dat is toch een keer misgegaan. Het was op een zondag en er was een kind met een gulden in de slokdarm. Die moest er uit en er was dus een oesophagoscopie nodig. En daar moesten wij beiden voor komen. En we hadden geen kinderoppas. We hebben de kinderen, zo rond de 6-7 jaar meegenomen naar het ziekenhuis. Zr. Hamelink, de hoofdzuster, zou ze even onder haar hoede nemen. Dat ging mis en ze zijn ontsnapt.
Haar kantoortje lag op een centrale plaats met een rechtstreekse verbinding met de operatiekamer. Die had toen nog geen ingewikkelde sluis en de weg wees zich vanzelf. De kinderen hadden ons daar zien verdwijnen en zijn daar dus achteraan gegaan en kwamen met zijn tweeën de operatiekamer binnengewandeld. Ze wilden wel eens zien hoe wij die gulden weer uit dat kind haalden.

In die tijd heb ik ook nogal eens kortdurende waarnemingen gedaan in KNO-praktijken (Amersfoort, Bilthoven, Oosterhout N.B. en het militair hospitaal in Oog in Al in Utrecht). In dat laatste kwam ik mezelf later weer tegen. Het hospitaal is weggegaan en het gebouw is daarna als kantoor en conferentiecentrum in gebruik genomen. In dat gebouw zit thans onder meer de centrale administratie annex conferentiecentrum van de Protestantse Kerk Nederland. Van 2005-2014 was ik secretaris van de Protestantse gemeente in Nijmegen, en die functie ben ik toen weer terug geweest in datzelfde gebouw.

Buitenlandse ervaringen

In de periode 1967-1973 waren wij beiden als wetenschappelijk medewerker aan het Academisch Ziekenhuis Utrecht verbonden. In oktober-november 1967 heb ik een grote tour door de VS gemaakt. Begonnen werd met een symposium over de Ziekte van Ménière in de Mayo klinieken in Rochester Minnesota en vandaar naar de kliniek van de gebroeders House in Los Angeles. Het was wel bijzonder daar in een halve dag een serie van 6 interposities achter elkaar te zien. Erg leerzaam!

Vandaar (met de trein) via San Francisco naar Chicago (kliniek van Shambaugh). Vervolgens weer verder naar Ann Arbor, waar ik het experimenteel laboratorium te zien kreeg. Daarna ging het naar Boston, waar ik voor het klinische deel kon meekijken bij Schuknecht en voor het experimentele werk bij de grootmeester op dat gebied Nelson Kiang.

Voor het bezoek aan Boston en New York kwam Els voor een korte trip ook over naar de VS. Zij heeft in Boston enkele dagen kunnen rondkijken bij de anesthesie in het Massachusetts General Hospital. Daar zag ze voor het eerst (!) doorlopende ECG monitoring tijdens operaties. Dat wilde zij ook in Utrecht !

De kinderen (1 en 2 jaar oud) waren bij oma Nikkels in Tubbergen.

We hebben in de VS alleen top-klinieken bezocht. Je werd daarbij wel zelfs na 22 jaar nog voortdurend geconfronteerd met de enorme achterstand die wij in onze vakgebieden, en

daarin niet alleen, door de oorlog hadden opgelopen. Dat was dus direct een wegwijzer voor wat ons in Holland te doen stond.

Ik heb uit de VS ook wat apparatuur meegebracht. Zo hadden ze een apparaatje waarmede je het verlopen van de scherp-stelling van de operatiemicroscoop tijdens de operatie kon voorkomen. Dat hadden we in Europa niet. Ik had er één meegebracht en Gerlings heeft direct een tweede besteld. Ook de suction-irrigator heb ik uit de VS meegebracht.
Maar ik was ook geïnteresseerd in Cochlear Implants. House in Los Angeles was er mee bezig, maar hij zei er niets over toen ik hem er naar vroeg. Maar Blair Simmons in de Stanford University (Loma Linda, bij San Francisco) heeft mij in 1969 al zijn prototype laten zien.

Tijdens onze reis in 1967 zijn wij vanuit Boston nog een paar dagen in New York geweest. De reis daar naar toe was voor ons in Europa wat ongewoon. We hadden open tickets, die ter plekke ingewisseld konden worden bij iedere airline, die op dat traject vloog. Er bestond daarvoor een financieel clearing house, indertijd nog opgericht door Plesman, de directeur van de KLM. Tegenwoordig gaat dat niet meer zo. Van Boston naar New York verzorgde Eastern Airlines een ‘’shuttle service’’. Ik wilde onze tickets daarvoor inwisselen en reserveren, maar dat werkte niet. We moesten maar naar het vliegveld gaan en daar de bordjes ‘’Shuttle’’ volgen. Dat klopte, we werden naar de gate verwezen. Er was geen enkele controle; het hek werd geopend en we wandelden met al onze bagage direct naar het vliegtuig. Daar kon je je bagage kwijt bij een liftje, dat de bagage in het vrachtruim bracht. Zelf gingen we via de trap naar binnen en konden gaan zitten waar we wilden. Tijdens de korte vlucht kwam de stewardess langs met een kopje koffie en om de tickets ter verzamelen. Wie geen ticket had, kon met creditcard bij haar afrekenen. Zo ging dat in de VS anno 1967. Als het vliegtuig vol was, was er binnen een uur weer een ander vliegtuig. Het is overigens de enige keer dat ik in een Constellation gevlogen heb.

Het was een zaterdag en we waren vroeg in New York. We hadden een hotel in de buurt van Columbus Circle. Ingeboekt in het hotel zijn we maar eens over Broadway naar de Metropolitan Opera gewandeld. Dat was dichtbij. Daar aangekomen bleek er een half uur later een matinee te beginnen. Het was Nozze di Figaro, en ze hadden nog kaartjes. Dat werd onze eerste kennismaking met de Metropolitan Opera. Er zouden nog vele volgen.
Naar medische highlights in de VS zouden er ook nog heel wat reizen volgen.

Ontwikkeling klinisch werk

Thuiskomend wachtte dan het echte werk. Ik had veel nieuws gezien en ideeën opgedaan. Parotis chirurgie was daar één van. De mengtumoren waren weinig maligne en bij operatie liep de aangezichtszenuw ernstig gevaar. In Europa was men daarom zeer terughoudend met operatie en werd er vaak bestraling toegepast. Dat hielp een tijdje, maar op lange duur was dat geen goede zaak. In New York was ik bij Conley, een grootmeester op het gebied van hoofd-hals chirurgie. Hij opereerde die mengtumoren in een vroeg stadium en dat op een virtuoze manier, maar wel met het blote oog. Toen ik dat zag, dacht ik, dat kan ik ook, maar dan wel met de operatiemicroscoop. Daar komt overigens veel meer bij kijken zoals aangepaste narcose, preoperatieve dunne naald pathologie, gebruik van een zenuwstimulator (ik gebruikte een zelfgebouwd apparaat, dat ik nog uit mijn fysiologie tijd had) en wat gespecialiseerd operatie instrumentarium. Die ontwikkeling heeft jaren geduurd maar is tot grote bloei gekomen.
Een andere nieuwe ontwikkeling uit die tijd was het gebruik van de operatiemicroscoop bij de laryngoscopie. Daarbij bereikt je een veel zuiverder behandeling, vooral bij goedaardige aandoeningen.
We kregen op enig moment een grote doos met het nodige instrumentarium in huis en moesten het verder maar uitzoeken. Prof. Gerlings heeft dat aan mij overgelaten. Daar ben ik druk mee bezig geweest, maar uiteindelijk moest het toch maar eens bij een patiënt gebeuren. Dat was de preses van één van de

studentenverenigingen. Bij hem waren al 4 keer stembandpoliepen weggehaald, maar nooit echt volledig en met steeds een recidief. In narcose en met de operatiemicroscoop ging dat veel beter. Samen met postoperatief logopedie en goede raad door onze foniater Dr Damsté is dat toen goed gekomen.
Een ander aandachtspunt was de samenwerking met de neurochirurgie. De hoogleraar Verbiest had daar samen met Gerlings de transnasale benadering van hypofyse tumoren ontwikkeld. Ik had daar in die tijd al wat kunnen meekijken. Later na het emeritaat van Gerlings in 1972 is dat wel wat uitgebreid. Ook daar speelde later de operatiemicroscoop een grote rol.
Mijn eigen activiteiten concentreerden zich in deze periode op de opleiding van de assistenten en wat het klinische werk betreft vnl. op de otologie en oncologie. Dat is een ongebruikelijke combinatie, maar dat liep nu eenmaal zo in de kliniek. Later heb in voor beide vakgebieden aanbiedingen gehad voor universitaire functies, maar dat was toen niet aan de orde.

Nieuwbouw polikliniek, uitbreiding werkterrein
In deze tijd vond er ook een belangrijke investering plaats. Dat was de bouw van een geheel nieuwe polikliniek, direct grenzend aan ons gebouw 4 van het AZU. Dat was hard nodig na al die jaren in de Vaartsestraat.
Prof. Groen heeft echter nooit zijn vurig gewenste en bouwkundig al voorbereide versnellingsbaan gekregen. Er kon wel in moderne audiologische apparatuur geïnvesteerd worden, ook al omdat die de patiëntenzorg betrof.
Zo hadden we al heel vroeg onze eerste computer. Het was een ‘’Evoked Response Computer’’ waarmee door middeling uit het EEG elektro-cochleografie bij patiënten mogelijk werd.
Ik heb die jaren meerdere klinische voordrachten voor de KNO-Vereniging gehouden, maar het proefdier onderzoek liep ook door. Daar zijn diverse proefschriften uit voortgekomen. Al met al was het een druk bestaan met toch meerdere kleine publicaties.

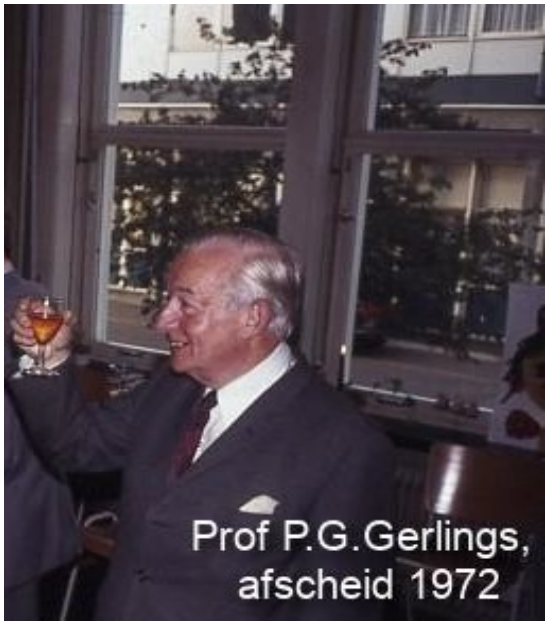
Verhuizing naar Vleuten 1970

Intussen speelde er nog een andere zaak. Onze mooie flat in de Louterlaan begon toch wat krap aan te voelen. Keuken en douche stonden propvol, er was geen C.V, de ligging op de 3e etage was met 2 kleine kinderen ook niet echt handig.

We gingen dus op zoek, zowel in Utrecht-stad als in de onmiddellijke omgeving. Uiteindelijk hebben we een nog te bouwen woning in Vleuten gekocht, van Leeuwenhoekplantsoen no 6. We konden er op tekening nog wat aan wijzigen. Dat werd een extra kamer op de begane grond op de plaats van de garage. De echte garage kwam daar naast te staan. Er was voldoende grond beschikbaar. Het natte gedeelte konden we ook zelf uitzoeken. En er was centrale verwarming. Maar het heeft wel tot begin 1970 geduurd tot we konden verhuizen.

Afscheid Prof. Gerlings in 1972

Prof. Gerlings had inmiddels aangekondigd dat hij eind 1972 afscheid van de kliniek wilde nemen. Dat had voor ons ook implicaties en daar hebben we het best moeilijk mee gehad.



Els werkte met veel plezier als anesthesiste op de KNO afdeling, maar de interne organisatie van de anesthesie afdeling van het ziekenhuis legde toch wel veel druk op

haar. Zo was er, zoals al eerder vermeld, in het hele Academisch Ziekenhuis toen nog geen ECG monitoring tijdens de operaties. Els had dat in Boston in het Massachusetts General Hospital gezien en ze wilde het ook op onze operatiekamers. Dat lukte niet via de anesthesiologie. Uiteindelijk is er uit het KNO-budget ECG apparatuur voor de operatiekamers van de KNO-afdeling aangeschaft.
Voor mij was het een open vraag hoe de kliniek na Gerlings verder zou gaan. Uiteindelijk heeft de faculteit gekozen voor de goedkoopste oplossing. Geen investeringen in renovatie van de verouderde operatiekamers, geen nieuwe onderzoeklijnen en geen nieuwe opbouw van de staf. Dat gold ook voor de audiologie. Prof Groen was ziek en is in 1973 overleden. Al met al voorzag ik een lastige periode voor mijzelf met cumulatie van te veel taken.
Ik had hier en daar al wat contacten, maar ik ben toen echt gaan rondkijken. Er waren diverse mogelijkheden. In Utrecht was er een mogelijkheid in een ander ziekenhuis, maar ook in Amersfoort, waar ik vrienden had zitten en waar ik de lokale situatie goed kende.
Met die problemen zijn Els en ikzelf tijden bezig geweest. Els was ook wat beducht voor haar toekomst binnen het Academisch Ziekenhuis en had ook toenemend problemen met de combinatie werk en gezin.

Amersfoort

Dat alles heeft geleid tot weer een verhuizing, al in 1973, ditmaal naar Amersfoort en de praktijk in ‘’De Lichtenberg’’.

#

5e decennium, 1973-1985

Praktijk in Amersfoort, part time in Utrecht, LSV

Amersfoort

Alles overziende hebben we de knoop doorgehakt en gekozen voor Amersfoort. Ik kende het ziekenhuis daar al van eerdere waarnemingen en Hans Venker was mij al voorgegaan naar die praktijk. Later zou Gerrit Pluimers volgen, beiden ook uit Utrecht. Het ziekenhuis was gekenmerkt door goede verhoudingen binnen de medische staf en met de andere medewerkers, en met directie en bestuur. Het is een hele goede keuze geweest.
Els heeft haar functie in Utrecht toen ook beëindigd, maar zij heeft in Amersfoort ook met plezier gewerkt, nu als docente in de lokale opleiding verpleegkundigen.
In Amersfoort, in ‘’de Lichtenberg’’ werd ik hartelijk ontvangen. Ik zat daar al heel snel namens de KNO in de oncologische werkgroep met collega’s uit alle disciplines en consultatie met Prof. van Peperzeel, die in 1972 in Utrecht benoemd was als hoogleraar in de radiotherapie. Zo konden we toen ook al heel snel Amersfoortse patiënten direct naar de Radiotherapie verwijzen.
Verder was ik in die tijd bestuurslid van de Ned. Vereniging v. Audiologie.

De Lichtenberg Amersfoort, 1960

Maar het meeste bestuurlijke werk ging zitten in mijn functie als secretaris van de medische staf van de Lichtenberg 1975-1978. Ik hield me daar onder meer bezig met de aanloop naar ons eerste beleidsplan medische staf, dat ik later een goede inhoud kon geven en dat

door mijn opvolgers sindsdien is voortgezet. Uiteindelijk heeft dat een rol gespeeld bij de fusie van de beide Amersfoortse ziekenhuizen en de nieuwbouw.

Het "Pon spoorlijntje", vlak achter ons huis

Maar dat kwam pas veel later. Al met al was het een genoegen in de Lichtenberg te werken. Ik heb dat daar met plezier gedaan. En in Amersfoort woonden wij ook heel goed. Zie bijgaand prentje vanaf onze dak !

Part-time in Utrecht

In Utrecht kwam ons besluit totaal onverwacht en ook weinig opportuun. Het heeft wel geleid tot het aanbod/verzoek om 1 dag in de week in Utrecht te blijven komen, speciaal voor de oncologische chirurgie. Daar zaten wat haken en ogen aan. Ik moest dat met mijn toekomstige maten voor elkaar zien te krijgen, en in het verlengde daarvan met de ziekenhuis directie aldaar. Daar was er echter alle begrip voor en het gaf ook geen problemen. Een ander punt was dat ik ook mijn Utrechtse operatiepatiënten van tevoren wilde zien. Daarvoor werden dus regelingen getroffen inzake polikliniekbezoek van deze patiënten, of een extra trip naar Utrecht mijnerzijds. In de praktijk heeft dat in de medische details goed gefunctioneerd.
Deze part-time functie heeft geduurd van 1973 tot eind 1988. Die valt uiteen in 2 geheel verschillende delen.

Part-time 1973-1980

Zoals in het voorgaande al aangeduid verdiende de opvolging, zoals door de faculteit was geregeld, geen schoonheidsprijs. Het budget was beperkt, de staf was te klein en Prof. Groen van de Audiologie was overleden. Er was helaas stress in de

opleiding en in de staf. Ik kreeg met mijn 25 % aanstelling een belangrijk deel van de oncologie op mijn bordje, en daarnaast zo mogelijk ook het één en ander in de opleiding van de assistenten. Gelukkig had ikzelf in de kliniek geen problemen in de persoonlijke sfeer, maar het was wel flink aanpakken. Zorgen waren er over de erkenning van de opleidings-bevoegdheid. Dat is steeds goed gegaan, ook al omdat na enige jaren Prof. Struben, de emeritus-hoogleraar uit Rotterdam aan de kliniek verbonden werd. Zijn taak was vooral management en externe relaties; klinisch werk deed hij niet.
Een aparte bron van zorg was de beschikbaarheid van voldoende anesthesie in onze afdeling. Dat kwam onder druk te staan, ook al door het gelijktijdige vertrek van Els in 1973. Verder was er sinds het aantreden van Prof. Smalhout in 1969 druk op de decentrale organisatie van anesthesiologie, operatiekamers en postoperatieve zorg in het AZU. Dit leidde tot inefficiëntie en druk op de kwaliteit. Op zichzelf was het streven naar centralisatie goed, maar het dreigde voor de KNO niet goed uit te pakken. Dat was dus ook mijn voortdurende zorg.
Er deed zich toen op dit vlak een incident voor, waar ik bij betrokken was. Daarbij viel ook al heel snel het woord ‘’Tuchtraad’’. Dankzij vrienden in het AZU kreeg ik echter een kennisvoorsprong, die tot een goede afwikkeling leidde. De uitkomst was uiteindelijk dat er sindsdien een goede en prettige samenwerking tussen de afdelingen KNO en Anesthesiologie is geweest. Dat was dus een zorg minder.

Prof Huizing, 2019

Part-time 1980-1988

Alles veranderde met de benoeming van Egbert Huizing tot hoogleraar in 1980.
Met hem kwam er ruimte voor investeringen in staf, nieuw onderzoek en gebouw. In de staf

konden wij geleidelijk aan Kees Graamans, Adriaan van Olphen, Herman Lubsen en later ook John de Groot verwelkomen.
In 1982 werd Gert Jan Hordijk benoemd tot hoogleraar met als speciaal aandachtsterrein de oncologie.

In deze constellatie is de kliniek weer opgebloeid.
Voor mijzelf veranderde ook alles. De dagelijkse gang van zaken was niet meer mijn zorg en de KNO-afdeling was nu weer stabiel verankerd in de faculteit. Feitelijk had ik afscheid kunnen nemen, maar mij werd gevraagd mijn functie te continueren. Deelprojecten werden toen mijn aandachtspunten. Te noemen waren naast inbreng in de assistentenopleiding vooral de samenwerking met de neurochirurgie, de parotischirurgie en het project Cochlear Implant.
Intussen was ik samen met Kupperman bezig met een aflevering in de Nederlandse Bibliotheek der Geneeskunde van Stafleu (doelgroep huisartsen) met als titel ‘’Gehoor verbeterende Chirurgie’’. Dit boekje verscheen als nº 118 in die serie in 1978. Een paar jaar later vond ik bij de Slegte in Groningen een grote stapel van die boekjes in de uitverkoop. Ik heb toen de hele voorraad gekocht en alle assistenten een exemplaar kunnen geven. Ook de operatiekamers in Amersfoort en Utrecht werden voorzien.

Verbouwing Operatiekamers
Een geheel ander punt was de verbouwing en actualisatie van de operatiekamers in Utrecht. Dit werd nu ter hand genomen. Er was extra ruimte beschikbaar omdat er oorspronkelijk een kleine Röntgenkamer annex aan de operatiekamer bestond. Deze werd niet meer gebruikt. Het bouwbureau van het AZU ging aan de slag en kwam met een fraaie tekening met alle attributen van een operatieafdeling. Tot mijn ontsteltenis ontbrak er echter iets essentieels, namelijk de koffiekamer. En dat is nu net de informatiebeurs van een chirurgische afdeling en van onschatbare waarde voor assistenten opleiding en voor de voorbereiding van planning, management etc. Dat is ook de plaats waar je het beste overleg kunt voeren met de

verpleegkundige staf van de OK. Bovendien wil je tussen 2 operaties ook wel eens een kopje koffie drinken.
Uitgaande van de bestaande tekening ben ik wat gaan schuiven en heb zelf, rekening houdend met dragende muren en andere noodzakelijke attributen een alternatieve tekening op millimeterpapier gemaakt. Deze is uiteindelijk zonder noemenswaardige aanvullingen door het bouwbureau overgenomen en uitgevoerd.

Gebroken heup Els

In het persoonlijke vlak was er een tragische gebeurtenis in 1983. Els brak bij een betrekkelijk gering ongeval haar heup. Genezing liet op zich wachten. Er was een moeizame revalidatie door een Südeck dystrofie, waarvoor de revalidatie jaren duurde. Achteraf gezien was dit een voorbode van nog meer narigheid in het komende decennium.
Met onze kinderen Christian en Anke ging het goed. Beiden hebben in die periode hun Atheneum afgerond.
Christian ging naar het HBO in Hilversum, telecommunicatie en informatica, en is thans bij een ontwerpbureau als systeemontwerper in de informatica werkzaam.
Op het moment dat ik dit schrijf, is hij in Zuid-Korea bij de Olympische Winterspelen (2018) als official van de World Curling Federation. Hij is getrouwd met een Canadese voormalig speelster in de hoofdklasse aldaar. Zij is nu Bondscoach van de Nederlandse Curling-Bond. Vandaar!
Anke ging naar de opleiding diëtetiek in Den Haag. Ze miste scheikunde in haar pakket, maar heeft parallel aan haar eindexamen ook staatsexamen scheikunde gedaan. Ik heb haar toen met die scheikunde wat op weg kunnen helpen.
Later is ze bij de Open Universiteit psychologie gaan studeren tijdens haar werk als diëtiste in Gouda en aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Ze heeft haar studie afgerond en is thans docente aan het HBO. Haar man werkt als systeembeheerder bij het CNV, het Christelijk Nationaal Vakverbond, ook in de computerbranche.

LSV 1982-1991

Na mijn werkzaamheden als secretaris van de medische staf in Amersfoort werd ik enkele jaren later gevraagd (en verkozen) om zitting te nemen in het Centraal Bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging (thans Federatie Medische Specialisten). Dat was weer een heel ander verhaal. Naast incidentele projecten waren er daar 2 permanente commissies, de Commissie Beroepsbelangen en de Commissie Medische Staven. Ik werd toegevoegd aan de laatste. Deze commissie hield zich vnl. bezig met kwaliteitsbeleid.

Eén van de eerste onderwerpen, waar ik me mee bezig moest houden, was dagbehandeling. Als KNO-arts werd ik geacht hierop goed kijk te hebben. Dagbehandeling werd voorgestaan door patiëntenverenigingen en door verzekeraars, maar dan wel om geheel verschillende redenen.
Binnen de professie en in de ziekenhuisbesturen was men er over het algemeen geen voorstander van. Er moest dus beleid ontwikkeld worden. Het was nu aan de LSV om een positiebepaling op te stellen die tot consensus zou kunnen leiden. Kwaliteit en veiligheid bij dagbehandeling waren daarbij de uitgangspunten. Pas wanneer deze gewaarborgd zijn is het voortgang in dit dossier verantwoord. En daar zijn vele varianten mogelijk. Als iemand aan zijn been geopereerd wordt, kan je hem niet in de avond naar huis laten gaan als hij 4-hoog in een flat zonder lift woont, maar wel als er een lift is. Ook co-morbiditeit speelt een rol. Ik heb deze en soortgelijke punten later met succes kunnen gebruiken bij onderhandelingen op nationaal niveau met

verzekeraars. Zo was hun oorspronkelijke invalshoek dat aan ieder code voor een verrichting of een ziekte een vast label klinisch of dagbehandeling hing. Dat was niet goed, en dat is ook niet gebeurd.
In mijn rapportage heb ik onze invalshoek indringend naar voren gebracht.

Een ander project waar ik me op eigen initiatief mee ben gaan bezig houden, was een model beleidsplan medische staven. Ik had dat in Amersfoort voor ons ziekenhuis ook al bij de hand gehad en ik heb toen voor de LSV een concept Model Beleidsplan Medische Staf opgesteld. Dat is van alle kanten verbeterd en aangevuld en heeft geleid tot een eerste ‘’definitieve’’ uitgave.
Net als in Amersfoort was het de eerste van een serie.

Teleurstellend in die jaren was dat de meeste energie in de LSV gericht was op verdediging tegen de voortdurende aanvallen van voornamelijk de overheid, via tariefmaatregelen en budgettering. Het was teleurstellend omdat deze maatregelen voor de overheid wel krantenkoppen opleverden, maar weinig bijdroegen aan de beteugeling van de toen al rijzende kosten van de volksgezondheid als geheel.
De overheid heeft daar in die tijd kansen laten liggen. De conflicten met de specialisten waren een dekmantel voor falend overheidsbeleid op de punten die er werkelijk toe deden. Ik denk daarbij aan de ook toen al toenemende bureaucratie, de stroeve relaties met de farmaceutische industrie en aan het vaak inefficiënt gebruik van capaciteit.
Het enige middel dat de overheid hier inzette, was budgettering. Dit leidde tot wachtlijsten en leegstand in de maand december. In januari moest dit dan weer ingehaald worden uit het budget van het jaar daarop. En zo ging dat verder.
In goede samenwerking met de artsenorganisaties had dat anders kunnen lopen, maar de politiek prefereerde het conflict en de krantenkoppen.

#

6e decennium, 1985-1995

Ziekte Els, ikzelf part time in Utrecht tot eind 1988, Praktijk in Amersfoort, Vertegenwoordiging in externe organisaties

Els

In 1983 had zij haar heup gebroken, gevolgd door een Südeck dystrofie, waardoor herstel en revalidatie jaren duurde. Geleidelijk ging dat toch de goede kant op. Maar in 1989 tijdens een vakantie in Oostenrijk viel me op dat ze wat onzeker liep, zoals dat past bij een beginnende ataxie. Dit was reden voor neurologisch consult. Het was inderdaad een neurologische aandoening, maar een oorzaak was niet te vinden, laat staan een therapie. Er was zelfs toentertijd nog geen naam voor.
Ze is eerst in de Lichtenberg, later in het Universitair Medisch Centrum Utrecht uitgebreid onderzocht. Maar het heeft eigenlijk niets opgebracht.
Het was voor ons allen een droevige toestand.
Intussen werd ze ook toenemend invalide. Er kwam een rollator, maar toen die er eenmaal was, was er al zoveel progressie dat een rolstoel nodig was.
We hadden goede huishoudelijke hulp. Voorts kwam er een stoet hulpverleners van verschillende disciplines over de vloer.
Al eerder hadden we besloten uit te zien naar een nieuwe behuizing, kleiner en met alle essentialia op de begane grond. Dat huis op de Zandbergenlaan 39 hadden we op tekening gekocht en kon dus nog wat aangepast worden. Het was een uiterst gerieflijke woning. We zijn daar in september 1991 ingetrokken. Els is deze woning helaas slechts 1 keer op de bovenverdieping geweest.
Het was een erg moeilijke tijd. Ik had zowel in Utrecht als in Amersfoort nogal wat omhanden. Ik had daarvan afgezien van volledige beëindiging van de praktijk mogelijk wel iets kunnen afstoten, maar veel verschil zou dat niet gemaakt hebben. Het was mij althans ook wel duidelijk dat er een natuurlijk einde in het verschiet was. En ik wilde daarom ook geen lijnen naar mijn eigen toekomstige beroepsuitoefening afsnijden.

Els is inderdaad in een paar jaar steeds verder achteruitgegaan en uiteindelijk thuis in haar slaap overleden op 25 maart 1995.

Mijn part-time Utrechtse functie

Vanaf 1980 met de komst van Huizing als hoogleraar werd alles anders. Voorlopig had ik nog wel wat te doen in de oncologie, maar in 1982 werd Gert Jan Hordijk benoemd tot hoogleraar met als speciaal aandachtsterrein de oncologie.
Voor mijzelf veranderde ook alles. De dagelijkse gang van zaken was niet meer mijn zorg en de KNO-afdeling was nu weer stabiel verankerd in de faculteit. Feitelijk had ik afscheid kunnen nemen, maar mij werd gevraagd mijn functie te continueren. Deelprojecten werden toen mijn aandachtspunten. Te noemen waren naast inbreng in de assistentenopleiding vooral de parotischirurgie en het project Cochlear Implant. Hierover volgt nog een apart hoofdstuk.
Een ander verhaal betrof de relatie met de Neurochirurgie. Prof. Verbiest was daar in 1981 opgevolgd door Prof. Tulleken. Met hem deed ook de operatie-microscoop zijn intrede in de neurochirurgie aldaar. In de voorafgaande jaren hadden Gerlings en Verbiest de transnasale hypofysectomie geïntroduceerd. Daarvoor werd ik nu uitgenodigd. Ik had daar tevoren al iets van gezien, maar het was toch wel echt nieuw voor mij. Later volgde ook de translabyrinthaire benadering van acusticus neurinomen met microtechniek, zoals ontwikkeld door Bill House in Los Angeles. Hem komen we straks opnieuw tegen bij de aanvang van de Cochlear Implants in Utrecht in de tweede helft van de jaren 80.
Eind 1988 heb ik afscheid genomen van de Kliniek in Utrecht. Mijn functies werden zonder rimpeling overgenomen door de jongere stafleden Kees Graamans, Adriaan van Olphen (Cochlear Implants), Herman Lubsen en John de Groot. Gert Jan Hordijk had in 1982 de oncologie al overgenomen.

Praktijk in Amersfoort

Dat was de kern van mijn werk, juist ook in dit decennium. Ik voelde me in de Lichtenberg erg thuis en het werken daar was een genoegen. Samen met Hans Venker en Gerrit Pluimers hadden we een prima maatschap. Echter verandering kwam aan de horizont. Ons gebouw stamde uit de jaren 50 en het St.Elisabeth Ziekenhuis uit de jaren 60.

We werkten op het niveau van de medische staf al veel samen, maar de besturen konden niet samen door één deur, en de overige medewerkers waren ook huiverig voor samenwerking. Het was dus aan de medische staven om naar een toekomstige fusie toe te werken. Fusie was onvermijdelijk. De gebouwen waren verouderd en de tijd was er niet naar om in Amersfoort 2 nieuwe ziekenhuizen te bouwen. Het zou overigens nog tot 2013 duren voordat er een nieuw gebouw in gebruik genomen kon worden.

Als medische staf hadden we al enkele overkoepelende maatschappen, en de KNO is daarin eind jaren 80 gevolgd. Het bestuur van het EZ had als voorwaarde, dat ik dan ook daadwerkelijk in het EZ zou gaan praktiseren. Dat was in het begin wel weer wat extra stress, maar het functioneerde na wat aanpassingen uiteindelijk heel goed. De ziekenhuizen lagen ook maar 5 km van elkaar verwijderd en wij woonden zelf halverwege. Wat ik onder meer zelf heb bijgedragen was het over en weer meenemen van polikliniek assistentes. Dat was

een goede greep, want daardoor ontstond er ook op dit gebied wat vertrouwdheid en het heeft zich wel rondgesproken.

Die polikliniek van de Lichtenberg was een bijzonderheid. Deze was gelegen in de Hellestraat, in het centrum van de stad, ver weg van onze hoofdlocatie aan de Utrechtseweg. Deze polikliniek locatie was in 1964 geopend. Het was toen nodig omdat eerdere gehuurde ruimte in de stad onvoldoende was en steeds minder specialisten spreekuur in de eigen woning konden houden. Deze locatie is in stand gebleven tot in 2013 de nieuwbouw in gebruik kon worden genomen.
Hieronder de toen nog nieuwe polikliniek van de Lichtenberg in de Hellestraat. Daarachter het politiebureau.

Dit was het hart van onze KNO-praktijk. Van 1973 t/m 1995 heb ik hier, ondersteund door een loyale en deskundige staf, duizenden patiënten gezien en behandeld.
Bij mijn afscheid eind 1995 kreeg ik van de medewerkers een fotoalbum met talrijke bijdragen, zowel van de staf als van vele patiënten. Het is nog steeds roerend om daarin te lezen en te kijken.
Mijn hartelijke dank !!

Vertegenwoordiging in externe organisaties:
Mijn bestuursdeelname in de LSV (Landelijke Specialisten Vereniging) van 1982-1991, waar het vorige hoofdstuk mee eindigt, heeft met zich meegebracht dat ik in een viertal andere organisaties de LSV mocht vertegenwoordigen. Dit waren 2

adviesorganen van onze nationale overheid, de NRV en het CVZ (College Voorzieningen Ziekenhuizen).
Die advies organen werken met commissies van deskundigen, die rapporteren aan de plenaire vergadering. Hier wordt dan het definitieve advies vastgesteld.

De andere twee waren medische beroepsorganisaties. Het waren het SPMS, ons beroeps pensioenfonds en de UEMS, de European Union of Medical Specialists in Brussel, de overkoepelende organisatie van de landelijke specialisten verenigingen in Europa.

1 - De NRV (Nationale Raad voor de Volksgezondheid).
Ik ben daarbij betrokken geweest van 1986-1990. Dit was een zeer breed opgezet orgaan dat over allerlei zaken gevraagd en ongevraagd advies kon geven. Meestal ging het over zaken buiten ons werkterrein, maar ik ben toch een keer in actie gekomen. Het betrof geriatrie. Dat was toen een opkomend specialisme. De NRV oordeelde in het concept advies dat alle bejaardeninstellingen recht hadden op geriatrische expertise, maar met mate. Daarom werd er voorgesteld per regio één geriater aan te stellen die dan ter beschikking stond voor de geriatrisch verzorging in de tientallen bejaardeninstellingen in de regio. Dat was voor mij reden om in te grijpen. Geriatrie was toen al een klinische specialisme in opkomst, en het werk van de geriaters is patiënten behandeling. Ik heb gevraagd hoe men zich het werk van deze ene geriater voorstelt. Als hij zich in alle instellingen op dit gebied even wil laten zien, is hij als marskramer minstens een maand bezig. Hoe verhoudt dit zich met patiënten behandeling? Daarop had men geen antwoord. Het advies is toen met een paar zinnetjes uitgebreid, maar ik heb er later niets meer van gehoord. De snelle ontwikkeling van de klinische geriatrie heeft dit alles achterhaald.

2 – Het CVZ (College Voorzieningen Ziekenhuizen).
Ik ben daarbij betrokken geweest van 1985-1990. Dit een heel ander verhaal. Dit College adviseert het ministerie over

personeel, nieuwbouw, uitbreiding en apparatuur in de ziekenhuissector.

- Zwembad: ter tafel van het plenaire College kwam een concept advies van de desbetreffende commissie over een zwembad in het Nederlands Astmacentrum in Davos in de Zwitserse bergen. Oorspronkelijk was dit een tuberculose sanatorium. Ze hadden van een sponsor een zwembad cadeau gekregen, of eigenlijk toezegging van financiering voor bouw en inrichting. De Nederlandse overheid dient te beslissen of ze dit mochten accepteren. Het advies van de commissie was om dit niet te accepteren. De reden was dat het tot verhoging van de exploitatiekosten van het Centrum zou leiden, en daar zag men de noodzaak niet van in. Het argument was dat als die astmapatiënten om therapeutische redenen moesten zwem-men, dit net zo goed in het zwembad in Davos-dorp kon plaats vinden.

En dat was nu net het argument van de sponsor. Die wilde de astmapatiënten de gelegenheid bieden gebruik te maken van een chloor-vrij zwembad. Dat chloor was toen het knelpunt. Een zwembad met chloor verdraagt zich niet met de behandeling van astma patiënten. Ik heb dat punt in levendige bewoordingen in de plenaire vergadering aan de orde gesteld. Dat was aanvankelijk voor dovemans oren, tot op enig moment de vertegenwoordigers van de patiëntenverenigingen in het College wakker werden. Toen die zich in het debat mengden, werd het conceptadvies teruggenomen voor nader beraad. Hoe dat toen verder gelopen is, weet ik niet precies. Maar ik weet wel dat in de meer recente nieuwbouw van het astmacentrum een fraai zwembad aanwezig is.

- Kinderafdelingen: veel gewichtiger was het volgende punt. Het betrof kinderafdelingen in algemene ziekenhuizen. Het oog van de instanties was hierop gevallen als mogelijke plaats van verhoging van de efficiëntie – lees bezuiniging. Er was een commissie opgesteld die een pre-advies moest uitbrengen. Deze commissie bestond naast ambtelijke medewerkers uit emeritus-hoogleraren in de kindergeneeskunde. Hen werd gevraagd een ideaalbeeld op te stellen van een kinderafdeling. Zij vielen in de valkuil en schetsten hun ideaalbeeld. Dat wil

zeggen alle toeters en bellen, met high-, medium- en low-care afdelingen met de daarbij behorende voorzieningen op gebied van bouw, apparatuur en opleiding van hooggeschoolde en uitgebreide medische en verpleegkundige staf. Dat was mooi, maar het College stelde wel dat er dan in het land maar plaats was voor een klein aantal van deze kinderafdelingen. Die werden dan wel wat groter. Maar de consequentie was dan wel dat de kinderafdelingen in de overige algemene ziekenhuizen dan konden sluiten. Dat zou nog eens een forse bezuiniging zijn.
Op mijn vraag waar dan de kinderen met een gebroken been, met een verstopte neus, met aangeboren orthopedisch afwijkingen naar toe moesten, was het antwoord: die kunnen ook wel op de volwassenen afdeling terecht. Dat was voor mij de gelegenheid om in de vergadering een schets te geven hoe een kinderafdeling in een algemeen ziekenhuis functioneert. Daar is een speelkamer, er kan onderwijs gegeven worden aan kinderen met een langdurige opname etc. Ik bleek de enige aanwezige te zijn die regelmatig op een kinderafdeling in een algemeen ziekenhuis aan het werk was. De vertegenwoordigers van de patiënten verenigingen werden toen ook wakker. Later vertelden ze me dat ze begrepen hadden dat het pre-advies alleen intensive care units betrof. Maar hun ogen gingen nu toch open. Er ontstond wat deining in de vergadering en de voorzitter nam het pre-advies terug en zegde op mijn advies toe dat de voorbereidende commissie met de emeritus hoogleraren kindergeneeskunde uitgebreid zou worden met vertegenwoordigers van de chirurgische specialismes. Dat zou gaan via de wetenschappelijke verenigingen in die specialismes. Binnen de LSV is er toen met uiterste spoed voor gezorgd dat deze verenigingen zouden zorgen voor ter zake kundige en goed van de tongriem gesneden vertegenwoordigers in deze commissie. Het doel moest uiteraard zijn het hele project te torpederen. Zo is dus ook geschied en hebben we nog steeds kinderafdelingen in algemene ziekenhuizen.
In Medisch Contact no 35, 31 augustus 2012, p.1936 is dit verhaal ook gepubliceerd.

3 – de SPMS (Stichting Pensioenfonds Medisch Specialisten).
Dit is onafhankelijke stichting binnen het kader van de pensioenwetgeving van de rijksoverheid voor de vrije beroepen. Het bestuur bestaat uit medisch specialisten, die verkozen worden door de beroepsgroep als geheel. De banden met de beroepsgroep zijn uitsluitend informeel, maar wel nauw. Dit wordt ook vorm gegeven door een plaats in het bestuur van het Pensioenfonds voor een vertegenwoordiger van de LSV. Van 1988-1991 heb ik die functie mogen vervullen. Expertise op pensioengebied had ik niet. Mijn functie was de onderlinge relatie tussen SPMS en de LSV. In die laatste was ik in die periode lid van het Centraal Bestuur. Mijn taak was vooral onderlinge informatie uitwisseling en afstemming van beleid.
Ik was getroffen door de grote mate van deskundigheid en inzet van onze collega's en ook staf en externe adviseurs. Ook achteraf gezien was het SPMS zeer succesvol. Tijdens de recente pensioencrisis is mijn SPMS pensioen zelfs nog gestegen (25% in de laatste 8 jaren!)

4 - de UEMS (European Union of Medical Specialists).
Van 1986 – 1996 ben ik vertegenwoordiger van de LSV geweest in deze Europese beroepsorganisatie en van 1996 tot eind 2002 lid van het Dagelijks Bestuur. In het laatste hoofdstuk van dit boekje vindt de lezer een persoonlijk verslag van mijn boeiende wederwaardigheden in deze organisatie onder de titel: ''personal notes''. Ik heb dat stuk begin 2017 geschreven op verzoek van het bestuur van de UEMS als een stukje geschiedschrijving. Het is de slotfase van mijn beroeps-loopbaan geweest, en niet de minst opwindende.

#

De Cochlear Implant, eerste jaren 1982-1990

Het Cochlear Implant programma in Utrecht,
Huizing-Leibbrandt

N.B. Deze tekst betreffende de ontwikkeling van het Cochlear Implant Programma in Utrecht 1982-1988 is een verkorte en wat bewerkte vorm van het artikel van Huizing en mijzelf in het Nederlands Tijdschrift voor Keel- Neus- Oorheelkunde 16e jaargang no 4, oktober 2010, p. 192-197.

Het aarzelende begin in Utrecht

In Utrecht kwam cochleaire implant al omstreeks 1980 in het vizier van de toen net benoemde nieuwe hoogleraar, Egbert Huizing.
Er waren vele projecten in de wereld gaande, maar altijd door een samenwerking tussen een Otologische kliniek en een Technische Hogeschool. Deze laatste bouwde de implants, maar deze waren experimenteel en buiten ons bereik.
Huizing en Leibbrandt hadden echter al langere tijd contact met meerdere van deze groepen en het punt kwam op de agenda van de stafvergadering op vrijdagavond 1 september 1982 als toekomstig speerpunt. Er waren in die tijd middelen beschikbaar voor zaken zoals het starten van een elektrisch binnenoorprogramma en het samenstellen van een multidisciplinair team met de benodigde expertise. Er was scepsis in de vergadering, maar er werd besloten de haalbaarheid nader te onderzoeken.

Er was toentertijd echter nog geen apparatuur verkrijgbaar. Begin jaren tachtig werd het patent van de House-Urban groep (Los Angeles) overgedragen aan de 3M- Company en werd tot commerciële productie overgegaan. Op een door ons (CCL) bezocht symposium in Erlangen eind september 1982 was een vertegenwoordiger van de 3M-Company aanwezig en werd het eerste contact over levering gelegd. Wij kozen zonder aarzeling voor de House-3M prothese, omdat hiermee verreweg de meeste ervaring bestond. Alle andere apparatuur was toen nog experimenteel en alleen met moeite ondershands verkrijgbaar.

Daarom werd in augustus 1984 een bezoek aan de hoofd-vestiging van de 3M-Company in Minneapolis gebracht (CCL), waar de levering nader werd besproken. Ook werden de productiefaciliteiten bezocht. Het leek echter verstandig te wachten totdat de House-3M prothese door de Federal Drug Administration (FDA) geregistreerd was omdat dit de kans op juridische consequenties bij een eventuele mislukking zou verkleinen. In november 1984 kwam de FDA goedkeuring tenslotte af, echter alleen voor binnenlands gebruik in de USA.
Voor export was een importvergunning van het desbetreffende land vereist. Ik heb toen het Ministerie van Volksgezondheid om een importvergunning gevraagd. Het antwoord was dat in Nederland importvergunningen voor medisch-technische apparatuur niet nodig waren en dus niet werden afgegeven. Er volgden nog meerdere contacten, maar geen importvergunning. Ik heb uiteindelijk zelf een importvergunning in het Engels opgesteld en deze aan mijn contactpersoon in het Ministerie in Den Haag toegezonden met daarbij een gefrankeerde en aan mij privé geadresseerde antwoordenveloppe. Tenslotte was er de vraag zo vriendelijk te willen zijn deze importvergunning over te laten typen op briefpapier van het Ministerie. En zowaar, na enkele weken kwam mijn antwoordenveloppe terug met mijn tekst op het officiële briefpapier en een wat mistige hand-tekening.
Het document ging direct per fax door naar de 3M company in Minneapolis, en vandaar naar de FDA!

Nog in hetzelfde jaar 1984 werd een kernteam geformeerd en met de voorbereidingen begonnen. In de loop van de daaropvolgende twee jaren werd gewerkt aan de wijze van patiënten selectie, de voorlichting, de preoperatieve tests om de prikkelbaarheid van de gehoorzenuw te meten, het opstellen van selectiecriteria, de operatietechniek, de postoperatieve training van de geïmplanteerde patiënten, en de maat-schappelijke aspecten van de behandeling. Het team werd daartoe uitgebreid en bestond uiteindelijk uit: A.Clemens, audioloog; Mw. J.F.M. Dorjee-Albersen, maatschappelijk werk; E.H.Huizing, voorzitter en coördinatie; C.C.Leibbrandt, otologie,

klinische selectie, chirurgische aspecten; A.F.van Olphen, otologie, preoperatieve tests; Mw.H.H.M.del Prado, revalidatie; G.F.Smoorenburg, audiologie en apparatuur voor preoperatieve tests van de gehoorzenuw.

De eerste kandidaten en de eerste apparatuur

In de aanloopfase was de patiënten selectie de belangrijkste en meest kritische zorg. Zoals elders in Europa (Wenen, Londen, Parijs) werd besloten ons in eerste instantie alleen op postlinguaal doof geworden volwassenen te richten. Grote aantallen patiënten werden gezien. Van een eerste serie van 136 aanmeldingen bleken er echter slechts 26 aan de primaire selectiecriteria te voldoen.

Wie betaalt er?

Tenslotte was er nog het probleem van de financiering, want een House-3M prothese kostte toen tussen de NLG 40.000,- en 45.000,-.

Bij een opstarten van een project als dit behoef je in eerste instantie niet aan te kloppen bij de ziektekostenverzekering en evenmin bij een publiekrechtelijk adviesorgaan zoals de Ziekenfondsraad. Uiteraard deden wij dat wel, maar dat blijkt spoedig een doodlopende weg. Gelukkig was de directie van het AZU (medisch directeur Mw Els Borst) gevoelig voor onze ideeën. Het gelukte niet het project aangemeld te krijgen bij het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde, maar de directie zegde toe uit haar beleidsreserve in de aanloopperiode protheses ter beschikking te zullen stellen. Zij heeft dit ook trouw gedaan.

De eerste implantaties

Op 12 februari 1985 vond tenslotte de eerste implantatie (CCL) met een éénkanaals House-3M prothese plaats bij een 28-jarige gehuwde totaal doof geworden vrouw zonder enige andere handicap. Enkele weken later werden nog twee andere patiënten geïmplanteerd. Er deden zich geen complicaties voor en de resultaten waren zonder meer bemoedigend. Op drie fronten konden wij er vooruitgang constateren: 1. opheffen van het akoestisch isolement, 2. ondersteuning van het spraak-

afzien en 3. een betere stem- en spraakbeheersing. Dankzij de financiële toezegging kon begin 1986 een tweede serie van drie patiënten geïmplanteerd worden. De reden om voor kleine series te kiezen was vooral dat de postoperatieve zorg, de afregeling van het toestel en met name ook de revalidatie min of meer in groepsverband kon plaats hebben.
In die tijd werd ook door middel van enkele publicaties in professionele tijdschriften aandacht gevraagd voor deze nieuwe ontwikkeling. Eind 1986 werd vervolgens een rapport voor de Nederlandse Vereniging voor Audiologie geschreven, waarin de eerste ervaringen werden vastgelegd.
In 1988 werd overgestapt naar het Nucleus 22-kanaals implantaat. Bij deze overgang kregen wij steun van de KNO-universiteitskliniek in Hannover (Dr. Ronald Laszig en Prof. Lehnhardt). Met deze prothese werd een aanzienlijke verbetering bereikt, vooral van het spraakverstaan. In mei 1990 werd een patiënt met deze prothese op de KNO-vergadering te Utrecht gedemonstreerd waarbij de operateur van Olphen vanuit de collegezaal een telefoongesprek met betrokkene voerde. De betekenis van de CI was toen ook in ons land bewezen.

De samenwerking Utrecht-Nijmegen
Ook in Nijmegen was onder leiding van Prof. Van den Broek een aanvang gemaakt met een cochleair implant programma en in 1987 werd daar de eerste implantatie verricht en wel met een vierkanaals 3M-Vienna prothese. In tegenstelling tot de Utrechtse ziekenhuisdirectie koos de Nijmeegse wel voor aanmelding van een project bij het Fonds Ontwikkelings-geneeskunde. Zo kreeg Nijmegen in 1988 de middelen om in een drie jaren durend project een serie volwassenen van een implant te voorzien en later in samenwerking met het Instituut voor Doven te Sint Michielsgestel een tweede project bij kinderen. Het was buitengewoon loyaal van de Nijmeegse groep om het Utrechtse team in 1991 te betrekken bij een volgend project bij volwassenen. Inderdaad is samen optrekken bij een moeilijke verovering verstandig.

Nog enkele persoonlijke opmerkingen

Zoals boven al gemeld was patiënten selectie vooral in de beginfase een lastige opgave. De eerste intake heb ik verzorgd, waarna een traject langs de overige teamleden volgde.
Maar hieraan voorafgaand was er de vraag ‘’hoe bereiken wij potentiele patiënten’’. Cochlear Implants waren in Nederland niet bekend en het traditionele traject met verwijzing door KNO-artsen werkte niet. Enige publiciteit was dus nodig. Niemand was daar enthousiast voor, maar uiteindelijk kwam er een interview met een verslaggever van De Telegraaf in beeld. Dat interview moest ik maar geven, en het vond dus plaats in Amersfoort in de Lichtenberg. Het is een zeer genuanceerd en goed verslag in De Telegraaf geworden. En het heeft inderdaad gewerkt; we kregen nu meer patiënten aanbod.
Een bijzonderheid bij dat interview was dat ik op het laatste moment hoorde dat er een fotograaf mee zou komen.
Ik heb toen mijn dochter Anke opgebeld met de boodschap dat als ze nu onmiddellijk naar het ziekenhuis zou komen, ze vervolgens met portret in De Telegraaf zou komen. Ze was er binnen een kwartier. Ik had een dummy van de externe apparatuur van ons implantaat voorhanden. We hebben haar daarmee uitgerust met de externe transducer achter haar oor. Zo is haar foto prominent in de Telegraaf gekomen.

Zelf heb ik eind 1988 afscheid genomen van de 25% aanstelling aan de Utrechtse kliniek en daarmede van mijn actieve rol in het Cochlear Implant project. Mijn functies daarin zijn overgenomen door Adriaan van Olphen, die daarin jarenlang heel veel werk verzet heeft en het project tot volwassenheid heeft gebracht.
De omvang van het werk vergde al snel iemand die mijn functie hierin fulltime kon overnemen, en dat heeft Adriaan voortreffelijk gedaan. Ikzelf maar in de eerste plaats patiënten en kliniek zijn hem hier voor veel dank verschuldigd.

#

7e decennium, 1995-2005

Huwelijk met Loes oktober 1996
Liason-officer en later Secretary-General van de UEMS.

Het overlijden van Els kwam niet onverwacht. Toch is het erg ingrijpend. Het heeft zeker ½ jaar een domper op mijn leven gezet. Later hoorde ik van lotgenoten dat zij dat net zo ervaren hadden. Het is plotseling een erg leeg gevoel.
Gelukkig hebben de kinderen mij daarin enorm gesteund. Het toeval wilde dat Christian op de heel korte termijn hierbij een rol zou vervullen. Hij zou met mij meegaan voor een korte trip naar Londen. Ik was daar uitgenodigd door het Royal College of Physicians om over medische nascholing in Europees verband te spreken. Ze waren toen al Eurosceptisch. Data en tickets waren al lang van tevoren vastgelegd en Anke zou die dagen thuis bijspringen. De vertrekdatum was de dag volgend op de begrafenis. Ik wilde aanvankelijk afzeggen, maar uiteindelijk is het toch doorgegaan. Christian heeft allerlei technische zaken in Londen bezocht en we hebben 2 musicals bijgewoond.
Details over die vergadering vindt U in het laatste hoofdstuk van dit boekje, dat over de UEMS handelt.
Bij vertrek uit Londen werden wij op het airport uitvoerig onderzocht. Ze zagen ons aan voor een maffia boss met lijfwacht. Maar dat kon opgehelderd worden.

Hoe nu verder?

Voor de langere termijn was toch wel de vraag ‘’hoe nu verder’’. Ik had praktijk in de 2 Amersfoortse ziekenhuizen met op de achtergrond intensieve bemoeienis met de UEMS in Brussel, de European Union of Medical Specialist. Ik had mijn nek daar nogal uitgestoken en het was te verwachten dat ik in het Dagelijks Bestuur verkozen zou worden. Dat is lastig te verenigen met een praktijk in Nederland. Ik heb toen toch maar besloten in Amersfoort te stoppen en op Brussel te mikken.
We zochten dus een opvolger in Amersfoort, maar dat is helaas niet gelukt, althans niet op korte termijn. Wat later gelukkig wel,

en naar aller tevredenheid, maar mijn maten hebben toch wel een lastige tussenperiode gehad.

Loes Oosterdijk

Een ander punt was dat Loes Oosterdijk weer in mijn leven opgedoken was. We kennen haar al als secretaresse van Prof. Gerlings in de Utrechtse kliniek, waar ik begin jaren 60 mijn KNO opleiding begon. Zij is logopediste geworden en in begin jaren 70 uit Utrecht weggegaan en ook uit mijn gezichtsveld verdwenen. In de jaren 80, toen ik in verband met de Cochlear Implants contact kreeg met de Nijmeegse KNO-kliniek, kwam ik haar in Nijmegen weer tegen. Zij was daar toen logopediste.
We hebben daarna contact gehouden. Zij voelde er aanvankelijk na 60 jaar onafhankelijkheid niet veel voor, maar uiteindelijk na het overlijden van Els is dat de aanloop geweest voor ons huwelijk. En we hebben het samen heel goed gehad
Het huwelijk werd voltrokken op 19 oktober 1996 op de Nijmeegse Pannenkoekenboot tijdens een cruise op de Waal met een groot gezelschap vrienden en familieleden.

Ik was inmiddels naar Nijmegen verhuisd, waar we een gerieflijk en fraai liggend appartement in het Belvoir complex aan het Trajanusplein, Graadt van Roggenstraat 33 betrokken.

Verkiezing in Dagelijks Bestuur UEMS

De huwelijksreis ging de dag na het huwelijk naar Oslo. Daar was de halfjaarlijkse vergadering van de UEMS. Ik had daar het opzetten van een website al aangekaart.

Dat kon ik gaan invullen toen ik daar in het Dagelijks Bestuur van de UEMS verkozen werd als liaison officer.
De meerderheid van de vergadering was overigens tegen een eigen website op grond van de vermeende hoge kosten. Dat klopt ook als je het uitbesteedt. Ook twijfelden ze er aan of het wel zin had. De rest is historie.
Ik kreeg dus het groene licht, mits het geen geld kostte. Ik had echter al een privé internet aansluiting dank zij de steun van mijn broer Hans en van de KNMG, die dat voor zijn leden al voorbereid had. Die website kon ik daarvoor - dacht ik - in de beginfase wel gebruiken. Dat ging overigens niet zo gemakkelijk. Zo hadden we toen nog geen programma om WordPerfect teksten in HTML om te zetten. Dat moest dus handmatig. Hans heeft deze en soortgelijke obstakels opgeruimd.

Uiteindelijk is de website een groot succes geworden, en met minimale kosten. We waren de medische beroepsverenigingen op Europees vlak mijlen vooruit.

Mijn broer Hans met Ina en mijn vader (1980)

In de daarop volgende jaren heb ik alleen of samen met Loes voor de UEMS erg veel gereisd. Er was jaarlijks een vergadering in één van de Europese hoofdsteden en voorts veel uitnodigingen voor voordrachten over allerlei Europese zaken voor nationale medische organisaties.
Verder hebben we in 1999 nog een vakantiereis rond de wereld gemaakt. Toen wij terug waren, werd ik tot Secretaris Generaal van de UEMS verkozen. Dat vooral waren arbeids-intensieve jaren. U vindt een nadere beschrijving daarvan in het laatste hoofdstuk van dit boekje.

In Europa waren de omstandigheden door de val van de Muur in 1989 grondig veranderd. Professionele medische organisaties moesten in Oost-Europa van de grond af opgebouwd worden.
Kwaliteitsbeleid was altijd het speerpunt van het UEMS beleid geweest. In het verleden had zich dat geconcentreerd op de inhoud van de Europese wetgeving en speciaal op de onderlinge erkenning van diploma's. Dit was in 1975 geeffectueerd en de Europese Unie bleek niet van zins om verdere details nog via Europese regelgeving aan te pakken.
De UEMS heeft dit in de jaren 1975-1988 niet onderkend en dus is er stilstand geweest. Ik heb toen, tegen behoorlijke interne weerstand in, dat kwaliteitsbeleid weer opgepakt, maar op een geheel andere wijze.
Ik heb gemikt op de professionele nationale organisaties en ben gaan lobbyen om in die nationale opleidingen wat meer Europese samenhang te brengen. De tijd bleek er rijp voor te zijn en dat is wonderwel gelukt. Dat ging via inventarisaties van nationale gegevens en het onder één noemer brengen in Charters over specialistenopleiding en later ook nascholing. Als daar dan consensus over bestond werden de nationale organisaties gevraagd elementen hieruit in hun eigen nationale regelgeving te implementeren.
Geleidelijk is dat ook gebeurd. Nederland lag nogal eens dwars.

Nascholing

Nascholing is een belangrijk instrument in kwaliteitsontwikkeling en dit heb ik apart aangepakt. De Europese Unie distantieerde zich hiervan en het lag dus op ons bordje. Daarbij ging het met name over kwaliteitsbewaking van internationale nascholing en het internationaal erkennen van nascholingscredits.
Toen ik eind jaren 80 over dit soort zaken begon, waren ze nauwelijks bespreekbaar. 10 jaar later lukte het om hierover consensus te verkrijgen. Ik had al contact met de American Medical Association, die het creditsysteem voor de nascholing aldaar beheert. Via dit contact is in 2000 wederzijdse erkenning van Europese en Amerikaans nascholingscredits tot stand gekomen.

Meer hierover is te vinden in het laatste hoofdstuk, dat begin 2017 voor de UEMS geschreven werd.

Afscheid van het beroep

In 2002 heb ik me niet meer verkiesbaar gesteld. De voornaamste doelstellingen waren bereikt of stonden op de rails. Het werk werd me ook te zwaar.
De UEMS had geen middelen voor een permanente woning in Brussel. Ik deed het zo goed mogelijk met 1 à 2 trips naar Brussel per week naast de vele reizen naar plaatsen elders in Europa en de wereld. Verder was er dagelijks uitgebreid telefonisch contact met de dames van de Bureaustaf. Mijn huiswerk kwam per e-mail. Mijn bijzondere dank hierbij gaat uit naar mrs Bénédicte Reychler, onze chef du bureau. We werkten uitstekend samen.

Maar toen was het genoeg geweest en ik heb me vanaf eind 2002 geheel uit mijn beroep teruggetrokken. Het was mooi geweest.

Hierbij nog onze familie in 2011, wij-zelf, de kinderen Christian, Anke en hun partners resp. Shari en Hans.

Een gedetailleerder verslag onder de titel ‘’personal notes’’ betreffende mijn wederwaardigheden in Brussel vindt U in het laatste hoofdstuk van dit boekje.

In 2002 zijn wij toen echt met pensioen gegaan. Maar we hebben niet stil gezeten in die pensioenjaren.

Epiloog

Na het afscheid van beroeps gerelateerde functies ben ik dicht bij huis in die periode nog 10 jaar commissaris in ons appartementen complex annex hotel Belvoir geweest. Daar leer je ook weer andere vaardigheden. Zo heb ik voor ons complex een boekje gemaakt met een gedetailleerd overzicht van de meeste van de algemene technische voorzieningen met foto's, gegevens over onderhoud, leverancier en andere wetenswaardigheden.

Voorts was ik 2005-2014 secretaris van de Kerkenraad van de Protestantse Gemeente te Nijmegen. Dat gaf weer een heel andere kijk op de wereld.

Al met al een druk bestaan.

Die periode van 2002 tot 2015 is een prachtige tijd geweest. We hebben ook veel gereisd. Hawaii en Tahiti genoten onze belangstelling met zelfs tweemaal een cruise in de Stille Oceaan rondom Frans Polynesië. Ook bezochten wij nu wat minder gehaast vele mij reeds bekende streken van de USA, met name in het verre westen en Californië. Elders in de wereld zijn we in Canada en in Hong Kong geweest. Dichter bij huis waren het vooral Oostenrijk en Rhodos, waar wij heen trokken.

Vanaf 2015 is onze actie-radius wat beperkter geworden. Loes had haar pols gebroken, maar is ook verder wat gaan sukkelen met haar gezondheid[1].
Zelf heb ik vanaf 2008 ook regelmatig het ziekenhuis als patiënt mogen bezoeken, inclusief de operatiekamer. Dat was overigens dank zij de lumbaal anesthesie en de meekijk apparatuur best een leuke ervaring. De 24 uur daarna zijn minder aangenaam, maar in het dagelijks leven heb ik geen problemen.
Met heel veel dank aan mijn echtgenote Loes Oosterdijk, mijn kinderen en aan alle anderen, die mij bijgestaan hebben.

Februari 2018

Loes 2005, Venetia

[1] Loes is na enkele jaren mantelzorg thuis eind 2018 in een zorginstelling opgenomen.
In augustus 2019 is zij daar overleden.

History of the UEMS-EACCME®, personal notes

European Union of Medical Specialists
European Accreditation Council for Continuing Medical Education.

Dr C.C.Leibbrandt, UEMS Secretary-general 1999-2002

February 2017

Accreditation of postgraduate and continuing education Professional, national and European levels in the field of medical specialists Historical notes 1986-2002

1 - Early start of professional quality policy; the Charter on Postgraduate training 1993

When I became delegate on behalf of the Dutch association of medical specialists in the eighties, the prevailing mood in the UEMS Management Council was that quality of postgraduate training Europe-wide could be and should be accomplished by European Union legislation. This was a continuation of UEMS policy in the sixties and early seventies. In that period the UEMS and its specialist sections had been successfully providing the European Union the materials for the drafting of the ‘’doctor’s Directive’’. In this directive minimum requirements for the quality of postgraduate training were laid down. This was a condition for the required Europe-wide recognition of national diplomas of medical specialists.

The latter was part of the introduction of the common market by the EU, providing free exchange of goods, capital, people and services, including medical services.

Therefore the care of this directive was task of the EU Directorate Internal Market. Its focus in the medical sector is free exchange of diplomas and free movement of doctors. This became effective in 1975 with the Doctor’s Directive and its later updates (presently Directive 2005/36/EC). After that time quality of medical care became a side issue (and a nuisance) for the EU. Updating of the directive was limited to administrative

details. The profession was expected to take care of quality policy by itself.

However, at that time the UEMS Management Council pursued its policy of producing motions, some concerning very trivial issues. These were sent by way of the Standing Committee of European Doctors and the European Union ACMT (Advisory Committee on Medical Training) to the Directorate of Internal Market. The idea was that these motions would be incorporated in later updates of the Directive.
I did some research into the effectiveness of this approach, and came to the conclusion that this was a dead end.
In the plenary UEMS Council meeting in Athens October 1986 there was some concern about this matter, but the discussion was confused and the president (dr M.Fanfani) broke off the discussion without conclusion and adjourned for coffee break.
Subsequently during a chance meeting in the lavatory of the Athens Conference Palace I ventilated my concern to Jacques Gruwez. He shared my feelings and we decided to do something about it.
We gathered some younger colleagues in the UEMS Management Council and together we started the preliminary UEMS ‘’Harmonisation Committee”, initially rather informal. Formal establishment of this committee by the Management Council took place in 1988. Jacques Gruwez, professor of surgery in Leuven became president, I was secretary.
Under the auspices of this committee I gathered the requirements of postgraduate training separately for each member state and for all specialties. This was a huge and time consuming task. At last the data were laid down in the UEMS Compendium (1992).
This compendium brought to light that the medical profession really had a problem in Europe, due to the wide diversity of postgraduate training content.
But at the same time there was a growing feeling nationally that existence of some sort of European standard might be helpful for national organisations to improve their level of postgraduate training and facilities.

Bringing up the requirements for state of the art postgraduate training Europe-wide needed independent action by the profession itself. Therefore I started working on the first UEMS Charter in this field (postgraduate training). The subsequent draft evoked a lot of criticism in the Harmonisation Committee, which was endured by its president Jacques Gruwez with grace.
I evaluated all criticism and we did some networking. Half a year later we presented the draft with the required improvements. To our surprise it was adopted without much discussion in the Harmonisation Committee. It took some effort to convince the Management Council of the UEMS, but the Harmonisation Committee provided the necessary drive, and the UEMS Charter on Training of Medical Specialists in the EU was adopted with a substantial majority by the Management Council (president dr A.Kuttner) in its Berlin meeting October 1993.
For the following Charters the same procedure was followed. That went much easier.

2 - Continuing Medical Education and Professional Development, Charter 1994

In the mean time I had been thinking about CME. Traditionally Continuing Medical Education had been free of obligations and rules in the countries of the European Union. But in the early nineties awareness was growing that this could not be continued. And it was clear also that the profession should take the lead in developing quality control, both in postgraduate and in continuing medical education.
In my own country (the Netherlands) there was already a functioning system of accreditation of CME and awarding of credits in my own specialty Otolaryngology. But I had also seen a lot of practice in this matter during my frequent travels to the USA. In those days I was heavily involved in the development of ear surgery and head and neck surgery (that could be done together in those days) in the university hospital in Utrecht.

So in the UEMS I focused on CME as well. This was more difficult. The prevailing mood in the European countries was that CME was an individual responsibility. Very evident deviations

should be taken care of by disciplinary measures. But the mood was changing. So I started again in the UEMS Harmonisation Committee to lobby to get CME on the agenda. It was an uphill struggle with initially not much support. But due to the efforts of Robert Peiffer, at that time secretary-general of the UEMS, as a first step agreement on a UEMS position paper on CME was achieved with the support of the UEMS specialist sections (June 1994).
In the mean time I was a step further. I had been working on a Charter on CME using bits and pieces from several countries and associations. It was a hell of a job to get some form of consensus for this document, again starting in the Harmonisation Committee. But it was approved in the UEMS Management Council meeting in October 1994 in London (president Mr L.Harvey) with not too many abstentions and just one vote of the delegates against (without any explanation).

Just as in postgraduate training there was a growing feeling nationally that existence of some sort of European umbrella organisation for CME outside commercial interests would be desirable. Most doctors were already familiar with this phenomenon in the US. So there was work to do. But it went slowly.
We did not have actual plans for a follow-up at that time. In the years afterwards our first task was to gather support from national organisations of medical specialists in Europe. This also was an uphill struggle and involved a lot of traveling and usually a lukewarm reception.
Among others I was invited by the Royal College of Physicians in London to present the case for a European approach in March 1995. I was not in the best mood at that time (my wife had died a week earlier) and I was treated in the discussion rather roughly. Just as in the present time the UK was weary of European structures. But after the meeting the president came to me and she said ‘’you are on the right track, please go on’’.
Another accidental meeting during that meeting is worth mentioning. As I mentioned before, in the October 1994 meeting there was one vote against the CME Charter. The delegate

concerned explained to me afterwards that he considered any ruling of CME unethical. But in London the president of that particular national association happened to be present. I sat down with him during lunch and told him what had happened in Brussels and asked for an explanation. He exploded, stressed that the vote was against policy of his organisation and promised to do some homework. The result was that we never saw that particular delegate again in Brussels.

3 - EACCME®, establishment and early history

Progress was slow in putting together the elements of a working European structure. It was envisaged as a clearing house for CME credits, but it soon became a structure that we called the European Accreditation Council for CME (EACCME®). Basic principles had to be defined, as well as principles of operation including a financial paragraph. In comparison with other CME organisations the UEMS was operating on a shoestring and there were predators around.

At some time I was invited to join a meeting of executives of a large European Association in a particular specialty. It was held in a small castle outside Brussels. I arrived there by train (second class). I just saw the president of the meeting arrive in the biggest Mercedes I have ever seen. Snacks and drinks were excellent. In their meeting a *European Accreditation Committee on CME (EACCME)* to organise CME in their specialty was presented. My contribution was that establishment of a European CME structure by specialty seemed to me unwise. There was need for cooperation. Back in Brussels my first job next day was the setting in motion of European registration of the acronym EACCME® and its meaning. We just beat them.

A lot of thought was given in those years to defining principles and quality requirements for the accreditation system for CME credits. This process and its outcomes are described in the UEMS papers extensively and do not need to be repeated here.

A very positive point was our relation with the AMA (American Medical Association). One of our section members reported to

the UEMS office in Brussels, that he had met an AMA representative during a European scientific meeting who was there as observer. His task was to evaluate a request by that particular society for AMA CME credits. His report was not taken very seriously at first, but it crossed my desk and I contacted the AMA. There my letter reached the desk of Dennis Wentz, who appeared to be looking for some form of structured awarding of American credits to European CME activities.

Therefore he needed contact with a European umbrella organisation of European national professional associations, and the UEMS was just what he was looking for.

Louisa with Dennis Wentz, Munich 2003

Dennis Wentz together with his right hand man Mike Gannon came to Brussels in November 1997. There the executive committee of the UEMS (of which I became member in 1996) met with them. We quickly discovered that our organisations were very different but our goals and background very similar. So it was decided to proceed to cooperation. A Letter of Intent was drawn up and approved. Furthermore they offered assistance where ever it was useful.

In June 1998 I went to Chicago to present the case to the Council of Education of the AMA. My presentation was favourably received and the green light was given for cooperation of the AMA and UEMS / EACCME® in the field of reciprocal recognition of European and American CME credits. However, I was mandated by the UEMS, but the Council of Education of the AMA was not. That needed the approval of the Chief Executive Officer of the AMA (he was a past Surgeon General of the US Air Force), but he was not available due to the

pressures of the AMA General Assembly taking place at that time (which is a huge affair with more than 1000 delegates).
However, quite accidentally I met him under 4 eyes in the revolving door of the hotel where the meeting took place. He saw my tie, which was (quite accidentally) a tie of the Dutch Air Force. He pointed to the tie and asked: “what is that”. I saw the opportunity and explained that I had been a medical officer in the Dutch Air Force long ago. He asked then, in which airbase. This was Soesterberg Airbase, and he said ‘’that is where I have served as well’’ (there was an American squadron on that very airbase in those days).
His next question was ‘’what are you doing here?’’ I explained (all next to the revolving door) that I was representing the UEMS and was discussing with the AMA Council of Medical Education the possibility of exchanging CME credits between the European Union and the USA, but that we had not been able to make an appointment with him. He said ‘’this mutual recognition is a great idea; let my people prepare the papers and I will sign them as soon as they reach my desk’’. And that is what happened.

In its October 1999 meeting in Vienna (president Mr L. Harvey) the Management Council of the UEMS formally established the EACCME® and also enacted the quality document D 9908. On the first of January 2000 the EACCME® became operational. At that time the agreement with the AMA also became operational as a pilot project. In 2002 it became a formal agreement, which was extended every 4 years ever since.

4 – Conclusion

In hindsight the year 1986 mentioned above marked the shift of European medical specialist policy in the UEMS from lobbying European legislation towards independent European professional policy in our field. We did not know it at that time, but it was an opportune moment. 1989 saw the collapse of the Soviet empire and the start of the gradual integration of the former European Soviet satellite states into the free world and the European Union. The UEMS was able to provide models for

independent medical organisations in those countries. I remember that there was pressure in those days from the colleagues in these countries to provide Charters and other material when the ink was still wet.
Still it took the UEMS nearly a decade to reach consensus and to formulate its European policy in the crucial fields of medical specialist training, continuing education and medical practice.
Its conclusions were taken up by national authorities, both medical and non-medical. This shows the principle of subsidiarity, which is anchored in the EU treaty. Contrary to general perception the EU does not show a trace of meddle-some EU policy in our medical field. The ‘’doctor’s’’ Directive 2005/36/EC in its article 25 states only minimum requirements for medical specialist training and the minimum periods of training are very short indeed (annex V-1-3). Further filling-in is left to national or in our case professional European organisations in accordance with the subsidiarity principle.
Life-long learning is specifically excluded from EU legislation in the Directive (preamble point 39). Member States should adopt their own legal arrangements in this matter.
Unfortunately the medical profession is increasingly constrained by national organisations (for instance health insurance funds) and governmental authorities in the member states, while on the other hand commercial multinational organisations are free to follow their own policy without hardly any limitations by European legislation.
There is no easy approach to these difficulties. Strengthening of the position of the medical profession itself in Europe is part of the answer. This what we should keep doing.

#

Curriculum vitae of Dr. C.C.Leibbrandt
cc@leibbrandt.net

Cees Leibbrandt, born 1935, is a Dutch otolaryngologist with training at the university hospital in Utrecht. His practice focused on oncological surgery and otology. He introduced the cochlear implants in the Netherlands.
He practiced otolaryngology in the University Hospital in Utrecht and in the regional Hospital ‘’de Lichtenberg’’ in nearby Amersfoort.
During his professional career he was member of the boards of several medical organisations in his country, both on local and on national level.
In 1986 the Dutch Order of Medical Specialists delegated him to the UEMS, the European Union of Medical Specialists, the umbrella organisation of the associations of medical specialists in the European Union.

Under his guidance the UEMS set up a program to harmonize and improve the quality of training and practice in the countries of the European Union. As secretary of this program he was instrumental in the codification of European requirements for postgraduate and continuing training of medical specialists. In the early nineties this resulted in the UEMS Charters for Postgraduate Training and Continuing Medical Education, still valid today.

In 1996 he retired from his private and university practice and became member of the Executive Committee of the UEMS, in which he served in several functions.
From 1999 till 2002 he was Secretary-General of the UEMS. In this period he founded the EACCME, the European Accreditation Council for Continuing Medical Education, which became operational in 2000. In this function he negotiated the agreement with the American Medical Association concerning reciprocal recognition of AMA and EACCME continuing education awards.
He is honorary member of the UEMS and bearer of the Hippocrates Award of the Global Alliance for Medical Education.

September 2016

Afkortingen:

AMA	American Medical Association
AZU	Academisch Ziekenhuis Utrecht, thans: UMCU, Universitair Medisch Centrum Utrecht
C.I.	Cochlear Implant
CME	Continuing Medical Education
CVZ	College Voorzieningen Ziekenhuizen (tot 2000)
EACCME®	European Accreditation Council for Continuing Medical Education®
ECG	Elektrocardiogram
EEG	Elektroencephalogram
EU	Europese Unie
EZ	Elisabeth Ziekenhuis (Amersfoort)
FDA	Federal Drug Administration (USA)
FMS	Federatie Medisch Specialisten (opvolger LSV)
HBO	Hoger Beroeps Onderwijs
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst
KNO	Keel-Neus-Oorheelkunde
LSV	Landelijke Specialisten Vereniging Thans: Federatie Medisch Specialisten
NRV	Nationale Raad Volksgezondheid (ministerie)
NSB	Nationaal Socialistische Beweging (tot 1945)
OK	Operatie Kamer
SPMS	Stichting Pensioenfonds Medisch Specialisten
UEMS	European Union of Medical Specialist Union Européenne des Médecins Spécialistes
USC	Utrechts Studenten Corps
UVSV	Utrechtse Vrouwelijke Studenten Vereniging

#