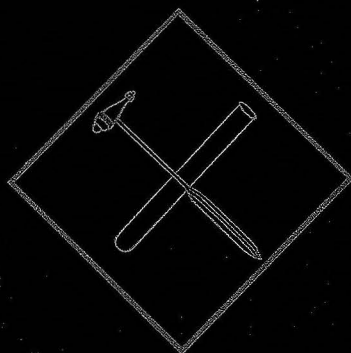


RANDOM 6-MIDDEN

AFSCHEIDSCOLLEGE VAN
PROF.DR. A. STAAL



UITGESPROKEN OP
1 FEBRUARI 1991

"RONDOM 6-MIDDEN"

Afscheidscollege van
Prof.Dr. A. Staal

uitgesproken op
1 februari 1991

"What must it be like to meet strangers who immediately confess to you their bodies' most brutal secrets, who come to you openly acknowledging their need for help? What must it feel like to be able to help, to cure them on occasion, to touch them reassuringly on the shoulder, to put their minds at ease? How would it feel to fail?"

R. Martin

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Mijnheer de Decaan van de Medische Faculteit,
Bestuurderen van de Erasmus Universiteit en van het Academisch
Ziekenhuis Rotterdam, en
U allen, die door Uw aanwezigheid vanmiddag blijk geeft van Uw
belangstelling,*

Twintig jaren geleden sprak ik vanaf deze plaats en deze catheter mijn Inaugurele Rede uit bij de benoeming tot Gewoon Hoogleraar in de Neurologie aan de Medische Faculteit van Rotterdam. Thans krijg ik gelegenheid tot verantwoording en afscheid. Helaas voor U en gelukkig voor mij, was er geen "editor", die de tekst kon bekorten of corrigeren. Binnen de grenzen der betamelijkheid en binnen de vastgestelde vijfenveertig minuten mag ik mij uiten.

Wat is de reden voor het geven van een afscheidscollege? Ik zie het als een bewijs van hoffelijkheid ten opzichte van mijn werkgevers van ziekenhuis en faculteit en tegenover mijn medewerkers, om blijk te kunnen geven van het feit, dat ik genoten heb van het gebodene, van datgene wat deze functie mij geschonken heeft. Dat doet immers iedere gast na een genoten diner. Ik kan U verzekeren, dat ik van alle gangen en alle wijnen tot aan de allerlaatste dronk ten volle en met genoegen heb geproefd.

Ruim twee decennien heb ik met uitzonderlijk groot plezier in deze stad gewerkt, met prettige mensen om mij heen, waarvan velen, ook buiten de Neurologie, zelfs mijn vrienden werden. Dat was een groot voorrecht.

Ik beseft maar al te goed, dat ik met deze bijeenkomst opnieuw op Uw tijd beslag leg. Eigenlijk, doe ik gedurende deze vijfenveertig minuten voor de laatste maal een beroep op Uw gastvrijheid, maar, na ruim twintig jaren in Uw midden te hebben vertoefd, denk ik dat dit uurtje natafelen er nog wel bij kan. Een soort praatje bij de port, maar dan nu met de dames.

Ik kwam hier in een periode toen de Neurologie zich los begon te maken van de oude verbintenis met de Psychiatrie. Daar was ik zelf mede schuldig aan. Het was immers niet meer mogelijk, misschien wel nooit mogelijk geweest, om als zogenaamde specialist voor zenuw- en

zielsziekten twee specialisaties door één persoon te laten uitoefenen.

Maar veel belangrijker was, dat het vak qua therapie iets meer begon te betekenen. Neurologen waren, Gode zij dank, niet langer artsen, die na het stellen van hun diagnose en hopende op een neuropathologische bevestiging daarvan, peinzend het vertrek verlieten.

Ondanks toenemende therapeutische mogelijkheden zijn er helaas nog stéeds zeer grote aantallen patiënten met onbehandelbare aandoeningen. Ik noem de ziekte van Alzheimer, amyotrofische lateraal sclerose, multipele sclerose, de meeste hersentumoren bij volwassenen en niet te vergeten de tienduizenden personen, die in Nederland jaarlijks getroffen worden door een beroerte. Bij hen is zelfs van een begin van effectieve therapie nà het accident nog nauwelijks sprake.

Maar laat ik vanmiddag de zonzijde opzoeken. De tendens tot groter therapeutisch kunnen heeft zich sinds 1970 bij een aantal neurologische ziekten voortgezet en het vak is daarmee steeds opwindender geworden. Behalve dat de patiënten daar wel bij varen, is ook de lol van de neuroloog navenant toegenomen.

HET ONDERZOEK

Ik geef U een zeer onvolledig beeld van de ontwikkelingen in mijn vak, waarbij gelukkig soms òók onze afdeling betrokken was. Enige vaktaal is daarbij gedurende 10 minuten onontkoombaar.

Sinds 1977 is er de Computer Tomography (CT-scan) en recenter de Magnetic Resonance Imaging (MRI) en de Single Photon Emission Computer Tomography (SPECT). Dit zijn moeilijke namen voor niet of nauwelijks invasieve en veilige technieken, die vergeleken met de voormalige methoden veel sneller, informatiever en héél belangrijk: veel patiënt-vriendelijker zijn.

Diagnostische procedures kunnen soms zelfs in een volgende zitting reeds gevolgd worden door afdoende therapie. Ik noem de ingenieuze embolisaties waarmee sommige vaatafwijkingen in hersenen en ruggemerg tot verdwijning gebracht kunnen worden.

De Neuro-Radiologie is voor ons vak de meest doeltreffende techniek geworden, zeker zoals het hier in Rotterdam door uitzonderlijk deskundige personen werd en wordt uitgeoefend.

Dan is er de verbeterende symptoom-behandeling en diagnostiek van de ziekte van Parkinson. Alleen al over nieuwe facetten van de sympto-

matologie daarbij zijn twee Rotterdamsche dissertaties en vele publicaties verschenen. Uit ander recent gepubliceerd onderzoek van onze afdeling bij patiënten met verdenking op de ziekte van Parkinson bleek, in tegenstelling tot wat voorheen gebruikelijk was, diagnostisch CT-onderzoek noodzakelijk voor het onderscheid met andere onbehandelbare degeneratieve ziekten zoals de olivo-ponto-cerebellaire atrofieën. Dit onderzoek was alleen mogelijk dank zij de medewerking van mijn helaas zo vroeg overleden vriend en medewerker Jan Meerwaldt. Door deze verbeterde diagnostiek wordt voorkomen, dat verkeerde patiënten in "clinical trials" terechtkomen en dat hen de bijwerkingen van een meestal onnutte Dopamine-therapie bespaard blijven. Het gaat om een geschat percentage van 5 tot 10 waarbij de oorspronkelijk gestelde diagnose ziekte van Parkinson door CT-onderzoek gewijzigd moet worden.

Bij de ziekte van Parkinson staan we mogelijk op de drempel van de mogelijkheid om niet alleen de symptomen, maar wellicht ook de progressie te kunnen remmen, met Eldepryl, een selectieve MAO-B-remmer. Helaas is het mijns inziens zeker nog niet waterdicht gemaakt, dat het werkelijk om meer gaat dan symptoom-bestrijding, omdat dit niet zo eenvoudig van progressie-remming is te onderscheiden.

Mocht dit wel zo blijken te zijn, dan is er sprake van een klinische en wetenschappelijke doorbraak. Over de transplantatie van eigen dopaminerg bijnierschorsweefsel naar delen van de hersenen bij patiënten met de ziekte van Parkinson is helaas vrijwel alles nog experimenteel en onzeker; momenteel wegen de dubieuze voordelen niet op tegen de risico's. Transplantatie van menselijk foetaal nigraal weefsel is in onderzoek.

Een ander belangrijk facet is de groeiende kennis van immunologische mechanismen bij de frequent voorkomende acute ziekte van Guillain-Barré en zijn tegenhanger de chronische ontstekings-polyneuropathie. Door medewerkers van onze afdeling werd voor beide ziektebeelden een wereldnieuwe therapie met intraveneus gammaglobuline geïnitieerd en bovendien werd het effect bewezen in "clinical trials". Deze feiten werden vastgelegd in twee dissertaties en talloze publicaties in de internationale vakpers.

Intraveneus gammaglobuline leek op onze afdeling ook werkzaam bij enkele niet op andere wijze te beïnvloeden patiënten met eveneens een

auto-immuunziekte: de myasthenia gravis. Misschien verdient deze aanpak ook een poging bij sub-acute verergeringen van multipele sclerose.

De Subarachnoïdale Werkgroep werd geboren op onze 6e verdieping van Dijkzigt. In nauwe samenwerking met vroegere medewerkers, thans in Utrecht en Amsterdam, kwam het tot herkenning van het gevaar van een relatief te lage bloeddruk, te weinig vocht en een te laag natriumgehalte in het serum, dit alles ter voorkoming van cerebrale ischaemie bij patiënten met een recent doorgemaakte subarachnoïdale bloeding.

Daarbij kwam de tijdige herkenning en vaak succesvolle behandeling van hydrocephalus door herhaalde lumbale liquorafname bij deze patiënten. Ook het nuttige effect en latere, ongewenste effecten van Cyklokapron, werden in een internationale "clinical trial" vanuit onze neurologische afdeling aangetoond. Dit alles werd in een viertal dissertaties en een zeer groot aantal publicaties vastgelegd.

Een nieuwe loot aan het neurologische onderzoek was het preciezer beschouwen op onze afdeling van het klachtenpatroon van de patiënt bij voorbijgaande doorbloedingsstoornissen van de hersenen door middel van "interobserver-onderzoek". Tevens de twijfel aan het nut van traditionele, maar volledig onbewezen, behandelingen hierbij. Dit laatste leidde tot "clinical trials" met zeer grote aantallen patiënten, meestal over de grenzen van de afdeling heenreikend, soms zelfs tot over de landsgrenzen heen. Ik doel hier speciaal op de onderzoeken naar het effect van vaatchirurgische en medicamenteuze preventie van deze voor de patiënt zo desastreuze aandoening. In simpeler termen: pogingen om een beroerte, een ontluisterende ziekte, te voorkomen.

Een goedkoop geneesmiddel als Ascal bleek bij patiënten met een kleine waarschuwing de kans op blijvende ellende en ook op een acute hartdood en een niet dodelijk myocardinfarct met 25% te kunnen verminderen. Een ander middel, Ticlopidine, bleek in Amerikaans en Canadees onderzoek nog effectiever dan Ascal.

Het Nederlands TIA-onderzoek, in Utrecht opgezet en waarbij onze afdeling actief meedacht en meedeed, is met 3150 gerandomiseerde patiënten een fraai voorbeeld van waartoe samenwerking kan leiden. Voor Rotterdam brachten de vele gegevens voorlopig een dissertatie

en een aantal publicaties en veelbelovend nieuw onderzoek naar "markers" in de urine voor activatie van bloedplaatjes bij patiënten met een zogenaamde kleine beroerte.

Vanuit Rotterdam werd verder een uniek Europees onderzoek opgezet met als doel een beter onderbouwde preventie van ernstige invaliditeit voor patiënten met een niet-invaliderende of voorbijgaande kleine beroerte en tevens atriumfibrilleren. Er ontstond een hechte samenwerking tussen 130 Europese Neurologische afdelingen, verspreid van Scandinavië tot in Zuid-Italië. Dit alles met de zeer gewaardeerde en omvangrijke sponsoring van de Nederlandsche Hartstichting en de firma Bayer. Het onderzoek zal naar verwachting in enkele jaren of mogelijk eerder afgerond zijn.

Ik mocht eveneens getuige zijn van het onderzoek dat aantoonde dat dystrophia myotonica werkelijk in opeenvolgende generaties op steeds jongere leeftijd debuteert.

Het bewijs voor het bestaansrecht van deze zogenaamde anticipatie leidde, tegen de gevestigde mening van vele oudere genetici in, tot verscherping van erfelijkheids-informatie aan families met deze verwoestende ziekte.

Dit resultaat kwam niet in het laboratorium tot stand, maar louter en alleen door volhardend familie-onderzoek met als enig technisch hulpmiddel een draagbare spleetlamp voor herkenning van de zo typische vorm van lenstroeubeling, een vorm van staar, bij deze ziekte. Ook dit onderzoek leidde weer tot een Rotterdamsche dissertatie en tot enkele publicaties.

Onderzoek naar nieuwe inzichten in verworven taal- en spraakstoornissen bij kinderen werd eveneens afgerond met een dissertatie en een aantal publicaties.

Voorts vermeld ik nieuwe ontwikkelingen en vier dissertaties over chaufferen door patiënten met epilepsie, over de reflex van Babinski, de ziekte van Pompe en andere spierziekten, over afwijkingen in ruimtelijk inzicht tengevolge van infarcten in de rechter hemisfeer en de ontwikkeling van een bloeiende Kinder-Neurologische afdeling als nieuw subspecialisme van het moedervak, in nauwe samenwerking met de Kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis.

Tenslotte was er het in 1990 afgeronde originele onderzoek naar een meer adequate behandeling van volwassenen met een eerste idiopathische epileptische aanval door de daarbij overtuigend aangetoonde, voorspellende waarde van epileptische activiteit in het electro-encefalogram bij deze patiënten, voor wat betreft de kans op herhaling van zo'n aanval bij de niet behandelde patiënt. Niet behandelen was in Nederland tot voor enkele maanden de gewoonte. Dit onderzoek heeft in Nederland geleid tot een tijdiger behandeling van deze patiënten. Indien de resultaten in de United States goed gelezen worden zal er aldaar bij patiënten met een eerste idiopathische epileptische aanval en een normaal electro-encefalogram geen behandeling meer plaatsvinden.

Misschien mag ik U na dit alles nog even meenemen naar een laatste ontwikkeling op het gebied van de zogenaamde degeneratieve neurologische ziekten en dat betreft soms ware volksplagen, zoals bijvoorbeeld de dementie bij de ziekte van Alzheimer. Voor deze patiënten en hun familie zijn dit ware rampen, want het betekent een langzaam maar onverbiddelijk verlies van geheugen en intellectuele functies. Deze en andere degeneratieve aandoeningen berusten op langzaam verval van cellen en vezels in het zenuwstelsel zonder bekende oorzaak.

Bij mijn Inauguratie in 1971 sprak ik uitvoerig over de mijns inziens bestaande samenhang tussen een aantal van deze ziekten gebaseerd op hun klinische en pathologisch-anatomische "overlap" en over het mogelijke verband met wat toen genoemd werd de langzame virusinfecties.

Dankzij het werk van Nobelprijswinnaar Gadjusek was gebleken dat de menseneters-ziekte in Australisch Nieuw-Guinea, genaamd Kuru en een zeldzame vorm van dementie, de ziekte van Creutzfeldt-Jakob en een aantal veterinaire ziekten, zoals schapen-scrapie en mogelijk ook de recent beschreven "gekke koeien-ziekte" (bovine spongiforme encephalopathie) in Engeland, alle verwant waren, en heel belangrijk: overdraagbaar en onder bepaalde condities ook voor de mens besmettelijk.

Microscopisch onderzoek bij overledenen toonde bij al deze ziekten spongieuze afwijkingen aan in de schors van de grote hersenen. Tevens wees verder onderzoek bij deze patiënten op de aanwezigheid van een abnormaal zogenaamd Prion-eiwit.

De door mij omstreeks 1970 veronderstelde verwantschap tussen deze degeneratieve ziekten kreeg in 1990 een nieuwe impuls door het door Collinge en medewerkers in de Lancet beschreven abnormale Prion-eiwit bij een erfelijke vorm van dementie, klinisch identiek aan de ziekte van Alzheimer, maar nu zonder de genoemde spongieuze oplossing van de grote hersenschors. Dit alles zou kunnen betekenen, dat de zeldzame, overdraagbare en soms besmettelijke ziekte van Creutzfeldt-Jakob, en de veel frequenter voorkomende dementieën en/of ataxieën bij gebleken afwijkende Prion-gen-analyse, verwante ziekten zijn en tevens dat er een verband zou kunnen bestaan met veterinaire aandoeningen zoals voorkomend bij o.a. het schaap, de koe, de geit, de nerts en de eland. Bevestiging van deze hypothese zou van groot belang voor de volksgezondheid kunnen zijn.

Tot zo ver enkele nieuwe ontwikkelingen in ons vak en voor de niet-medici onder U tevens het einde van dit afgrijpselijke vakjargon.

Zijn wij tevreden met het zojuist genoemde onderzoek van onze afdeling? Ten dele. Het kan altijd beter en meer, maar het verslag van de Vaste Commissie voor de Wetenschapsbeoefening uit december 1990 citerende: "het werk was kwalitatief en kwantitatief respectievelijk goed tot zeer goed". Ons onderzoek is reeds jaren gebundeld in twee grote projecten, beide met een zogenaamde I (= internationale) onderzoekskwalificatie, waarmede het door middel van voorwaardelijke financiering voor de toekomst veilig gesteld is. Echter, de niet aflatende patiëntenzorg legt terecht beperkingen op. Ik hoop dan ook dat de door de minister gewenste onderzoeksinstituten en onderzoeksscholen de kliniek straks niet zullen beroven van de lijfelijke aanwezigheid van heel goede clinici.

HET ONDERWIJS

Het was een uitdaging ons vak te mogen doceren. Het studentenonderwijs heb ik altijd met plezier gedaan. Soms knarsetandend om de tijd tot voorbereiding te vinden en zenuwachtig zoekend en vragend naar de juiste patiënt voor het college. Maar met animo in de collegezaal, aan het ziekbed en in kleine groepjes van het junior co-assistentenschap in ons colloquiumzaaltje F, dat wij in 1972 annexeerden. Het overgrote deel van de studenten was te boeien en toonde dit ook in woord en daad: "teaching is fun".

Ik meen, dat een hoogleraar zoveel mogelijk zèlf de colleges moet geven en zelf actief betrokken moet zijn bij de samenstelling van de examens in zijn vak. Hij is immers verantwoordelijk hiervoor, hij wordt ervoor betaald en niet de zogenaamde onderwijs-assistent of medewerker.

Een hoogleraar in een kernvak van het curriculum zoals de Neurologie dient mijns inziens zijn medewerkers niet lastig te vallen met commissies het onderwijs betreffende, zoals Curriculum- en Examencommissies. Doet hij dit wel, dan krijgt hij de problemen, die daar spelen toch weer op zijn boterham, of erger: hij blijft hierover in zalige onwetendheid.

Ik denk, dat Neurologie voor de nieuweling zo aansprekend is, omdat het klachtenverhaal van de patiënt, aangevuld met wat gerichte vragen vaak naar de oorzaak leiden. Het eenvoudige lichamelijke onderzoek wijst vervolgens snel de weg naar de plaats van de afwijking in het zenuwstelsel. Oorzaak en plaats tezamen bepalen dan de mogelijkheid tot behandeling.

Ik ben ervan overtuigd en met mij velen, maar helaas niet de voorstanders van zogenaamde moderne onderwijsopvattingen, dat het ouderwetse college in de vorm van patiëntendemonstraties de meest goedkope en tevens de beste kennismaking met de klinische geneeskunde is.

Alle hoera-fanfares over integratie en blokonderwijs ten spijt, is met de hoogst ongelukkige curriculum-vernieuwing in Rotterdam het klinische onderwijs mijns inziens slechts ten dele en vermoedelijk in het geheel niet gebaat. In de luttele weken van zo'n geïntegreerd onderwijsblok is het immers niet doenlijk de grote ziektebeelden, noodzakelijk voor het zelf horen en zien, aan de studenten te tonen. Dit komt, omdat de betreffende ziektebeelden zich nu eenmaal niet aan het nieuwe collegerooster houden. Zo kan men bijvoorbeeld al docerende wel trachten een spastische, atactische of hysterische loopstoornis te vertellen of op een videobandje te tonen, maar voor latere herkenning moet men het in natura gehoord en gezien hebben. Het gaat om de patiënt in levende lijve. Ik houd tevens mijn hart vast voor de praktische uitwerking van examinering van zo'n geïntegreerd onderwijsblok.

Ik sta met deze mening gelukkig allerminst alleen, maar een brief met "verontruste" tekst van twaalf Klinische Hoogleraren van deze Faculteit aan Faculteitsbestuur en Vaste Onderwijscommissie werd

nimmer beantwoord.

Zoals mij in vele gesprekken met tientallen studenten is gebleken, weerspiegelt de studentenvertegenwoordiging in de Faculteitsraad niet de massale studentenmening in deze.

Ik wil niemand kwetsen, en diegenen die deze vernieuwing op democratische wijze door de Faculteitsraad persten, handelden uiteraard uit eigen en eerlijke overtuiging, maar voor de mening van klinische docenten bleven zij horende doof. Clinici met een grote afdeling hebben weinig tijd en ik moet toegeven weinig animo voor Faculteitsraden. Voor zo'n lichaam is het daarom niet onverstandig ook naar de daadwerkelijke onderwijsgever en naar de student-consument buiten de Raad te luisteren en niet alleen naar hun vertegenwoordigers, die na hun verkiezing vaak weinig contact met de achterban zoeken. Zij hebben daarvoor naast hun studie ook geen tijd, omdat het bestuurswerk zo tijdrovend en zo lollig is. Ik ben ervan overtuigd, dat mijn argumenten en die van anderen, die ik nu ad nauseam heb gelucht, niet overkomen. Het zij mij vergeven, dat ik speciaal vanmiddag van mijn hart geen moordkuil maak.

Nauwelijks is de ene curriculum-vernieuwing in gang gezet, of de volgende dient zich aan.

Is het werkelijk noodzakelijk twee jaren klinische stage na het basisarts-examen verplicht te stellen? De jonge arts zal daar natuurlijk niet slechter van worden, maar is het niet simpeler om vòòr het begin van de studie een echte selectie in te stellen en om de heilige koe, dat een ieder met middelbaar onderwijs recht heeft op de medische studie, behoedzaam naar de slachtbank te geleiden?

Er zijn landen waar zo'n systeem niet slecht werkt en het zou de kwaliteit van de gezondheidszorg zeer ten goede komen. Ik heb hierover geen "clinical trial" gedaan, maar wij ontmoeten regelmatig senior co-assistenten, die zo goed zijn, dat ik hen graag direct in opleiding voor neuroloog zou willen nemen: qua kennis, attitude en karakter.

Naar mijn ervaring behoeft voor die goede studenten de studie niet met een klinische stage van twee jaren te worden verlengd. Ik schat, gebaseerd op de cijfers voor het Neurologische deel van het arts-examen, dat die goede studenten ongeveer tweederde of iets minder van het totaal uitmaken.

U zult begrijpen, dat volgens mijn grove schatting bij de zojuist

genoemde selectie, eenderde vòòr de aanvang van de medische studie afgewezen zou worden.

DE PATIENTENZORG

Ongeacht onderzoek en onderwijsinspanningen vroeg de patiëntenzorg en alles wat daarmee aan organisatie samenhangt, terecht steeds om voorrang.

De Neurologie is immers een vak met heel veel acute patiënten: 70% van onze klinische opnamen en een groot aantal poliklinische consulten eisen spoed, niet zelden grote spoed.

Speciaal het tezamen naar een patiënt kijken en luisteren, het zo nuttige en vriendschappelijke overleg aan het ziekbed, of beter op de gang, vormt de kracht van een klinische afdeling. Het is niet de apparatuur die het doet.

De ongedwongen wijze, waarop het overleg over de patiëntenzorg op onze afdeling plaatsheeft, maakte een groot deel van mijn bezigheden bijna bij voortdoring tot een feest. In onze Neurologische afdeling kon iedereen en dat gold ook voor mij, dag en nacht bij iedereen voor hulp terecht. Voor hulp, voor overleg, maar ook domweg als praatpaal om het enthousiasme of het verdriet over een patiënt te delen.

Naast en vervlochten met de Neurologie zijn er de Neurochirurgische collega's. Het zeer frequente en intense patiënten- en onderwijsoverleg, vroeger met collega De Lange en later met Braakman en Avezaat en hun medewerkers leidde meestal tot leerzame discussies en vaak tot goede beslissingen voor de patiënt. Ik dank U alle drie voor een langdurige en vaak vriendschappelijke samenwerking en, terzijde: ik wens U een ruimer jasje voor uw afdeling toe.

HET AFDELINGSHOOFD

Wat behelst eigenlijk het werk van het hoofd van een academische afdeling? Hij of zij heeft officieel de eindverantwoordelijkheid voor de zorg van iedere individuele klinische en poliklinische patiënt. Op zichzelf is dit reeds een benauwende gedachte, maar zeker wanneer hij 's middags op weg naar Utrecht in de file staat, met als doel een Consilie-vergadering tot 's avonds laat. Gelukkig zijn er dan de stafleden en de assistenten in opleiding, die hij zelf uitgezocht moet hebben.

Mijn kamer in Dijkzigt bevond zich letterlijk in het midden van onze afdeling: op de Middenvleugel van de zesde verdieping. Van hieruit

kon ik het beste meespelen en vandaar de wat cryptische titel van dit betoog. Rondom 6-Midden bevond zich mijn arbeidsveld.

Een afdelingshoofd moet, wil hij niet zelf in zijn ziekenhuis belanden als patiënt, veel kunnen en willen delegeren. Tijdens zaalvisites moet hij niet iedere reflex willen controleren, maar naar aanleiding van het hem opgediste verhaal gericht vragen, gericht wel of niet onderzoeken en vaak op een rustig moment opnieuw beginnen met de anamnese, maar niet bij iedere patiënt, dan ontwricht hij de gang van zaken in zijn kliniek. Hij moet niet altijd gelijk willen hebben en goed weten, dat hij niet alles weet.

Voor diagnostiek en therapie behoort er op zijn afdeling een soort consensus te zijn, ook over de volgorde van handelen, waarvan uitsluitend beargumenteerd mag worden afgeweken. Daarbij dient zuinigheid met laboratorium- en technisch onderzoek en vooral zuinigheid met invasief onderzoek het "Leitmotiv" te zijn. Hetzelfde geldt voor vaste afspraken over het opnamebeleid, over wat wel en wat niet meer op de polikliniek thuishoort.

Het afdelingshoofd dient regelmatig te controleren of deze afspraken opgevolgd worden en vooral of deze nog werkzaam zijn. Consensus is immers een momentopname en zal bij voortduring in beweging dienen te zijn.

In de kliniek dient hij daartoe regelmatig zaalvisite te lopen en ook op de polikliniek dient hij met enige regelmaat op de een of andere wijze mee te doen. Hij mag niet schromen bij afwijkingen van de gang van zaken hierover in discussie te treden, al ziet hij daar bij sommigen ook tegen op. Om een werkzame toestand te handhaven, dient dit alles zonder nare confrontaties of ruzies te verlopen. Hij moet daarbij erg goed luisteren en de waarde van contra-argumenten tijdig op hun waarde leren inschatten. Maar hij moet zich niet door handig gezwets om de tuin laten leiden. Dagelijks contact met stafleden en assistenten bij de koffie is, afgezien van de kwaliteit van de koffie, goud waard.

Hij dient tijdig zijn te lange tenen af te zagen, om zonder pijn of slapeloze nachten zijn ongelijk te leren bekennen. Hij moet betere diagnoses dan de zijne vlot herkennen en niet aarzelen deze dan meer of minder uitbundig te prijzen.

Het afdelingshoofd moet ervoor zorgen, dat men niet bevreesd is om met hem in discussie te treden en het is prettig indien hij weet, of meent te weten, dat men niet achter zijn rug om, alles toch weer

anders doet dan afgesproken was. Zonder loyaliteit van staf en assistenten werkt dit alles niet.

Hij moet zich behoeden voor niet-beargumenteerde zogenaamde professorale uitspraken, dan wordt hij terecht bedrogen en valt de bodem uit zijn functie (als die er al in zat). Hij moet niet achter de rug van een staflid-supervisor het beleid bij een patiënt wijzigen, dit verwacht de assistent en beledigt onnodig het staflid.

Vaak weet een staflid meer over een bepaald probleem, dan dient hij de betreffende kwestie naar deze autoriteit te leiden en hij moet controleren of dit ook gebeurt, en ook of deze autoriteit ditmaal geen baarlijke nonsens gezegd heeft. Dit betekent, dat hij ervoor moet zorgen, dat hij die autoriteiten in huis heeft.

Wij vonden het in ons vak een goede gang van zaken, dat alle stafleden "generalist" zijn en blijven en een ieder daarnaast een sub-specialisatie heeft. Maar supra-specialistische klinische afdelingen zijn in ons vak niet werkzaam, maar contra-productief.

Bovenal moet het afdelingshoofd letten op de bejegening van de patiënten en hun familie en er direct bovenop springen indien deze hem niet bevalt. Het contact met de patiënten dient menselijk en hoffelijk te zijn. Lang niet iedere patiënt vindt het prettig om getutoyeerd te worden en een ieder moet begrip leren krijgen voor de angsten van zijn patiënt, deze leren herkennen en daar de tijd voor nemen. Het dragen van een drukpiepende zoemer tijdens spreekuur of zaalvisite is onbeleefd tegenover de patiënt.

Een nare boodschap vertelt men de patiënt niet staande op de gang of voor het bed, maar het liefst alleen, zittend en met de deur dicht. En dat van die zoemer zei ik al. Het is mijns inziens de taak van iedere somatische specialist om bij psychogene symptomatologie dit rustig met de patiënt te bespreken, voordat hij de psychiater roept. Soms is zo'n gesprek verbluffend succesvol. Dit lijken waarheden als koeien, er wordt op vele plaatsen zeer vaak tegen gezondigd.

Het afdelingshoofd dient zich mijns inziens de jure en de facto ook te beschouwen en te gedragen als hoofd van de verpleegkundigen van zijn afdeling.

Het lijkt mij hier de plaats, al wilde ik geen namen noemen, om de hoofdverpleegkundigen Donkervoort en Rietveld, Van Drooge, Van der Voort en Krens en hun staf, en uit vroeger dagen de zusters Lipman en Van de Wetering zeer nadrukkelijk te danken voor hun grote toewijding, efficiëntie en hun souplesse voor mijn gedram gedurende

zeer vele jaren. Ditzelfde geldt voor de coördinerend hoofdverpleegkundige, zuster Korpershoek en voor onze drie door te veel werk opgejaagde doktersassistentes.

Tenslotte, het hoofd van de afdeling moet vlot bereikbaar zijn, zijn deur dient, liefst letterlijk, voor een ieder open te staan en hij moet niet te vaak afwezig zijn, dus matig met congresbezoek en andere excuses voor afwezigheid. Hij dient zijn praktijk klein te houden. Hij is niet aangesteld om een grote eigen praktijk te voeren en het is goed indien de inkomsten daarvan weinig drukken op zijn eigen belasting-aangifte, indien U begrijpt wat ik bedoel.

Het is mijn heilige overtuiging dat hij niet in alle commissies zitting moet nemen waarvoor hij gevraagd wordt. Er zijn namelijk vele gevaren, die de zojuist geschetste taakstelling bedreigen: bestuurlijke ziekenhuis- en faculteitsfuncties, wetenschappelijke verenigingsfuncties, subsidiecommissies, raden van beroep en tuchtcolleges, optreden als deskundige voor de rechtbank etc., etc.

Bij iedere uitnodiging zal hij wantrouwend moeten informeren naar wat het huiswerk daarvoor inhoudt en zich moeten afvragen of het zal interveniëren met zijn taak als opleider en als hoofd van de afdeling, en òók of zoiets nuttig is voor zijn afdeling. In sommige commissies kan zijn aanwezigheid voor de afdeling uiterst nuttig zijn. Maar indien hij op iedere uitnodiging ja zegt, wordt zijn werk volledig uitgehold en zal dit ontaarden in een papieren schijnambt. Er bestaat in deze functie een grote zee van uitvluchten voor afwezigheid bij de klinische routine, maar om zijn aanwezigheid bij die routine gaat het juist. Dit alles klinkt wellicht wat asociaal, maar "you can't have your cake and eat it too".

Het moge duidelijk zijn, dat ik zojuist het mijns inziens ideaalbeeld van een afdelingshoofd en opleider heb geschetst. Een aantal Uwer zullen zonder al te veel moeite direct mijn tekortkomingen kunnen aanwijzen en weer anderen zullen het voorgestelde takenpakket overdreven vinden. Het zij zo.

DE OPLEIDING TOT SPECIALIST

Enkele jaren geleden werden door de Nederlandse Vereniging voor Neurologie de Neurologische opleidingen kwalitatief en kwantitatief doorgelicht. Tengevolge hiervan werd aan Rotterdam het grootste aantal assistenten in opleiding toegekend.

De huidige tendens om tijdens de opleiding tot neuroloog examens in

te stellen, zoals ook in andere specialisaties gewoonte is geworden, is invoelbaar, maar ik heb deze altijd betreurd.

Na een lange studie met een oneindige reeks tentamens moet het voor de assistent een verademing zijn de opleiding examenvrij te kunnen beëindigen met de handtekening van zijn opleider onder de verklaring aan de Specialisten Registratie Commissie, dat het goed was. Bij sommigen zal de opleider helaas tijdig moeten beslissen, dat het niet goed was en dat het beter is dat zij hun geluk elders zoeken.

Immers de gehele sfeer in een regelmatig op onderwijskwaliteit gevisiteerde opleidingskliniek ademt bij voortduring onderwijs en inofficiële toetsing: tijdens de supervisie overdag en 's nachts en bij de patiëntendemonstraties en andere besprekingen.

Voortdurende officiële toetsing zal daar weinig aan toevoegen en afbreuk doen aan de sfeer. Iets heel anders en nuttiger lijkt mij een verplichte toetsing enkele jaren na beëindiging van de opleiding van vrij gevestigde neurologen en van de staf van opleidingsinstituten.

HET MANAGEMENT

Over de management-taken van het afdelingshoofd wil ik kort zijn. Misschien helpen cursussen, misschien niet.

Met zo'n voortreffelijke Raad van Bestuur, of mag ik nog gewoon van Directie spreken, als in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam is het zeer plezierig werken.

Het klinkt ongeloofwaardig, maar in 20 jaren deed ik ten behoeve van onze afdeling nimmer, werkelijk nimmer, tevergeefs een beroep op de Hoofd-Directeur Barendregt, op de Economisch Directeur Hoogendoorn, noch op de beide Directeuren Patiëntenzorg of op hun vriendelijke en efficiënte secretaressen.

De voormalige Hoofd-Directeur Den Haan is al zo vaak geprezen, dat hij aan mijn loftuitingen geen behoefte meer zal hebben.

Naast de ziekenhuis-directie had ik nog een andere broodheer: de Medische Faculteit.

Deze heeft het de laatste jaren tengevolge van zeer ernstige bezuinigingen veel moeilijker gehad dan het ziekenhuis.

Tot 1985 was onderhandelen met de faculteit gezellig en vruchtbaar, daarna toenemend moeizaam. Naar de noden werd nog wel geluisterd, maar de beslissingen stonden op basis van voor ons meestal niet-begrijpelijke en wat mistige berekeningen reeds vast, vòòrdat het

gesprek begon. Ik wil echter niet nalaten voor jarenlange samenwerking en begrip in vroeger jaren de heren De Vos, Thonus en Groeneveld te danken.

Voor een perfecte organisatorische samenwerking denk ik met plezier terug aan de medewerksters van het faculteitsbureau: de dames Keulen, Reijmerink, Idzinga, Schop en Löbler. Het was goed met U allen te werken. Ditzelfde geldt voor de meeste decanen, die ik heb mogen dienen.

Ik wil gaarne de ontelbare patiënten en hun huisartsen of neurologen, vroeger in Leiden en sinds 1970 in Rotterdam, danken voor het in mij gestelde vertrouwen; ik hoop dit niet al te vaak beschaamd te hebben.

Bij mijn werk had ik veel nut, en ik moet toegeven ook heel veel plezier, door nog wat anders om handen te hebben. Ik heb deze afleiding gezocht in buitenlucht-activiteiten, zoals schaatstochten met de medewerkers, skitouren ver van de piste en bemoeienissen met de jachtsport te paard en dankzij zeer professionele hulp gebeurt dit laatste veilig. Ik heb daar vele vrienden en vriendinnen in binnen- en buitenland aan overgehouden.

Ik heb geen namen van medewerkers genoemd, de rij zou te lang worden. Een bijeenkomst als deze is daar vermoedelijk ook niet voor. Maar ik kan niet nalaten mijn secretaresse uit vroeger jaren mejuffrouw Magito en later heel speciaal Elly Vermeulen, hier en nu intens te danken voor hun jarenlange onvermoeibare inzet en daarmee ook hun vele collega's en onze administrateur de heer Korthals voor zijn diplomatieke, maar indringende toezicht op mijn budgettair handelen.

Zonder wie dan ook tekort te willen doen, bestaat er bij mij behoefte voor veel hulp in en buiten het vak, voor herhaalde en vermoedelijk juiste terechthwijzingen, maar bovenal voor hun hechte vriendschap, mijn respect en dank uit te brengen aan de collegae hoogleraren Neurologie: Busch, Van Crevel, Van Gijn en Van der Lugt en aan hun echtgenotes. Naar ik nu bemerk, heb ik daarmee dan genoemd wat onterecht door niet-Rotterdamers wel eens beschreven wordt als de gehele Rotterdamse Neurologische Maffia.

Mijn lieve echtgenote ben ik uiterst dankbaar, dat zij mij in gezondheid, maar ook in ziekte, in mijn werk daadwerkelijk en mentaal heeft gesteund. Ik was vaak afwezig, maar ik verheug mij er op Yvonne, om in de toekomst zeer veel meer aandacht aan onze huiselijke haard en de huishoudelijke bezigheden te kunnen wijden.

Gode zij dank is er geen interregnum en werd mijn opvolger tijdig voorgedragen. Deze beslissing werd genomen door een commissie bestaande uit maar liefst veertien faculteitsleden en de Hoofddirecteur van het Academisch Ziekenhuis Rotterdam. Wij prezen ons gelukkig dat dit gezelschap onder leiding stond van een uiterst voortvarende, wijze en ver vooruitziende voorzitter, prof. Niermeijer.

Zoals het behoort was ik adviseur van deze commissie, maar na aandragen van wat feitelijkheden heb ik mij afstandelijk opgesteld, zoals het behoort.

Rotterdamsche benoemingen zijn meestal goed onderbouwd. Gebaseerd op vele jaren van nauwe samenwerking, ben ik ervan overtuigd, dat mijn met veel zorg uitgekozen opvolger het beter zal doen dan ik. Helaas is zijn benoeming op het moment van het ter perse gaan van dit boekje nog niet officieel, dus neen we noemen geen namen. Ik wens hem veel vreugde en wijsheid toe bij zijn boeiende taak. Ik weet hem daarbij gesteund door een uitmuntende staf, die ik als oude vrienden hier voor het laatst nog eens bedank voor hun unieke en loyale samenwerking. Ditzelfde geldt voor de huidige assistenten in opleiding en hun tientallen voorgangers.

Tegelijkertijd neem ik de gelegenheid te baat om één van onze andere stafleden geluk te wensen met zijn eveneens nog niet officieel bekrachtigde benoeming tot hoogleraar aan een van de andere universiteiten des lands, ook hier dus een naamloze felicitatie. Het was uitermate stimulerend met beiden samen te werken, ik heb veel van jullie geleerd. Het vertrek van één van jullie is een groot verlies voor onze kliniek.

Tenslotte een welgemeend dankwoord aan prof. Busch en dr. Vermeulen voor de organisatie van dit Symposium, een veel te grote eer voor mij.

U hebt nu meer dan lang genoeg naar mijn gepraat geluisterd. Het moment voor mij om te zwijgen nadert snel en bovendien is het de

hoogste tijd voor de borrel.

Ik vrees dat er wachttijden bij de receptie kunnen ontstaan. Zo lang de trap halfvol is, laaft U zich dan eerst. Dat maakt zo'n receptie wat menselijker. Enkele medewerkers zijn zo vriendelijk U onderaan de trap de weg te wijzen naar het buffet.

In de toekomst dan, hoop ik "while tending my roses", vanuit de verte zo nu en dan het geroffel te horen van de trom van het aaneengesloten voortschrijdende, Rotterdamsche Neurologen Regiment, als van een verre tamboer.

Ik wens U allen in Rotterdam: vreugde bij het werk, maak geen ruzie, luister naar elkaar en vergader weinig, dan komt het succes vanzelf. Het ga U allen goed.