

# OP GEGIST BESTEK

EEN POGING TOT PLAATSBEPALING VAN DE  
NEURO-CHIRURGIE IN HET MEDISCH ONDERWIJS

REDE

UITGESPROKEN BIJ DE AANVAARDING VAN HET AMBT  
VAN GEWOON HOOGLERAAR IN DE NEURO-CHIRURGIE  
AAN DE MEDISCHE FACULTEIT TE ROTTERDAM  
OP DONDERDAG 30 OKTOBER 1969

DOOR

Dr. S. A. DE LANGE

*Hooggeachte toevoorderessen en toevoorders,*

Het aanvaarden van het ambt van hoogleraar impliceert het aanvaarden van een leeropdracht. Men wordt benoemd om ergens onderwijs in te geven en in zijn simpele bewoordingen lijkt die opdracht duidelijk genoeg. Lijkt: want indien de nieuw benoemde zich gaat verdiepen in de aan hem opgedragen en door hem aanvaarde taak, blijkt de situatie gekenmerkt te worden door een aanmerkelijke vaagheid. Hij gaat zich dan al spoedig voelen als een navigator, slechts varend op gegist bestek op een voor hem onbekende zee, turend op een verjaarde zeekaart, waarop nog in vergeelde letters het woord „traditie” is te ontwaren. Voor het veilig binnenlopen in de haven die gevormd wordt door het geheel van het medisch onderwijs zal hij alle, zij het ook vage aanknopingspunten moeten opzoeken en evalueren om te komen tot een plaatsbepaling waaraan hij de overtuiging van een vaste koers kan ontleen.

Welke zijn nu de aanknopingspunten die uiteindelijk de positie in het onderwijs van een specialisme en van de neurochirurgie in het bijzonder, in hoofdzaak zouden kunnen bepalen? Daarvoor komen in aanmerking in de eerste plaats de wettelijke bepalingen. In de tweede plaats dat wat men tegenwoordig in de literatuur aanduidt met de akelige term „final product”, door mij liever genoemd de optimale arts. In de derde plaats de aard van het specialisme en het land waar de arts zijn bevoegdheid krijgt.

Ten aanzien van de wettelijke bepalingen moet geconstateerd worden dat deze, in het bijzonder na het Koninklijk Besluit van 8 oktober 1968, zo vaag zijn geworden dat men nauwelijks van enig houvast kan spreken. In het genoemde K.B. wordt het Academisch Statuut herzien. De artikelen handelend over de eisen, die gesteld worden bij het assistent-arts-examen en het arts-examen zijn zo algemeen gesteld dat de inhoud van de te onderwijzen stof in feite aan de faculteit overgelaten wordt mits de candidaat-arts maar blijk geeft in staat te zijn tot het zelfstandig uitoefenen van de geneeskunst, terwijl de candidaat-assistent-arts wel de geneeskunst moet kunnen uitoefenen maar niet zelfstandig.

Verdere richtlijnen worden gevormd door de z.g. „peilers”. Min of meer willekeurig wordt onder peiler 14 samengevat de praktische beoefening van de diagnostiek en behandeling van de ziekten van de mens met inachtneming van enige aspecten, zoals leeftijd, sociale en psychologische milieufactoren etc. Peiler 15 vermeldt de heelkundige diagnostiek en indicatiestelling. Het is niet onwaarschijnlijk te achten dat de neurochirurgie ergens tussen peiler 14 en 15 inhangt, maar zekerheid verschaft de wet ons daarover dus niet.

Verheugend is het om te lezen in artikel 28, handelende over de opleiding voor het artsexamen dat in de periode na het assistent-arts-examen mogelijkheden worden geboden ter voorbereiding op of als begin van verdere specialistische geneeskundige dan wel research-scholing. Hiermede is van gezaghebbende, immers ministeriële zijde bevestigd, dat de medische faculteiten rechtstreeks bemoeienis hebben met de opleiding tot specialist. Dit getuigt van gezond realisme. Practisch gezien kan een klinische afdeling in een academisch ziekenhuis zonder assistenten in opleiding niet werken. Immers, het dagelijks klinische werk is bijkans onuitvoerbaar zonder assistenten en ook de wetenschappelijke activiteiten van de afdeling zouden zonder hen ernstig in gevaar komen. De opleider is bovendien zeer gebaat bij de vraagtekens die een goede staf van assistenten pleegt te zetten achter handelingen en inzichten die anders de kans zouden lopen nimmer meer op hun merites beproefd te worden.

Kortom, een academisch ziekenhuis kan niet functioneren zonder assistenten in opleiding. Afgezien van dit praktische aspect mag men stellen, dat het niveau van de medische voorzieningen in ons land valt of staat met de kwaliteit van de artsen, die uiteindelijk allen specialist zullen zijn (de huisarts reken ik daar ook toe). De kwaliteit wordt niet slechts bepaald door de executieve mogelijkheden van die specialisten in de dagelijkse praktijk, maar ook door de mate waarin zoals Querido dat stelde, de specialist in staat is de instrumenten der wetenschap te hanteren. Dat wil zeggen dat de opleiding tot specialist slechts daar volledig aan haar doel kan beantwoorden waar wetenschappelijk onderzoek naast de patiëntenzorg tot de taken van de afdeling gerekend wordt. Waar medisch wetenschappelijk onderzoek tegenwoordig slechts zelden unidisciplinair beoefend kan worden, stelt dit bepaald hoge eisen aan het milieu waarin de betreffende klinische afdeling zich bevindt en het lijkt voor werkelijk vruchtbaar werken welhaast onontbeerlijk dat er voortdurend een levendig contact met de basis van de menselijke biologie tot de mogelijkheden behoort.

Hiermee wil ik niet zeggen dat klinische research zonder meer door mij niet als wetenschap wordt beschouwd, maar wel dat ook de klinische research steeds gevoed moet worden vanuit de basis der menselijke biologie. Het is in dit verband wellicht symbolisch, dat in de medische faculteit van Rotterdam het gebouw waar overwegend de basiswetenschappen zullen worden ondergebracht, zo hoog uittorent boven het academisch ziekenhuis.

Het wetenschappelijk facet bij de opleiding komt in de huidige richtlijnen van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, waarin vertegenwoordigd zijn de medische faculteiten, de ministeries van Onderwijs en Wetenschappen en Volksgezondheid en verder

de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst, onvoldoende tot uiting. In het Besluit van het Centraal College no. 1, 1966, Algemene Bepalingen staat: „Voor iedere opleidingsinrichting is het van eminent belang dat de assistenten een goed gefundeerde wetenschappelijke opleiding krijgen waarbij het doel moet zijn de jonge collegae te scholen tot specialisten die op een verantwoorde wijze hun praktijk kunnen uitoefenen en de ontwikkeling van de wetenschappelijke achtergrond van hun specialisme kunnen bijhouden”. Deze wijze van stellen duidt op een plato-nische verhouding met de wetenschap. De zelfstandige wetenschapsbeoefening wordt er niet in vermeld. Men mag blijkens deze bepaling blij zijn als de Nederlandse specialist in staat is om de ontwikkelingen op zijn gebied bij te houden, maar hij hoeft er kennelijk niet aan bij te dragen.

Het valt inderdaad niet te ontkennen dat een groot deel der opgeleide specialisten een uiterst nuttige functie zal gaan vervullen door hun kundigheden ter beschikking te stellen van de executieve geneeskunde zonder wetenschapsbeoefening. Dat wil echter niet zeggen dat niet allen terdege tijdens hun opleiding in aanraking geweest dienen te zijn met werkelijk wetenschappelijk onderzoek. Immers, slechts op die wijze kan het wetenschappelijk potentieel in klinische zin voor de Nederlandse gemeenschap ten volle gemobiliseerd worden. De medische faculteiten zullen zich ook wat dit betreft terdege op hun taak moeten bezinnen. Het zou toe te juichen zijn indien bij het effectueren van affiliaties tussen academische en niet-academische ziekenhuizen tevens aan dit facet aandacht besteed zou worden, opdat ook de niet-universitaire opleidingen van de nodige verbindingen in bovengenoemde zin voorzien kunnen worden.

Laten wij echter terugkeren op het uitgangspunt. Het ziet er naar uit dat er dus een onderwijssector gevonden is binnen de door de minister van Onderwijs en Wetenschappen geformuleerde faculteitstaak: het begin van de specialistische opleiding. Over de opleiding tot arts is veel geschreven en gedacht maar een duidelijke omschrijving van de optimale arts is nergens te vinden.

Zeker is dat de praktijkbeoefening voortdurend evolueert waardoor er steeds verschuivingen optreden in de wijze waarop de volksgezondheid als geheel wordt gediend. De medische zorg verandert soms langzaam, soms snel, men denke in dit verband aan de enorme invloed die de invoering van de steriele operatietechniek heeft gehad op de ontwikkeling van de chirurgie, men denke ook aan de grote tijden van Pasteur en Koch. Momenteel lijkt er weer van een stroomversnelling sprake te zijn in de medische ontwikkeling. Byron Bloor spreekt dan ook van een "information explosion". Hij zegt: „ons oude systeem levert nog wel redelijke medici op voor het execu-

tieve terrein, maar faalt daar waar het de jonge medicus moet voorbereiden om steeds opnieuw informatie op te doen, te evalueren en om te zetten in toepasbare medische kennis". In deze woorden is gekristalliseerd wat door velen wordt gedacht. De consequentie van deze gedachtengang is dat de jonge medicus bij het afleggen van het artsexamen dus niet slechts blijf zou moeten geven op de hoogte te zijn van de contemporaine stand van zaken op medisch gebied, maar tevens krachtens zijn opleiding in staat zou moeten zijn op positieve wijze de stroom van nieuwe informatie te verwerken in de zoëven genoemde zin. Men mag zich afvragen of alle artsen ook in de toekomst daartoe in staat zullen blijken te zijn.

Het lijkt problematisch of ook diegenen die door een gewijzigd onderwijssysteem inderdaad de intellectuele vaardigheden hebben verworven, nodig voor informatieverwerking naast een zware praktijkuitoefening, de psychische energie zullen opbrengen om werkelijk mee te groeien met de ontwikkelingen in hun wetenschap. Zou men er dan ook niet goed aan doen om het artsexamen en ook de specialisten-registratie meer te zien als een mijlpaal in de ontwikkeling van de student, die echter ook na het bereiken van die mijlpaal in wezen „studerende" behoort te blijven? Is het gezien de stormachtige ontwikkelingen wel juist om iemand de bevoegdheid voor het leven te geven zonder waarborgen te scheppen dat diens weten up to date is zodat de patiënten redelijke zekerheid hebben te profiteren van recent ontwikkelde medische mogelijkheden?

Nu de wet van 1865 regelend de uitoefening der geneeskunst, toch op de helling genomen is door de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening mag men zich dan ook afvragen of het bij voorbeeld niet wenselijk zou zijn om bij het opstellen van nieuwe wettelijke regelingen het continueren van de bevoegdheid en de registratie na een zekere termijn (men kan hier denken aan 5 of 10 jaren) afhankelijk te stellen van het volgen van nascholingscursussen.

In een poging tot analyse van studiedoelen van het medisch onderwijs kwam Miller tot 3 facetten en wel: ten eerste kennis, ten tweede manuele en intellectuele vaardigheden en ten derde motivering en houding. Het valt nauwelijks te ontkennen dat dit de bouwstenen zijn van het onderwijs dat wij willen geven. De vraag is echter welke onderwijsalchemist precies weet in welke verhoudingen de samenstellende delen gemengd moeten worden om te komen tot die parel die ik nog steeds gaarne de optimale arts wil noemen. Dat hierover verschillende opinies bestaan is begrijpelijk. Het objectief staan ten opzichte van het onderwijs is bovendien voor de individuele docent niet makkelijk. Miller zegt hiervan: "Faculty members the world round prefer to teach what interests them and they have acquired

great skill in mounting arguments to support the view that what they want to teach is in fact what all students need to learn". En per slot: "Instruction should be geared to student-need, not to teacher-preference". Ik zou daaraan nog willen toevoegen: Instruction should be geared to social and patient need.

U zult het met mij eens zijn dat de navigator nog niet veel verder gekomen is. Hij weet nu wellicht iets over het klimaat van de zee waarop hij vaart, maar zijn doel is nog in nevelen verhuld, of ligt zo U wilt in deze tijd van radar, nog onder de horizon.

Nu het doel van het onderwijs, het "final product", vaag blijft, kan ook de inhoud ervan niet duidelijk gedefinieerd worden: beide zijn immers niet los te denken van elkaar. Afgezien van de inhoud, is nog de wijze waarop de overdracht tot stand komt van belang - men kan deze inhoud en overdracht van het onderwijs simpeler stellen als het WAT en het HOE. Maar wanneer men niet weet WAT men gaat bereiden kan men ook niet bepalen HOE het diner opgediend zal worden - het HOE is dan ook nóg neveliger dan het WAT.

Misschien kan ik, om deze neveligheid te illustreren, er één aspect uitlichten. In tegenstelling tot wat de wet vaststelt voor middelbaar, lager en zelfs kleuteronderwijs ten aanzien van de didactische bevoegdheden wordt het hoger onderwijs gegeven door didactisch en pedagogisch onbevoegden. Over het algemeen worden de docenten geselecteerd op wetenschappelijke en praktische vakcompetentie, waarbij door de faculteit in een helaas niet steeds gehonoreerd optimisme aangenomen wordt dat de benoemde zich zal ontpoppen als een didactisch talent. Men mag zich afvragen of het ook bij het hoger onderwijs niet van belang zou kunnen zijn de docent kennis te laten nemen van althans het aap- noot- mies van de didactiek. Bij deze opmerkingen over overdracht (het hoe) zou ik het willen laten om voort te gaan met het wat (de inhoud).

Het curriculum dan zal moeten worden gevormd door bouwers die meer op hun intuïtie dan op quantificeerbare gegevens afgaan. Immers, een der grootste moeilijkheden bij het bepalen van de waarde van een curriculum is, dat het vrijwel ondoenlijk is om een maatstaf te vinden voor het wel-slagen daarvan. Pas in de praktijk zal blijken of de afgeleverde artsen vol-doen. Maar hoe zal dat blijken? Indien men algemene volksgezondheids-maatstaven aanlegt, zoals zuigelingensterfte, tuberculosecijfers, gemiddelde levensverwachting etc. zouden ogenblikkelijk de oude curricula van stal gehaald moeten worden, want met deze cijfers sloeg Nederland tot nu toe een voortreffelijk figuur. De door Walton gevolgde methode waarbij gemeten wordt: de informatie die door de student is opgedaan, de technisch-

klinische vaardigheid en de houding ten aanzien van het beroep lijkt hoogstens een graadmeter te zijn voor het ogenblik van het artsexamen. Maar het is niet gezegd dat de bevindingen van dit onderzoek zonder meer van toepassing zullen blijken te zijn op de wijze waarop de artsen na vele jaren in de praktijk zullen functioneren. De nu vrijwel overal ter hand genomen onderwijs-research zal wellicht in de toekomst vruchten gaan afwerpen en zal hopelijk de richting kunnen aangeven die het medisch onderwijs qua inhoud en didactiek zal moeten inslaan.

Al heeft men dan geen exacte maatstaven, toch heeft vrijwel overal, met de Angelsaksische landen in de voorhoede, de overtuiging veld gewonnen dat de nadruk in het curriculum meer op het aankweken van begrip moet komen te liggen en minder op kennis. Het is logisch dat dit geleid heeft tot pogingen om een integratie tot stand te brengen tussen de z.g. basisvakken zoals anatomie, fysiologie, biochemie etc. en de klinische disciplines, aangezien slechts op die wijze voor de student het contact te leggen is tussen theorie en praktijk, en het verband duidelijk te maken is tussen biologische gegevens en klinische fenomenen. Als gunstig bijproduct kan uit een dergelijke integratie een grotere motivatie van de student ontstaan.

Een van de meest consequente curricula in dit opzicht is opgesteld door Duke University Medical Centre. In dit curriculum worden twee jaren besteed aan de noodzakelijke leerstof in de basisvakken en de voornaamste klinische vakken. Daarna volgt een jaar waarin de student naar eigen keuze kan werken aan een onderwerp uit de basisvakken, terwijl het vierde jaar naar keuze besteed kan worden in de klinische specialismen.

Een dergelijke studie moet wel haast stimulerend zijn voor de goede student, voor de zwakkere broeders moet echter een begeleiding geschapen worden die er borg voor staat dat een afgestudeerde geen grove lacunes in zijn kennis heeft. Dit is slechts een voorbeeld van de consequente toepassing van een gedachtengang die momenteel vrijwel overal ingang vindt. Waar er zo de nadruk is gelegd op begrip als belangrijk en begerenswaardig doel van medisch onderwijs, is het tijd om stil te staan bij dat andere element: kennis en know-how.

Niemand denkt erover het curriculum te verlengen. Integendeel, er zal dus in hoogstens dezelfde tijd meer begrip gekweekt moeten worden, er zal vrijwel zeker minder kennis bijgebracht worden - en waarschijnlijk terecht. William Mayo schijnt 30 jaar geleden al gezegd te hebben: „Een van de voornaamste tekortkomingen van het onderwijs in dit land (V.S.) is dat wij te veel aandacht besteden aan de ontwikkeling van het geheugen en te weinig aan de ontwikkeling van de geest”. Toch mag men van de arts verwachten dat hij meer paraat heeft dan begrip en combinatievermogen

alleen. In bepaalde kritieke situaties moet hij efficiënt kunnen ingrijpen op grond van ervaringen en belevingen uit zijn onderwijsperiode, waaruit het zo belangrijke „herkennen” voorkomt. In dit verband zijn enige opmerkingen van Landau relevant die hij maakte tijdens de Workshop on Neurosurgical Training in januari van dit jaar. Hij zei: “It is an escapist view that a medical school is just a graduate school of biology, which makes human material available as an object of knowledge”.

Inderdaad heeft de patiënt in een kritieke situatie geen behoefte aan een biologische theoreticus, maar meer aan iemand die afgezien van de theoretische onderlaag voldoende ervaringsmateriaal ter beschikking heeft om op juiste en snelle wijze te kunnen handelen.

Enige landmarks voor het onderwijs hebben nu wat contouren gekregen. Het zijn begrip, of zo men wil het „leren leren”, hetgeen integratie van basisvakken met klinische specialismen met zich meebrengt, verder klinische kennis vooral daar waar acute toestanden een paraatheid van de arts vragen die rustig overleg en nalezen niet toelaten.

Richten wij nu onze aandacht op het specialisme waarin ik geacht wordt onderwijs te geven: de neurochirurgie.

De naam suggereert dat dit specialisme zich toelegt op de chirurgische behandeling van zenuwziekten. Het gevaar van de naam zit hierin, dat de nadruk te veel en uitsluitend op de therapeutische zijde van het vak gelegd wordt.

Ook op diagnostisch terrein en dan in het bijzonder op dat van de technische diagnostiek heeft de neurochirurgie in belangrijke mate bijgedragen tot de ontwikkeling van wat men kan noemen de klinisch neurologische wetenschappen. Zowel in het executief geneeskundig handelen als ook in de ontwikkelings research draagt de neurochirurgie in belangrijke mate bij tot de kennis van deze wetenschap. Beter lijkt het mij dan ook om, zoals een mijner collegae dit suggereerde, te spreken van heelkundige neurologie als integraal onderdeel van de klinische neurologische wetenschappen.

Het belang van een specialisme in de familie der klinische disciplines is moeilijk exact weer te geven. Welke maatstaven moeten aangelegd worden? Het aantal specialisten werkzaam in dat vak? Het aantal verwijzingen naar het specialisme zoals genoteerd door de ziekenfondsen? Het therapeutisch succes? Het aantal televisieuitzendingen aan het vak gewijd?

In deze sfeer stuit men op een teleurstellend aspect van de neurochirurgie. Dit specialisme herbergt namelijk in het spectrum van de door haar behandelde ziekten geen volksvijand no. 1. Nadat ieder overtuigd is geraakt van de noodzaak van een krachtige kankerbestrijding wordt ons land weer opgeschrikt door de mededeling dat bijna de helft van zijn inwoners

het slachtoffer zal worden van rheuma. Nog nauwelijks bekomen van deze schok, wordt ons de collectebus onder de neus geduwd om ons volk te redden van de asthma, een ziekte die een aanzienlijk groter percentage van ons in ademnood brengt dan men had vermoed, terwijl de door staatssecretaris Kruisinga vermelde cijfers over de toename van cardiovasculaire acciden-ten menigeen tot herziening van zijn verzekeringspakket heeft gebracht. Het is dan ook niet te verwonderen dat Trimbos met zijn statistische gegevens aannemelijk wist te maken dat een aanzienlijk deel van ons zo vruchtbare volkje geestelijk gestoord is. Gezien al deze sombere gegevens is het wel verwonderlijk dat er nog steeds een tekort is aan bejaarden-tehuizen .....

De heelkundige neurologie nu ontbeert een dergelijk stuk pathologie, indien men althans het lage ruglijden daartoe niet van stal wil halen.

Toch zijn er ook bij wat men een minimum kennis-pakket zou kunnen noemen een aantal onderwerpen uit de neurochirurgische sfeer waarmee de student in aanraking behoort te zijn geweest alvorens het artsexamen af te leggen.

Hiervan zou ik willen noemen: de schedel-hersenletsels, wervelletels en letsels van perifere zenuwen. Voorts de aangeboren afwijkingen van het centrale zenuwstelsel en de reeds tevoren aangehaalde diversiteit van lage rugklachten, in de volksmond samengevat onder de term „hernia”. Een aantal afwijkingen lenen zich bij uitstek om gedoceed te worden in combinatie met de neuroloog en andere leden van de groepering die tesamen het gebied der klinische neurologie bestrijken. Ook met de interne kliniek bestaan enige raakvlakken in deze zin. In combinatie met wat we reeds enige malen de basiswetenschappen noemden zouden met vrucht onderwerpen te behandelen zijn waarvan ik er hier slechts twee zal noemen: de door ons via stereotactische ingrepen behandelde extrapyramidale bewegingsstoornissen en datgene wat met pijn en de bestrijding daarvan samenhangt.

Het zal degenen die onze afdeling kennen duidelijk zijn dat ik slechts met de grootste moeite de zelfbeheersing opracht om niet het boeiende onderwerp der hydrocephalie te berde te brengen. Dat mij dit lukte is ten dele te danken aan de woorden van Miller over slechte gewoonten van faculteitsleden. Verder vond ik ook troost in de gedachte dat althans een deel der gevallen van waterhoofd onder te brengen is bij de aangeboren afwijkingen van het centrale zenuwstelsel. Verder ben ik bij deze summiere incomplete opsomming van mogelijkheden zoals gezegd uitgegaan van een minimum kennis-pakket. Er dient binnen het kader van de opleiding tot arts gelegenheid te zijn voor geïnteresseerden zich te verdiepen in de vele belangwekkende aspecten van de heelkundige neurologie.

Mogelijk dat de speling hiervoor gevonden wordt in de periode tussen het assistent-arts- en artsexamen.

Tot nu toe spraken wij over het specialisme en het onderwijspotentieel daarvan. Het is echter de docent en diens hele staf die in gezamenlijke inspanning zal moeten trachten dit potentieel waar te maken. In hoeverre men daar in slaagt hangt af van een aantal factoren, zoals de in het curriculum geboden gelegenheid, de kwaliteit van de docerende staf en last but not least, de verhouding tussen de stafbezetting en de door de afdeling te verrichten taken. Hoe vaag de gehele situatie rond het onderwijs ook zijn mag, de taken van een afdeling in een academisch ziekenhuis zijn duidelijk te definiëren. Ze zijn: patiëntenbehandeling, het onderwijs van studenten en assistenten in opleiding en research. Voor een goede uitvoering daarvan is een aanzienlijke staf nodig. Het is mijn overtuiging dat research van enige importantie slechts tot stand kan komen in een sfeer van rust in die zin, dat degene die met een onderzoek bezig is in staat gesteld wordt daaraan te werken zonder telkens gestoord te worden.

Ook onderwijs mag geen „rush-job” zijn, doch vereist contemplatie en rustige voorbereiding. Zijn de voorwaarden daartoe niet aanwezig dan zal dat onvermijdelijk merkbaar zijn in de kwaliteit van het geleverde. De opbouw van een goede staf kost tijd en tot aan alle voorwaarden voldaan is zal weliswaar ieder doen wat in zijn vermogen ligt, doch dan zal het frustrerende gevoel het volle potentieel nog niet te kunnen opbrengen prevaleren. Wanneer dan de drie taken van de afdeling tegen elkaar afgewogen worden is het voor iedere clinicus een uitgemaakte zaak dat de patiëntenzorg nimmer in het gedrang mag raken door hetzij onderwijs, hetzij research. De nodige steun bij de uitbreiding en verbreding van een klinische staf die in feite op niet meer berekend was dan de patiënt-care en enige research dient dan ook zowel van de besturende organen van een faculteit als van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen con amore gegeven te worden. Het is echter niet slechts de medische staf die ons zorgen dient te baren: de groei-stuipen die de metamorfose van een gemeentelijk- naar een academisch ziekenhuis vergezellen zijn fenomenologisch wellicht belangwekkend, doch bij de vitaal geïnteresseerde toeschouwer rijzen de haren soms te berge. Documentatie, chemische bepalingen, diagnostiek op technisch gebied, dit alles vermeerdert snel doch de dienstverlenende afdelingen die ermee belast worden groeien niet of onvoldoende mee, sommige atrofiëren zelfs zichtbaar. Zo wordt van de verpleegstaf aanzienlijk meer gevraagd dan voorheen, doch het aantal gediplomeerde verpleegsters vermindert. De grafiek die men van diensten en verpleegkrachten zou kunnen maken zou de karakteristiek dragen van de zogenaamde kruisende curven die we ken-



nen van stervende patiënten. Laat ons hopen dat het bij een gelijkenis blijft en zo niet, laat de leiding van ons ziekenhuis dan met de reanimatie beginnen voor het te laat is.

Dames en Heren studenten, wie zou, vooral in deze tijd, de euvele moed hebben om zich navigatorisch op de onderwijszee te oriënteren zonder U in te calculeren als belangrijke factor.

U heeft kunnen kennis nemen van een aantal opmerkingen aan de hand waarvan de goede verstaander mijn denkrichting kan bevroeden. Wanneer men de medische studie met een destillatie of kraakproces vergelijkt dan zou men kunnen zeggen dat ik tot nu toe slechts te maken heb gehad met het vrijwel klare, veredelde eindproduct, de co-assistent. Figuren die reeds met één been in de maatschappij staan, de haren kort, broekspijpen gematigd.

In wezen, co-assistenten zoals ze er jaar-in jaar-uit geweest zijn en waarmee bijna zonder uitzondering een prettig contact onderhouden werd. Met het gistingproces dat zich afspeelt in de eerste raffinage vlak bij de crude heb ik geen direct contact gehad. Toch voel ik me niet ontslagen van de plicht om mijn zienswijze althans op enkele punten duidelijk te maken.

Goed onderwijs is slechts mogelijk door een inbreng Uwerzijds vòòr de kennis-overdracht en een feed-back van Uw opinies erna. Het is trouwens zeer duidelijk dat nieuwe organisatievormen in de academische gemeenschap gestalte zullen krijgen waarin een grote medeverantwoordelijkheid voor studenten is weggelegd. Maar èèn ding staat voor mij als een paal boven water: een medicus blijft onder alle omstandigheden verantwoordelijk voor de patiënten die aan zijn zorgen toevertrouwd zijn. Het is juist deze houding die wij als klinici zullen moeten trachten door te geven aan de generaties onder ons, het is het derde punt van Miller's onderwijs analyse: "motivation and attitude". Daarom ook zou U niets te leren hebben van docenten, zo die er al zijn, van wie U merkt dat ze om der wille van wat dan ook medische verantwoordelijkheid uit handen geven. Om dezelfde reden meen ik dat ook in een academisch ziekenhuis de patiëntenverzorging voorrang heeft boven alle andere activiteiten omdat de patiënt immers centraal hoort te staan in het medische onderwijs.

Hiermee besluit de navigator zijn aantekeningen. De te nemen koers is nog dubieus. Wat dat betreft is deze oratie niet mèèr geweest dan de titel aangeeft, namelijk een poging tot plaatsbepaling. Ik hoop echter tevens dat U, mijn gehoor, een indruk heeft gekregen van mijn motivation en attitude.

Ik heb gezegd.