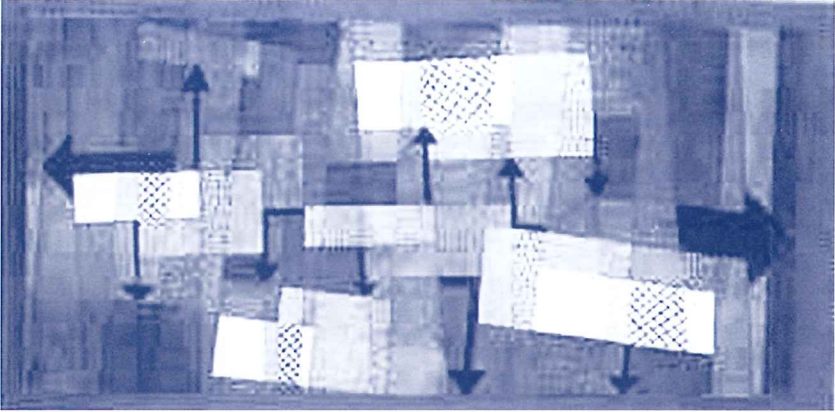


Evenwicht in beweging

Afscheidscollege door prof.dr. Carel D.A. Verwoerd
gehouden ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar
Keel, Neus en Oorheelkunde, decaan van de Faculteit der
Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen en lid van de
Raad van Bestuur van het Erasmus *universitair* Medisch
Centrum Rotterdam op vrijdag 6 april 2001 in de Aula van
de Erasmus Universiteit Rotterdam.



Het thema van mijn afscheidsrede 'Evenwicht in beweging' is geïnspireerd door een schilderij van Paul Klee getiteld "Schwanendes Gleichgewicht". In dit schilderij vallen al bij eerste oogopslag enkele verspreid liggende v(1)akken op door hun heldere kleur. Pas daarna ziet men dat zij zijn afgebeeld op een ondergrond bestaande uit verschillende lagen gedeeltelijk over elkaar heen liggende v(1)akken die door hun donkerdere kleur minder de aandacht trekken. De suggestie wordt gewekt dat aan het oppervlak nieuwe vakken met veel uitstraling ontstaan, en dat deze in verloop van tijd minder kleurrijk worden en op de achtergrond raken, als weer nieuwe vakgebieden met frisse schittering zich aandienen. Men wordt getroffen door de harmonie van het geheel en het evenwicht tussen voor- en achtergrond. Ook de prominente vlakken op de voorgrond zijn in balans; pijlen symboliseren de krachten die hen op hun plaats houden.

Mijnheer de Rector Magnificus,
College van Bestuur van de Erasmus Universiteit,
Bestuurders van het Erasmus *universitair* Medisch Centrum,
Waarde collega's,
Dames en Heren,

De huidige geneeskunde bevindt zich ook in een situatie van 'Schwänkendes Gleichgewicht'. Sommige vakken tonen stormachtige ontwikkelingen en trekken sterk de aandacht, andere vakken zijn geconsolideerd en vormen een hechte basis voor het geheel, terwijl enkele kennelijk minder vitaal zijn. Mutatis mutandis geldt dit ook voor ziekenhuis en faculteit, en op kleinere schaal voor de afdelingen met hun opkomende of inmiddels achterhaalde aandachtsvelden. Bestuurders staan voor de taak hun organisatie in een dynamisch evenwicht te houden en de koers voor de toekomst te bepalen door *nu* zwaartepunten te (ver)leggen. Daarbij moeten zij anticiperen op het front van de wetenschap, de patiëntenzorg en het onderwijs over tien jaar, en later. Om in te schatten waar dat front zal liggen is een continue dialoog met de 'professionals' noodzakelijk. Zij hebben de vakkennis en de netwerken om de ontwikkelingen van *nu* te evalueren en te extrapoleren naar de toekomst. Vanzelfsprekend hebben de bestuurders de inhoudelijke kennis nodig om deze dialoog te voeren. Een taak, even belangrijk als het anticiperen op de toekomst, is nu een sfeer te scheppen waarin kwaliteit en toppositie een collectieve ambitie is.

Mijn professionele leven heeft zich afgespeeld tussen patiënten, ziekenhuis en universiteit. Universiteiten liggen mij na aan het hart. Door de eeuwen heen zijn zij vrijplaatsen geweest voor nieuwsgierigen en autonome wetenschappers. Van generatie op generatie vormen zij de broedplaats van de denkers, onderzoekers en doeners van de toekomst. Juist in deze tijd van beginnende fragmentatie van onze cultuur, weergaloze technologische ontwikkelingen en industriële schaalvergroting dienen de universiteiten deze functies te behouden en te verdedigen. Een universiteit, die in de naam van Erasmus humanistisch-christelijke waarden meedraagt, mag niet aarzelen zich uit te spreken tegen discriminatie op basis van ras, man of vrouw zijn en geloof, en om anderszins commentaar te geven op de waan van de dag en perverse politieke en maatschappelijke ontwikkelingen.

De eerste universiteiten werden gesticht in de 11^e en 12^e eeuw; de universiteit van Bologna bijvoorbeeld dateert uit 1185. Pas later ontstonden ook ten Noorden van de Alpen universiteiten, zoals in Parijs 1252, in Leuven in 1425

- en in Leiden in 1575. In Bologna werden de hoogleraren aanvankelijk door de studenten betaald. Toen de nadelen van 'wie betaalt, bepaalt' in dit verband te duidelijk werden, nam de stedelijke overheid de financiering van de professoren over, en stelden gebouw en faciliteiten ter beschikking. Goede hoogleraren trokken veel studenten aan en waren daarmee van grote economische betekenis. Dit was de reden dat bestuurders er veel aan gelegen was uitstekende docenten te behouden of van elders aan te trekken. Een actueel thema!
- Medische faculteiten maakten van het begin af aan deel uit van de universiteiten. Het wetenschappelijk onderzoek beperkte zich tot de ontleedkunde. In de atlas van Vesalius uit 1534 was de bouw van het menselijk lichaam al globaal in kaart gebracht. Het zou echter nog zes eeuwen duren voordat een redelijk inzicht in de functie van de door hem beschreven organen was verkregen. De overgang naar de geneeskunde van nu is een grote stap.
- De versnelde ontwikkeling van de technologie in de tweede helft van de 20^e eeuw heeft zijn weerslag gevonden in de geneeskunde, zowel in de praktijk van diagnostiek en behandeling als in de wetenschap. Gezond functioneren en ziekte worden niet alleen meer beschreven op het niveau van organen, weefsels of cellen, maar ook op het niveau van moleculen. Moleculaire biologie en moleculaire geneeskunde zijn vakken met de verdelijke glans van de toekomst. In de 'hype' rond het in kaart brengen van het menselijke genoom, mag niet vergeeten worden dat het begrip van de interactie van moleculen nog voor het grootste deel 'terra incognita' is, goed voor decennia (of langer) van geldverslindende ontdekkingstochten. Bio-informatica zal daarbij een noodzakelijke gids zijn om in de gedragingen van moleculen een functionele betekenis te herkennen. Overigens dringt zich een parallel op met de anatomische kennis in de Renaissance. Ook toen waren structuren bekend, maar niet hun functie!
 - De moderne beeldvormende technieken (MRI, PET), bestralingsmethoden en intensive care zijn andere voorbeelden van verlegde grenzen op basis van nieuwe technologie. Feitelijk is de hele moderne geneeskunde, en zeker die in academische centra, gebaseerd op de beschikbaarheid van geavanceerde technologie.

- Vóórkomen van ziekten wordt nu gerelateerd aan het biotoop van de patiënt, zijn omgeving in huis, werk en vrije tijd. Lichamelijke en psychische stress, alsmede milieuvergiftiging en infectieziekten krijgen veel aandacht. Verspreiding van ziekten wordt gevolgd op nationaal en internationaal niveau, eventueel bestreden met wereldwijde vaccinatie-programma's.
- De organisatie en logistiek van het medisch bedrijf zijn een vak op zich geworden met aandacht voor kosten/baten analyse en de ethische aspecten van behandelen of niet behandelen.
- Geneeskunde en gezondheidszorg zijn nu een multidisciplinaire inspanning. Het traditionele koppel van dokter en verpleegster heeft plaats gemaakt voor teams van medici, paramedici, verpleegkundigen, exacte vakkers, economen, bedrijfskundigen en vele anderen.

Bovengenoemde voorbeelden versterken het beeld van de huidige geneeskunde als een veelkleurig landschap in 'schwänkendes Gleichgewicht', binnen dan wel buiten het kader van medische faculteiten en academische ziekenhuizen.

Door de eeuwen heen zijn echter gebleven de zieke medemens, die hulp nodig heeft en zijn hulpverlener, die zich bewust moet zijn van het aan hem 'toevertrouwd belang'.

Met betrekking tot het Rotterdamse kader van faculteit en academische ziekenhuis wil ik enkele ontwikkelingen tijdens mijn decanaat noemen, die relevant zijn voor evenwicht en zwaartepunten.

In 1997, om precies te zijn in een brief dd.18 juli 1997 met bijlagen over missie, globale opzet en stappenplan, deed ik aan de toenmalige Raad van Bestuur van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam en het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit het voorstel om het AZR en de Faculteit van Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen te integreren in één organisatie. Als naam werd voorgesteld het Erasmus *universitair* Medisch Centrum Rotterdam, kortweg EMCR. Na korte tijd reageerde het College van Bestuur positief, zij het met gepaste en gedoseerde voorzichtigheid. Bij de Raad van Bestuur van het Academisch Ziekenhuis bestond aanvankelijk veel twijfel, al

stond de toenmalige voorzitter, Dr. J. Braaksmā, als enige open voor deze plannen. Enkele jaren van overleg waren nodig tot voldoende onderling begrip en vertrouwen bij de bestuurders was ontstaan, "Bouwstenen" waren voorbereid en medezeugenschapsraden waren geraadpleegd. Tenslotte hechten de Raden van Toezicht van het ziekenhuis en van de universiteit hun goedkeuring aan de instelling van een Raad van Bestuur van het EMCR per 1 september 2000, ruim 3 jaar na mijn oorspronkelijke voorstel.

In dezelfde periode begon onder leiding van Drs. J. Lodewick de voorbereiding van de nieuwbouw van het AZR, of zoals wij het later formuleerden het EMCR, één van de grootste bouwprojecten in Rotterdam voor de komende 10 jaar.

Het integreren van een faculteit en een academisch ziekenhuis draagt ook risico's met zich mee. Critici stellen dat academische functies in het gedrang zouden kunnen komen. Dit gevaar is reëel. Onbekend zijn met elkaar verdiensten en clichématig denken over elkaars tekortkomingen zijn potentiële splijtzwammen in een organisatie op weg naar eenheid. Integratie met winst is alleen dan te bereiken als vooral consensus bestaat over uitgangspunten en hoofdzaken, en deze consensus in brede kring bekend is. Een voorbeeld van een dergelijke consensus is de equivalentie van de 3 primaire taken, onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg. Het belang daarvan blijkt vooral bij verdeling van geld in tijden van schaarste. Voor de patiëntenzorg zijn streefgetallen voor nieuwe patiënten en opnames al ingeburgerd. Ook de onderwijsactiviteiten kunnen wel in maat en getal worden samengevat. Het onderzoek loopt dus de meeste risico's. Minder promoties of publicaties waarschuwden met grote vertraging, dus als het te laat is. Het is voor bestuurders ondoelmatig de noden van een patiënt af te zetten tegen de behoefte van fundamenteel onderzoek of van onderwijs zonder tevoren overeengekomen regels en transparantie ten aanzien van de geldstromen voor de primaire taken.

En ander voorbeeld van consensus is multidisciplinairiteit als kenmerk van onze organisatie. Bij het onderzoek kan deze de vorm hebben van het meewerken van natuurwetenschappers in een klinische onderzoeksin of

betrekking hebben op de gelijkwaardige samenwerking van een klinische afdeling en een afdeling voor meer fundamentele research. Beide vormen, en zelfs hun combinatie, zijn in onze faculteit zeer succesvol gebleken. Het is voor de niet-klinische afdelingen noodzakelijk dat zij voldoende massa (personeel en ruimte) hebben om gedifferentieerde expertise op te bouwen en/of zeer hoge investeringen in apparatuur rendabel te maken. Ook moet onder ogen gezien worden dat belangrijke niet-klinische afdelingen vrijwel alleen samenwerken met partners buiten het ziekenhuis. Het EMCR heeft een veel breder werkveld met complexere evenwichten dan ziekenhuis en faculteit ieder voor zich hadden. Evenwichten in beweging!

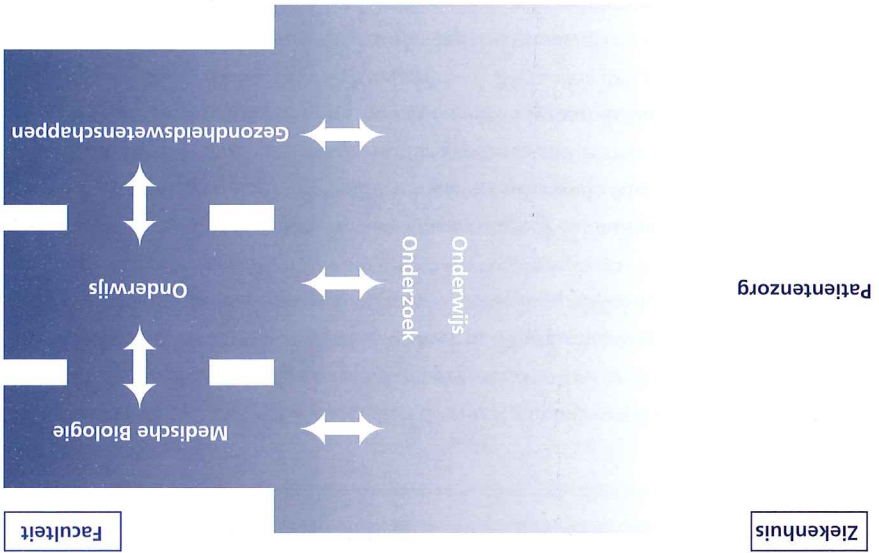
Als variatie op het schilderij van Klee heb ik indertijd voor het EMCR het model van 4 communicerende domeinen voorgesteld:

1. het klinisch domein (het ziekenhuis), voor patiëntenzorg en patiënt-gebonden onderwijs en diagnostisch en wetenschappelijk onderzoek; hier staat de patiënt centraal.
2. het medisch-biologisch domein; hier staan centraal de onderzoeker en 'high-tech' voorzieningen voor medisch-biologisch onderzoek; 'shared expertise and shared infrastructure' zijn de uitgangspunten.
3. het gezondheidswetenschappen-domein; centraal staan de onderzoekers en informatie- en communicatietechnologie.
4. het onderwijs-domein, waar de student centraal staat.

De verschillende disciplines zijn in deze domeinen niet gelijk gerepresenteerd. In het medisch-biologisch domein zullen exacte wetenschappers, dus niet-medici, in de meerderheid zijn. Het gezondheidswetenschappen-domein huisvest een gemengde populatie van professionals; van artsen en psychologen tot fysici, economen, meesters in de rechten, filosofen en ethici. Het klinisch domein is veruit het grootste en wordt bemand door een scala van medici, paramedici, verpleegkundigen, technici en administratief personeel, ondersteund door een facilitaire dienst.

Een wezenlijk kenmerk van dit model is dat de 4 domeinen elk een eigen sfeer hebben en met elkaar communiceren. Het onderwijsdomein loopt over in de

3 andere domeinen, voor een optimale aansluiting van het klinisch onderwijs en onderzoekstages. Ook vormen "bed side" en fundamenteel onderzoek een continuum via brede overgangsgeschieden van translationeel onderzoek. Een dergelijk model geeft multidisciplinairiteit optimale kansen. Het mozaïek model, waarbij alle niet-klinische afdelingen zijn opgedeld in kleinere eenheden die zijn toegevoegd aan klinische afdelingen, wijst ik ten stelligste af.



Domänen model

De onderwijsactiviteiten binnen het EMCR weerspiegelen ook de multidisciplinairiteit van de geneeskunde en de patiëntenzorg. Gold bij de stichting van onze medische faculteit het geneeskunde curriculum als één van de meest moderne in ons land, een grondige zelfevaluatie (prof.dr.J Voogd) bracht al feilen aan het licht voordat een kritisch rapport van de onderwijs-visitatie-commissie was verschenen. Onder leiding van de associate dean voor onderwijs,

dr. T. Splinter, heeft de faculteit, ondersteund door de staf van het opleidingsinstituut, een majeure inspanning geleverd om een nieuw curriculum tot stand te brengen met de welluidende titel "Erasmus arts 2007". Het heeft elders reeds ruime aandacht gekregen. Daarom zij volstaan met de opmerking dat 'onze' artsen toegerust worden met een grondige wetenschappelijke kennis, goede klinische en communicatieve vaardigheden, het vermogen tot reflectie op eigen handelen, een open oog voor de nood van de patiënt en een open geest die hen levenslang kritisch en nieuwsgierig zal maken naar nieuwe ontwikkelingen. Geen geringe opgave!

Het tweede universitaire curriculum is de opleiding 'Beleid en Management in de Gezondheidszorg' die binnenkort gemodelleerd zal worden naar het "bachelor-master" model. Het academisch ziekenhuis zal in de toekomst niet alleen de academische werkplaats zijn voor medische studenten, maar ook voor studenten beleid en management. Het is ons ideaal studenten in beide disciplines op één campus op te leiden zodat zij zich ook later thuis voelen in elkaars omgeving.

Aan de meest talentvolle studenten biedt de faculteit sinds 1995 een dubbelstudie aan. Het betreft de combinatie van het curriculum geneeskunde en een engelstalig 'Master of Science' programma in 'Clinical Epidemiology' of 'Molecular Medicine'. Deze veeleisende studie geeft een uitstekende voorbereiding op een latere carrière in het overgangsgebied tussen kliniek en fundamentele research. De twee 'Master of Science' programma's zijn tot stand gekomen door de enthousiaste medewerking van twee prominente onderzoekscholen NIHES (*Netherlands Institute for Health Sciences*) en MGC (*Medisch Genetisch Centrum*).

Multidisciplinariteit blijkt eveneens uit de vooropleiding van onze promovendi. In het jaar 2000 mochten wij 112 nieuwe doctores begroeten. Twee-en-zestig van hen hadden tevoren geneeskunde gestudeerd. Vijftig hadden een niet-medische studie gevolgd zoals biologie, biochemie, natuurkunde, psychologie

of zelfs astronomie. Van de gepromoveerden was 10% uit het buitenland afkomstig, slechts 30% had aan de EUR gestudeerd. Uit deze cijfers blijkt dus ook een grote mobiliteit van de huidige student.

In 1998 werden door de KNAW (*Koninklijke Nederlandse Academie voor Kunst en Wetenschappen*) 5 onderzoeksgebieden als excellent beoordeeld. Een voortreffelijke score. Het waren genetica, endocrinologie, gezondheidswetenschappen, cardiovasculair onderzoek en immunologie/hematologie.

Hierop is in de laatste 2 jaar een verheugend en voor de toekomst belangrijk vervolg gekomen. Enkele jonge Rotterdamse onderzoekers ontvingen de prestigieuze 'Pionier-subsidie' van NWO; niet minder dan 3 jonge vrouwelijke onderzoekers binnen onze faculteit werden uitverkoren in het Aspasia-programma, terwijl in de ronde 2000 van het gebied Medische Wetenschappen van NWO bijna een derde van alle programma-subsidies werd toegeewezen aan Rotterdamse onderzoekers. Het meest verheugende hierbij was dat opnieuw een aantal jonge wetenschappers in de prijzen viel.

Een van de belangrijkste gebeurtenissen tijdens mijn decanaat was de opening van het Josephine Nefkens Instituut. Een vorstelijke donatie van de Josephine Nefkens Stichting maakte het mogelijk om het oncologisch onderzoek uit de Daniel den Hoed kliniek, het Dijkzigt ziekenhuis en de faculteit in de inspirerende omgeving van één instituut met uitstekende faciliteiten samen te brengen. Prof. dr. W. Oosterhuis komt toe voor zijn veelvuldige en veelvuldige inspanning bij de planning en inrichting van dit kanker-research centrum met internationale allure.

In het EMCR hoort men overal nieuwe geluiden; bovendien is het lente, het mooiste seizoen om afscheid te nemen met de zomer in het verschiet! Toch bevinden onderwijs en patiëntenzorg zich in een nationaal noodweer met bliksem en buien. Er zijn grote tekorten in het onderwijs, veel te weinig leraren, scholen die een deel van de week moeten sluiten, grote wachtlijsten in de zorg,

tekorten aan artsen en verpleegkundigen, en stakende artsen. En dat na een lange periode van ongekeerde economische welvaart! Overheid en professionals in onderwijs en zorg staan op gespannen voet. De politiek van bezuiniging onder het motto "verminder de consumptie van medische zorg door vermindering van het aanbod" heeft gefaald. Aanbodregulering betekent bureaucratie en reductie van de lijdende mens tot een kostenpost. Waarschuwendende signalen van oudstaatssecretaris Hans Simons werden begin negentiger jaren in de politiek niet serieus genomen. Bij de aanstaande verkiezingen zullen onderwijs en patiëntenzorg zeker hoog op de agenda staan, maar wel laat. Hopelijk niet te laat! Het evenwicht tussen vraag en aanbod in de zorg is nu ernstig verstoord; en hoe zal dat in de toekomst gaan?

Momenteel zijn er in Nederland werkzaam 8100 huisartsen, 12800 medisch specialisten, 3500 sociaal geneeskundigen en 950 verpleeghuisartsen. De opleiding van deze artsen varieert van 9 tot 12 jaar, of zelfs meer. Zij volgen alle een initiële opleiding van 6 jaar tot basis-arts; daarna een vervolgopleiding van 3 tot 5 jaar tot huisarts of specialist.

Drie weken geleden is aan minister Borst een verkenning aangeboden van het aantal artsen dat nodig zou zijn tot 2010, ondermeer rekening houdend met vervanging van oudere collegae, veroudering en veranderende samenstelling van de bevolking, en een groter aantal part-time werkende artsen.

Het blijkt dat de huidige opleidingscapaciteit absoluut tekort schiet om in de toekomstige behoefte aan artsen te voorzien. Deze conclusie is even belangrijk als alarmerend. Temeer als men zich realiseert dat onmiddellijke uitbreiding van het aantal eerstejaars studenten pas ruim na 2010 enig effect zal gaan sorteren. Het is overigens de vraag of, respectievelijk hoe, het mogelijk zal zijn de capaciteit van de initiële opleiding en de vervolgoopleidingen te vergroten. Volgens één van de scenario's zou het aantal eerstejaars studenten moeten toenemen van nu 2100 tot 3000. Het knelpunt is evident, en verschillende oplossingen worden genoemd, zoals overdragen van bepaalde taken van artsen naar andere disciplines, het institutionaliseren van nieuwe disciplines met medische deel-verantwoordelijkheden, en tenslotte verkorting van de

opleidingsduur van artsen. Naar mijn mening is dit laatste voorstel een buiten-
gewoon gevaarlijk traject. Wellicht kan er in de vervolgopleiding nog enige
verkorting gerealiseerd worden, maar bezuinigen op de initiele opleiding tot
basis-arts is ongewenst! Een grondige kennis van ziekteprocessen, epidemiologie,
besliskunde en behandeling is de obligate basis voor toekomstige specialistische
deskundigheid en voor het 'begrijpen' van andere specialismen.

Ook het evenwicht tussen mannen en vrouwen in de geneeskunde zal veranderen.
In het eerder genoemde rapport aan minister Borst wordt verwacht dat in 2010
het aandeel vrouwelijke huisartsen zal zijn opgelopen van 27% naar 45%. Voor
medische specialisten wordt een toename verwacht van 22% naar 35%, voor
sociaal geneeskundigen van 25% tot 41%, en voor verpleeghuisartsen van 19%
tot 65%. Er tekent zich dus een golf van feminisering af in de praktische
geneeskunde. Hoe ver deze zich zal voortzetten, is nog niet te voorspellen.
Bestaat er overigens een optimale getalsverhouding tussen manlijke en
vrouwelijke artsen?

Ook in het onderzoeksveld rukken de vrouwen op. In de periode 1991-1995
promoveerden aan onze faculteit 127 vrouwen, in de periode 1996-2000 waren
dat er 195. Dit betekent een toename van 50%, te vergelijken met 10% bij de
mannen in de overeenkomstige periode. Bij de facultaire oogst van doctors in
het jaar 2000 waren 47 vrouw en 75 man. Interessant is dat bij de gepromoveer-
de medici die aan de Erasmus Universiteit gestudeerd hadden het aantal
vrouwen en mannen ongeveer gelijk was (12 tegen 13). Bij hen die elders hun
studie geneeskunde gevolgd hadden was deze verhouding 11 tegen 26! Het is
verleidelijk om te concluderen dat in onze faculteit een bijzonder vrouw-
vriendelijk klimaat heerst.

In het laatste deel van mijn afscheidsrede wil ik teruggaan naar mijn specialisme,
de Keel, Neus en Oorhellekunde, waar mijn vrouw en ik ons tot de huidige dag
mee verbonden voelen. Het begon met 7 jaar praktijk in het Andreas Ziekenhuis
te Amsterdam in vriendschap-rijke associatie met Dr. J. van der Borden Sr.
Niet iedereen weet dat er naar internationale maatstaven heel weinig keel, neus
en oorartsen in Nederland werkzaam zijn, namelijk 1 voor elke 40.000 tot

45.000 inwoners. In landen als Denemarken, Zweden en Griekenland is dat 1 voor elke 10.000 tot 15.000 inwoners, en in Duitsland, België en Frankrijk 1 voor 15.000 tot 30.000. Engeland neemt een uitzonderingspositie in (1: 130.000), omdat de specialistische praktijk daar niet alleen door de 'consultants', de erkende specialisten, gedaan wordt maar ook door de niet in de berekening opgenomen 'senior registrars'. In ons land worden de meeste klachten op keel-, neus-, en oorheelkundig gebied behandeld door de huisarts. Daarmee hebben de specialisten de kans zich te concentreren op patiënten met moeilijker of hardnekkiger ziekten. De universiteitsklinieken zijn vanouds de centra voor opleiding, topzorg en innovatie. Hier hebben zich subspecialismen zoals oorchirurgie en schedelbasischirurgie, de behandeling van kanker in het hoofd-halsgebied, de allergologie van de bovenste luchtwegen, deskundigheid op het gebied van spraak, gehoor en evenwicht en de Kinderkeel, neus, en oorheelkunde ontwikkeld. Tegelijkertijd is op deze deelgebieden een hechte samenwerking tot stand gekomen met buurspecialismen. Klinische innovatie stoelt vaak op subspecialisatie enerzijds en ziekte-georiënteerde samenwerking tussen verschillende klinische en niet klinische disciplines anderzijds. De ambitie van academische patiëntenzorg houdt nog meer in: de optimalisering van medische, paramedische en verpleegkundige zorg, alsook de faciliterende organisatie. Daarmee wordt een omgeving gecreëerd nodig voor de opleiding van zorgverleners en zorgmanagers in de ziekenhuizen van de toekomst. Heel belangrijk is daarbij de taakverdeling tussen de universitaire en niet universitaire klinieken. Graag memoreer ik in dit verband de zeer goede verhoudingen binnen de KNO-heelkundige professie in onze wijde regio. Binnen de Keel, Neus en Oorheelkunde heeft ook het wetenschappelijk werk zich in verschillende richtingen uitgebreid, zoals in het werk van de 20 promovendi, waarvoor ik promotor ben geweest. Vijf dissertaties hadden betrekking op het gehoor en evenwicht, 3 op de behandeling van kwaadaardige gezwellen in het hoofd-halsgebied, 5 leverden nieuwe inzichten in de functie van het neusslijmvlies en het ontstaan van allergieën en niet-allergische aandoeningen, en 7 waren gerelateerd aan de Kinderkeel, neus en oorheelkunde.

Het plezier om ontdekkingen te doen, te begrijpen wat niet eerder begrepen werd en nieuwe wegen voor behandeling te vertrekken, is een vitamine voor de universitair werkzame medicus. Soms leidt het zelfs tot momenten van euforie en een vorm van verslaving. Ter illustratie een voorbeeld van het experimenteel chirurgisch georiënteerde onderzoek onder leiding van dr. H.L. Verwoerd-Verhoef, bij velen van u bekend als Jety. Prins Willem III (1650-1702) heeft als jongen een ongeluk met een paard gehad waarbij zijn neus is geraakt. De historie wil nu dat, hoewel aanvankelijk aan zijn neus niets bijzonders te zien was, deze in verloop van jaren steeds meer naar rechts begon af te wijken, zoals op schildertjen uit die tijd is te zien. Wat is er fout gegaan tijdens zijn ontwikkeling, en had deze schiefgroei voorkomen kunnen worden, zijn vragen die omiddellijk bij een dokter opkomen. Het is verrassend dat over de bouw van het neusstussenschot, dat als een tentpaal de neusrug steunt, bij kinderen nog weinig bekend was. Onze groep toonde voor het eerst aan dat dit neusstussenschot een zeer complexe structuur heeft met zeer dunne delen naast zeer stevige zones van dik kraakbeen. Het bleek dat deze laatste delen van het neusstussenschot de uiteindelijke grootte en vorm van de neus bepalen. Bestudering van de groei van het gebroken neusstussenschot en de effecten van diverse chirurgische technieken leverden nuttige aanwijzingen voor de behandeling van neusletsels op de kindertleeftijd. Een kernprobleem bleek dat wonden in kraakbeen slecht of niet genezen. Nieuwe wegen werden en worden gezocht om deze wondgenezing te verbeteren. Zo werd reeds aanggetoond dat kraakbeen elders in het lichaam 'kunstmatig' gemaakt kan worden (in vivo tissue engineering) dat een veel groter vermogen tot wondgenezing heeft. De toekomst zal leren in hoeverre deze methode bruikbaar zal zijn in de patiëntenzorg. Het begin van dit onderzoek was de waarneming bij een patiënt. Het probleem werd geanalyseerd in een diermodel door een multidisciplinair team en de conclusies dragen bij tot een betere behandeling. Een voorbeeld van het continuum tussen 'bed side' probleem en meer fundamenteel onderzoek.

Graag wil ik al onze collega's en andere medewerkers met wie wij vele jaren in de afdeling Keel-, Neus, en Oorheelkunde van ziekenhuis en faculteit hebben

samengewerkt, hartelijk danken. Het zij mij vergeven dat ik slechts enkelen met name noem: Professor Dr. Piet de Jong, de collegae Dr. P. Knecht, Dr. K.A. Pauw, Dr. R.A.M. Poulton, Dr. L.J. Hoeve, Dr. W. Fokkens, Dr. H. Verschuure en Dr. G.H. van Zanten, die in belangrijke mate het profiel van de kliniek bepaalden. Ik dank ook de verpleegkundigen en al die anderen die de patiënten in de kliniek en op de polikliniek met grote zorg hebben omringd. De continue dialoog met studenten, assistenten in opleiding en promovendi beschouw ik als een van de aantrekkelijke kenmerken van een universitaire afdeling. Met waardering denk ik ook aan de niet-aflatende belangstelling van de eerste hoogleraar KNO in Rotterdam, Professor Dr. P. Struben. Professor Dr. L. Feenstra die mij al weer geruime tijd als hoogleraar-afdelingshoofd is opgevolgd, wens ik alle goeds toe. Ik ben blij dat iemand met zijn staat van dienst deze taak op zich genomen heeft.

Tenslotte,

Ik heb het een voorrecht gevonden te werken en te leven in 'het Rotterdamse', waar continu gebouwd wordt aan de toekomst door stadsbewoners en stadsbestuur.

Dank aan het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit, in de persoon van Dr. H.J van der Molen, voor de jaren van constructieve, soms opwindende gedachtenwisseling, altijd gebaseerd op loyaliteit aan de universiteit, en aan de daadwerkelijke steun op kritieke momenten; daarbij betrek ik ook de directeurs van de stafafdelingen.

Het heeft mij veel voldoening gegeven als decaan lid geweest te zijn van de eerste Raad van Bestuur van het EMCR, onder het inspirerende voorzitterschap van professor Drs. R. Meijerink, en met de collegae Drs. W. Geerlings en professor Dr. P. van der Maas samen te werken. Inmiddels is de Raad van Bestuur aangevuld met professor Dr. F. van der Meché en is professor Van der Maas benoemd tot decaan; ik heb het volste vertrouwen in hun visie ten aanzien van de inrichting en toekomst van ons Erasmus universitair Medisch Centrum. Dank aan de associate deans, professor Dr. J.W. Wladimiroff, Dr. T.A.W. Splinter en professor Dr. J. Legemaate, voor hun geïnspireerde en inspirerende

samenwerking. Zij en ik werden en worden gesteund door een betrouwbaar team van medewerkers geleid door Dr. C. Festen, J. Braham, mevr. L. de Wit en de heer S. Blok, en sinds kort de nieuwe waarnemend-directeur van de faculteit, Dr. J. de Jong.

Dank aan de dames M. van Ree, G. Vet, T. Boon, en de heer R. Maas voor secretariale bewaking en ondersteuning.

Dank aan het organiserend comité onder leiding van Dr. W.J. Fokkens en de eminente sprekers, die deze dag onvergetelijk maken.

Als laatste Jetty, ik ben gelukkig dat wij het leven hebben kunnen delen – thuis, in de wetenschap en lange tijd in het ziekenhuis – en dat wij de 'future of the family' kunnen genieten met onze zonen, schoondochters en kleinzonen. Met bewondering heb ik gezien wat jouw toewijding, fantasie en daadkracht tot stand hebben gebracht.

Laten wij mooie tijden tegemoet gaan, indachtig de woorden van onze vriend en musicus Bob Brookmeyer: "The past is just a rehearsal for the future".

Rotterdam, 6 april 2001