

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/19381>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-06 and may be subject to change.

Oratie mw.prof.dr. D.D.M. Braat, hoogleraar Voortplantingsgeneeskunde

Titel: Artsen met grenzen

Datum 8 mei 2002

Mijnheer de Rector Magnificus,

Dames en Heren,

De Voortplantingsgeneeskunde is de laatste 25 jaar enorm veranderd, en heeft een belangrijke plaats ingenomen in het vakgebied Obstetrie/Gynaecologie. Dit komt enerzijds doordat steeds meer paren geconfronteerd worden met vruchtbaarheidsproblemen, en anderzijds doordat inmiddels het behandelarsenaal van de voortplantingsgeneeskunde oneindig lijkt te zijn geworden. Het lijkt erop dat alles mogelijk moet zijn. Zijn er nog wel grenzen?

Met de geboorte van Louise Brown, het eerste In Vitro Fertilisatie (IVF)-kind ter wereld, op 28 juli 1978, en vervolgens de introductie van Intra-Cytoplasmatische Sperma Injectie (ICSI) in 1992, werd het voor veel meer paren dan voorheen mogelijk om genetisch eigen nageslacht te krijgen. Was en is IVF nog steeds alleen bewezen effectief in geval van dubbelzijdige tubapathologie, inmiddels vormt vrijwel iedere oorzaak van subfertiliteit uiteindelijk een indicatie voor IVF of ICSI. De kans om door middel van gerandomiseerd onderzoek ook voor andere indicaties de effectiviteit aan te tonen, hebben wij wereldwijd voorbij laten gaan. Wel is kortgeleden hier een prospectieve landelijke cohort studie van start gegaan naar de kosten-effectiviteit van IVF. Het doel van deze studie is om meer wetenschappelijk onderbouwd te kunnen aangeven bij wie IVF dient te worden toegepast en bij wie (nog) niet.

IVF is inmiddels een normale behandeling voor mensen die lijden aan de "ziekte" onvruchtbaarheid. Dit werd kortgeleden ook aangegeven door het College van Zorgverzekeraars. Deze behandeling past mijns inziens in het reguliere fertiliteitspakket en dus ook in het basis-ziekenfondspakket. Toch kent de behandeling nog steeds risico's, waarvan de kans op een meerlingzwangerschap een van de meest in het oog springende is.

Meerlingzwangerschappen kunnen, zowel voor de moeder, als voor de kinderen voor grote problemen zorgen. Zo is er een grotere kans op hypertensie en pre-eclampsie, er bestaat een groter risico op vroeggeboorte, meer kans op groeivertraging, en meer kans op aangeboren afwijkingen. Meerlingen bezetten onze schaarse neonatale intensive care units (NICU's), couveuzes dus, significant langer. Eén van de belangrijkste problemen vormen neurologische aandoeningen en op latere leeftijd blijken er vaker leerstoornissen te bestaan. Uit follow-up onderzoek van IVF-kinderen blijkt dat de meeste problemen toe te schrijven zijn aan het feit dat zij deel uitmaken van een meerling. Daarnaast moeten ook de psychosociale gevolgen voor de ouders en eventuele andere kinderen in het gezin niet onderschat worden.

Een ander risico van IVF is het ovarieel hyperstimulatiesyndroom. Ten gevolge van de hormonale stimulatie worden gezonde vrouwen soms in gevaarlijke situaties gebracht. Ik hoop en verwacht dat de trend die is ingezet om minder of soms helemaal geen hormonale stimulatie toe te passen en/of steeds vaker slechts één embryo in de uterus te plaatsen, zal doorzetten.

De extra medische kosten van een tweeling vergeleken met een éénling kunnen worden berekend aan de hand van extra kosten tijdens zwangerschap en bevalling, extra kosten neonataal, en vervolgens de extra kosten levenslang ten gevolge van het frequenter optreden van handicaps. Naar aanleiding van de gegevens uit een Zweedse studie en met de nodige aannames kunnen deze extra kosten voor de Nederlandse situatie worden geschat op 45.000 Euro. Wanneer na IVF vrijwel geen tweelingen meer zouden optreden, door één embryo per keer terug te plaatsen, wordt zo voldoende geld bespaard om alle paren een additioneel aantal IVF behandelingen (met één embryo) aan te kunnen bieden. Nader onderzoek zal moeten uitwijzen hoévél extra behandelingen hieruit betaald kunnen worden. Dit betekent uiteraard dat paren moeten accepteren dat ze niet alleen méér behandelingen mógen, maar meestal ook móeten ondergaan om een kans te maken op de zo gewenste zwangerschap. Hierbij is voorlichting omtrent de potentiële risico's van een meerlingzwangerschap erg belangrijk. Nog steeds vinden vele paren het juist leuk om een tweeling of zelfs een drielingzwangerschap te krijgen, en geven aan dan immers "in één keer klaar te zijn". Of deze belasting van méér IVF behandelingen voordat een zwangerschap wordt bereikt voor patiënten acceptabel is, zal vooral afhangen van de kennis omtrent de extra risico's, de mate van hormonale stimulatie en de daarmee samenhangende kans op complicaties en vooral de uiteindelijke kans op een zwangerschap. Om die reden zal het onderzoek naar betere

beoordelingen van de embryokwaliteit voort moeten gaan, om dat ene embryo zo goed mogelijk te kunnen selecteren. Ik heb hierbij goede verwachtingen van pre-implantatie genetische screening (PGS).

Het is gebruikelijk - en het lijkt patiënt-vriendelijk - om voorafgaand aan IVF, eerst een aantal cycli milde hyperstimulatie in combinatie met intra uterine inseminatie's (IUI) toe te passen. Helaas blijkt in de praktijk de kans op zwangerschap tegen te vallen, en wordt in Nederland zelden méér dan 10% per cyclus bereikt, tenzij men bewust een risico op een (grote) meerlingzwangerschap neemt. Ik vind het op zijn minst ambivalent om bij een patiënte met een regelmatige cyclus meerdere follikels te induceren terwijl het doel een éénlingzwangerschap is. Bovendien blijkt ook uit onderzoek dat op geen enkele manier, dus ook niet aan de hand van echoscopisch onderzoek, kan worden voorspeld wanneer het risico op een meerlingzwangerschap te groot is. Kortom, de huidige praktijk van IUI in Nederland dient te worden geëvalueerd. Als dit lage zwangerschapscijfer juist blijkt te zijn, zou IUI alleen nog moeten worden verricht in geval van een vruchtbaarheidsstoornis op basis van een cervixfactor of een matige zaadafwijking, en dan zónder hormonale stimulatie.

Complicaties van fertiliteitsbevorderende behandelingen zijn uiteraard het beste te voorkómen door de kans op een spontane zwangerschap te verhogen. Tien jaar geleden was het Te Velde, die in zijn inaugurele rede optrad als klokkenluider van het fenomeen van de alsmaar uitgestelde kinderwens van de Nederlandse vrouw. Zijn slogan was: "een slimme meid krijgt haar zwangerschap op tijd". Het slechte nieuws is dat in de afgelopen tien jaar de gemiddelde leeftijd waarop de Nederlandse vrouw haar eerste kind baart, is opgelopen van 27.5 tot 29.1 jaar. Het goede nieuws is dat deze laatstgenoemde gemiddelde leeftijd al drie jaar stabiel is. Hopelijk hebben wij een omslagpunt bereikt, hetgeen overigens vooral van sociaal-economische determinanten zal afhangen.

### **Verschuivende grenzen.**

In de richtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) worden nu reeds verschillende grenzen aangegeven. Zo wordt voor IVF een leeftijdsgrens voor vrouwen van 41 jaar gehanteerd. Deze leeftijdsgrens stoelt op de ervaring dat de kans op zwangerschap bij een hogere leeftijd dan 41 jaar minimaal is. Dit komt omdat alle eicellen reeds vóór de geboorte zijn aangelegd. Naar verwachting zullen andere criteria dan uitsluitend de kalenderleeftijd in de toekomst beter kunnen aangeven wanneer de grens is bereikt, de leeftijd van de eicellen zal echter altijd een belangrijke factor blijven.

Wanneer eicellen van een andere, jongere, vrouw worden gebruikt, is de kans op zwangerschap groter, en kan men zelfs tot op hoge leeftijd zwanger worden. Eiceldonatie bij vrouwen met een vroege overgang, d.w.z. vóór het 40e jaar, is in Nederland een geaccepteerde behandeling. Tegenwoordig komt echter in klinieken waar eiceldonatie wordt verricht, steeds vaker een dergelijk verzoek van paren, van wie de vrouw rond de veertig is, en waarbij om die reden in hun eigen IVF-behandeling een teleurstellende eicelopbrengst is verkregen. Voor hen is dus een fysiologische grens bereikt, die kennelijk steeds vaker als onacceptabel wordt ervaren, en leidt tot het verzoek om eiceldonatie. Ik vraag me af of wij in deze wens moeten meegaan, ook al nu dat nog steeds betekent dat een andere, gezonde, vrouw hiervoor een hormonale stimulatie en punctie moet ondergaan.

In de meeste klinieken wordt voor IVF geen leeftijdsgrens voor de man gehanteerd, immers, zaadcellen worden levenslang opnieuw aangemaakt. Er is dan ook onvoldoende bewijs dat IVF of ICSI bij mannen boven een bepaalde leeftijd dusdanig minder succesvol zou zijn dat dit, analoog aan de leeftijd van de vrouw, niet zinvol wordt geacht. En mannen kunnen toch ook spontaan tot op hoge leeftijd kinderen verwekken? Dit argument dat men ook geen toestemming hoeft te vragen indien men zonder onze hulp zwanger wordt, is voor mij niet valide. Wanneer men ons nodig heeft en wij dus bij de kinderwens worden betrokken, vind ik dat wij ook een verantwoordelijkheid hebben, m.n. jegens het te verwekken kind. Daarbij dient ons beleid voor de buitenwereld transparant te zijn, en multidisciplinair, en zo veel mogelijk "evidence-based" tot stand te komen.

Nu aangeboren aandoeningen steeds beter kunnen worden behandeld, betekent dit dat mensen met dergelijke aandoeningen steeds vaker de vruchtbare leeftijd bereiken. Zij zullen dan moeten nadenken over het al dan niet nastreven van een zwangerschap. Los van maternale problemen en risico's tijdens zwangerschap en bevalling, betekent dit in geval van een erfelijke aandoening ook vaak een risico op een aangedaan kind. Als een paar na goede voorlichting besluit een zwangerschap aan te gaan, kan het zijn

dat onze hulp wordt gevraagd indien deze zwangerschap niet spontaan tot stand komt. Het is dan uitermate belangrijk om multidisciplinair de belangen en risico's af te wegen. Naast potentiële medische risico's voor de moeder dient hierbij het belang van het kind centraal te staan, waarbij overigens de ouders een zwaarwegende inbreng hebben. Immers, als geen ander weten zij wat een bepaalde aandoening voor een kind betekent.

Nieuwe therapieën leiden tot nieuwe vragen. Ook vragen omtrent de veiligheid. Sommige technieken zijn achteraf gezien erg snel klinisch geïmplementeerd. Een voorbeeld is de ICSI-behandeling. Meer en meer wordt duidelijk dat genetische factoren een belangrijke rol spelen bij mannelijke vruchtbaarheidsstoornissen, waardoor gezegd kan worden dat met de komst van ICSI, mannelijke onvruchtbaarheid een erfelijke aandoening is geworden. Inmiddels wordt reeds lange tijd, ook in ons multidisciplinair Fertendo team, uitgebreid onderzoek gedaan naar de veiligheid van deze techniek, zowel dierexperimenteel als humaan. In onze kliniek hopen wij zo een beter inzicht te krijgen in de oorzaken van de subfertiliteit en de potentiële risico's van behandelen, met als uiteindelijk doel het voorkómen van complicaties van kunstmatige voortplantingstechnieken. Dat het tot nu toe slechts sporadisch mogelijk blijkt om goede, langdurige follow-up van kinderen geboren na deze technieken gesubsidieerd te krijgen, is zeer frustrerend.

Onze verkenning van de grenzen aan het medisch handelen voor zover het de voortplantingsgeneeskunde betreft, nadert haar einde. Eén finale grens moet echter nog in kaart gebracht worden, ik doel hier op de voortplanting na de dood. In het recente Embryowetsvoorstel wordt aangegeven dat, mits de intentie vóór het overlijden deugdelijk is vastgelegd, posthume voortplanting mogelijk zou moeten zijn. Alhoewel ik me kan voorstellen dat er ooit wel eens iemand zal zijn die hier heel gelukkig van wordt, denk ik dat een terughoudend beleid op zijn plaats is. Immers, vele vragen zijn nog onbeantwoord. Een voorbeeld: "Wanneer moet de weduwe met het sperma van haar overleden echtgenoot worden geïnsemineerd?" Niet te vroeg, om een goede rouwverwerking niet te doorkruisen, maar ook niet te laat, om niet te veel te interfereren met haar nieuwe levenssituatie. En wat te denken in geval van twijfel? Zou iemand dan slechts uit een soort loyaliteitsgevoel tot inseminatie overgaan? Of niet, maar dan daar weer een schuldgevoel over hebben? Het moge duidelijk zijn dat deze procedure eerst nog eens breed besproken dient te worden. Ook hier zal een transparante, zo veel mogelijk "evidence-based" richtlijn multidisciplinair tot stand moeten komen.

Uiteraard moeten de medische kaders door de beroepsgroep zelf worden vastgesteld, maar ik ben van mening dat de maatschappelijk-ethische kaders in een veel breder forum, bestaande uit ethici, psychologen, juristen, patiënten en artsen, moeten worden besproken en vastgesteld. Ik ben dan ook blij met het voornemen van de minister van VWS om een Centrum voor Ethiek en Gezondheid in te stellen, met als hoofdtaak de signalering van voor de "ethische beleidsagenda" relevante ontwikkelingen. Dit centrum zal deels bij de Gezondheidsraad, deels bij de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg worden ondergebracht. Ik ga er van uit dat hier medisch-ethisch geladen vragen welke de deskundigheid van onze beroepsgroep overstijgen, kunnen worden ingebracht, waarbij ik speciaal aandacht vraag voor vragen op het gebied van de voortplanting. Op die manier kunnen ook niet-medische aspecten goed gefundeerd, en breed gedragen in onze NVOG richtlijn worden verwerkt.

### **Grenzen van het artsenberoep**

In het tweede deel van deze openbare les wil ik nader ingaan op de grenzen van het artsenberoep. De arbeidsmoraal van de arts verandert snel. Was je vroeger 24 uur per dag, 7 dagen van de week arts, tegenwoordig is het steeds meer een baan zoals vele andere en wil ook de dokter voldoende tijd hebben voor zichzelf en voor het gezin. De werkweek van arts-assistenten niet in opleiding, AGNIO's, is gemaximeerd op 38 uur, en die van arts-assistenten in opleiding, AGIO's, op 48 uur, waarin 10 uur voor onderwijs wordt gerekend. De vraag naar deeltijdwerken neemt toe, zowel om meer tijd te hebben voor verzorging en opvoeding van de kinderen, alsook om minder werkdruk te ervaren. Uit een recent onderzoek van het NIVEL blijkt dat onder aankomende specialisten, 45% van de mannen en maar liefst 80% van de vrouwen graag in deeltijd zou willen werken als dit mogelijk was. Dit moet een schrikbeeld zijn voor sommige specialisten van de oudere, veelal mannelijke, garde. Ik doel op diegenen die hun "roeping" als arts, samen te vatten als gedrevenheid voor het vak en betrokkenheid bij de patiënt, ervaren

als een voltijds levensvervulling. In deze kring worden deeltijdwerkende collega's een "deeltijdroeping" toegedacht. Hierbij zijn twee aantekeningen te maken:

1. Men kan de term "deeltijdroeping" een slag onder de gordel vinden, of juist als de spijker op z'n kop beschouwen. Beide visies komen evenwel niet onder de paradox uit, dat juist het tekort aan specialisten, het accepteren van deeltijdwerken onafwendbaar maakt.
2. Als de deeltijdwerkende specialist dan onafwendbaar is, moeten wij dan om die reden vrezen voor minder gedreven, minder betrokken artsen? Dit lijkt mij een correlatie van het type als die van de samenhang tussen achteruitgang van de ooievaarspopulatie en afnemende vruchtbaarheid. Hetgeen overigens weer niet wil zeggen, dat er niets aan de hand is. Er is wel degelijk sprake van afnemende motivatie onder deeltijdwerkende artsen, maar dit verschijnsel doet zich in dezelfde mate voor onder de full-timers. Immers, steeds vaker hebben wij allemaal het gevoel geen adequate zorg meer te kunnen leveren. Wanneer mensen met oncologische aandoeningen lange tijd op de wachtlijst moeten. Wanneer OK's niet kunnen doorgaan vanwege personeelsgebrek. Wanneer we weer een hele nacht aan het telefoneren zijn om te zorgen dat een zwangere elders kan worden opgevangen omdat er bij ons geen NICU plaats is. Dit alles helpt niet om zelf als arts gemotiveerd te blijven, noch om de co-assistent gemotiveerd te maken voor ons vak.

Op onze universiteit is sedert 1995 een nieuw Nijmeegs curriculum geneeskunde van start gegaan onder de bezielende leiding van Holdrinet. Tot op heden zijn de ervaringen hiermee zeer bemoedigend. Ik prijs mij gelukkig vrijwel vanaf het begin bij de ontwikkeling van dit curriculum betrokken te zijn geweest en het nieuwe co-schap "gynaecologie/voortplanting" mede vorm te hebben kunnen geven. Mede dankzij de constructieve samenwerking met de opleiders van de affiliatieklinieken en de verloskundigen in de regio wordt ons co-schap steeds beter. De herschikking van de co-tijd in het UMC en de affiliatie, welke per 1 juli a.s. zal worden ingevoerd, biedt kansen voor een verdere optimalisering van het co-schap.

Eén van de oplossingen voor het artsentekort wordt gezien in het vergroten van de instroom van medisch studenten. We moeten hierbij waken voor het afbrokkelen van kwaliteit. Ik ben dan ook blij dat aan onze universiteit is besloten, de koers die met het nieuwe curriculum is ingeslagen, vast te houden, en het kleinschalige groepsonderwijs voort te zetten. Hierbij zou veel meer gebruik moeten worden gemaakt van in huis aanwezige expertise, zoals reeds werd aangegeven door Stuyt in zijn inaugurele rede. Ik ga er hierbij uiteraard van uit dat de middelen om de hiervoor benodigde docenten te kunnen inzetten er ook daadwerkelijk zullen komen.

Maar, meer studenten is één ding, wij moeten echter misschien nog wel meer oog hebben voor artsen die korte of langere tijd na het artsexamen het vak geheel vaarwel zeggen. Niemand weet om hoeveel artsen dit gaat, gesuggereerde cijfers van 30% van de mannen en 65% van de vrouwen blijken gelukkig niet juist, maar het is de hoogste tijd om hier goed onderzoek naar te doen. Pas wanneer we weten hoe vaak en waarom mensen het vak verlaten kunnen we een strategie ontwikkelen om deze uitstroom tegen te gaan. Het is mijns inziens te gemakkelijk om dit vooral toe te schrijven aan de toename van het aantal vrouwen in het vak; eerst onderzoek doen en dan conclusies trekken. Vooral nog moet de belangrijkste boodschap zijn: laten we aan onze studenten en arts-assistenten naast de medisch technische zaken vooral onze liefde voor het vak zien over te brengen.

## **De opleiding tot gynaecoloog**

Ik wil graag wat nader ingaan op de grenzen van de huidige gynaecoloog-in-opleiding. De laatste 20 jaar is er een verschuiving opgetreden naar pas afgestudeerde gynaecologen die volgens Bleker en Blijham te oud, te knap en te duur zijn. Welke veranderingen hebben plaatsgevonden?

Het lijkt gewoon te zijn geworden dat na het artsexamen eerst een promotie onderzoek wordt verricht en/of de arts een fors aantal jaren zijn/haar kwaliteiten als AGNIO bewijst alvorens in opleiding te worden genomen. Dit heeft tot gevolg dat op dit moment de gemiddelde leeftijd van de arts-assistent bij aanvang van de opleiding 31,5 jaar is en dat dus gemiddeld pas op 37,5 jarige leeftijd de carrière als gynaecoloog gestart wordt. Vroeger was dat een jaar of 4-5 eerder. Werd in die tijd door vrouwen het zwanger worden uitgesteld tot ná de opleiding, of werd bewust vaak helemaal van zwangerschap afgezien, tegenwoordig worden veel vrouwen zwanger tijdens de opleiding. Het behoeft hier geen betoog dat dit in het licht van de afnemende fertiliteit met het stijgen van de leeftijd, een verstandige keuze is. Het betekent echter wel een extra belasting voor de arts-assistent die het "opgeleid worden" moet combineren met het zwanger worden, zwanger zijn en met het ouderschap. Gegeven haar leeftijd laat een zwangerschap vaak even op

zich wachten, wat meer stress geeft en nog versterkt wordt door het feit dat men zelf maar al te goed weet wat een fertiliteitsonderzoek en –behandeling inhoudt. Is er eenmaal een zwangerschap ontstaan, dan betekent dit naast het reguliere zwangerschapsverlof, een periode van een maand of drie waarin geen diensten hoeven te worden gedaan, en een periode waarin het opgeleid worden moet concurreren met het wennen aan een nieuwe levensfase. Na de bevalling lijkt de voldoening in het voortzetten van de opleiding vooral gecorreleerd te zijn aan, zowel de mate waarin parttime werken mogelijk is, alsmede de wijze waarop de kinderopvang geregeld is. Het feit dat tijden van kinderdagverblijven nog steeds niet aansluiten op de werktijden van mensen werkzaam in de zorgsector bevreemdt mij zeer. De geschetste problemen gelden niet alleen voor vrouwelijke arts-assistenten, want hun mannelijke collegae participeren tegenwoordig – terecht – ook voor een groot deel in de "thuis"zorg. Zij worden dan echter omschreven als "zorgende" vaders in tegenstelling tot de "werkende" moeders. Daarnaast zijn er ook AGIO's die om andere redenen parttime willen werken. Parttime opleiden is sedert kort gedurende de gehele opleiding toegestaan. Voor het aanleren van vaardigheden is mijns inziens een vermindering tot 80% het maximum. Een nog verdere afname in tijd vermindert de betrokkenheid bij het primaire proces, belemmert de implementatie van vaardigheden, en vergroot daarmee het risico op een insufficiënte opleiding. Bovendien wordt de duur van de opleiding hierdoor erg lang. Er moet nagedacht worden over de logistieke invulling van een parttime opleiding. Veel deeltijdwerkers zijn bereid vijf dagen per week te werken, maar dan wel mét de mogelijkheid hun kinderen van of naar school te kunnen brengen. Op dit moment zijn de reguliere overdrachtmomenten daar in het geheel niet op ingesteld, maar ook hier ligt een kans om ook ná de opleiding mannelijke en vrouwelijke artsen voor het vak te behouden. Dit alles geldt uiteraard niet alleen voor assistenten gynaecologie, maar voor alle opleidingen tot specialist, en meer en meer ook voor specialisten zelf.

### **Arts-assistenten jonger in opleiding**

Het huidige patroon van de té oude agio moet doorbroken worden door arts-assistenten eerder in opleiding te nemen. Ik stel voor om per opleidingscluster een gemiddelde leeftijd van eerstejaars AGIO's van hooguit 27 jaar verplicht te stellen. Daarnaast moet de AGIKO (assistent-geneeskundige in opleiding tot klinisch onderzoeker) - constructie vaker worden toegepast, opdat gemotiveerde AGIO's de kans krijgen om wetenschappelijk onderzoek te verrichten.

De nieuwe balans tussen werk en thuis en de toename van de technologische ontwikkelingen maken dat de huidige en toekomstige gynaecologen niet meer in staat worden geacht het vakgebied in de volle breedte uit te oefenen. Ik denk dat een brede basisopleiding met een latere differentiatie de beste garantie biedt voor een goede kwaliteit van gynaecologische en obstetrische zorg in Nederland. De hoeveelheid tijd welke besteed dient te worden aan de obstetrie dient beperkt te worden tot de benodigde tijd voor het bereiken van de binnenkort te definiëren leerdoelen. Daarnaast moet de chirurgische basisopleiding verbeteren met meer aandacht voor de toegepaste anatomie. In dit kader worden momenteel skills labs en een gefaseerd chirurgisch opleidingspakket ontwikkeld.

Om kwalitatief goede fertiliteitszorg te kunnen waarborgen is het de hoogste tijd voor een subspecialisatie "Voortplantingsgeneeskunde", uiteraard niet alleen voor de academische centra, maar voor elke kliniek waar voortplantingsgeneeskunde al dan niet met kunstmatige bevruchtingstechnieken wordt uitgeoefend. Daarbij moeten de bevoegdheden en de grenzen van fertiliteitsartsen en gespecialiseerde verpleegkundigen duidelijk worden omschreven, om samen garant te kunnen staan voor voortplantingsgeneeskunde van hoge kwaliteit. Vanuit de werkgroep VEF (Voortplantingsendocrinologie en Fertiliteit) zal binnenkort in samenspraak met de hoogleraren voortplantingsgeneeskunde een voorstel worden gepresenteerd.

*Mijnheer de rector magnificus, dames en heren,*

Aan het eind van mijn rede wil ik graag nog enkele woorden van dank uitspreken.

*Leden van het Stichtingsbestuur en het College van Bestuur van de Katholieke Universiteit Nijmegen, Leden van de Raad van Bestuur van het UMC St Radboud,*

Ik dank u voor het in mij gestelde vertrouwen om mij als hoogleraar en afdelingshoofd aan deze universiteit te benoemen. Ik dank de Raad van Bestuur en met name prof. Vooijs voor de toegezegde versterking van de afdeling Obstetrie en Gynaecologie. U kunt rekenen op mijn volledige inzet bij de mij opgedragen taak.

*Leden van het clusterbestuur CSS2,*

Dank voor jullie steun in de afgelopen periode, waarin veel veranderde voor de afdeling.

*Medewerkers en collegae van de afdeling Obstetrie/Gynaecologie*

De afdeling heeft een aantal bewogen jaren achter de rug, langzamerhand begint het tij te keren. Dank voor jullie steun en vertrouwen. Hooggeleerde Boonstra, beste Henk, vijf jaar geleden kenden we elkaar nog niet, nu zijn we een hecht koppel geworden. Dank voor de goede samenwerking, ik hoop dat deze nog lang zal voortduren. Zeergeleerde van den Berg, beste Paul en andere leden van de pijler Obstetrie, dank voor jullie enthousiaste inzet in de afgelopen moeilijke jaren van onderbezetting. Binnen 2 maanden zal collega Lotgering de leerstoel Obstetrie bezetten, waarmee een start wordt gemaakt met het weer op sterkte brengen van onze pijler Obstetrie. Leden van de pijler Algemene Gynaecologie en van de pijler Gynaecologische Oncologie, het is goed te werken in een team dat ondanks de almaar toenemende OK problemen creatief probeert om te gaan met de mogelijkheden die er wél zijn en waarin de patiënt nog steeds centraal staat. Kwaliteit staat bij ons hoog in het vaandel. Ik kan U verzekeren dat de OK-problematiek mijn volledige aandacht heeft.

Tenslotte de pijler Fertendo. Zeergeleerde Beerendonk, beste Ina, zeergeleerde Kremer, beste Jan, zeergeleerde Willemsen, beste Wim, zeergeleerde de Boer, beste Peter, zeer geleerde Westphal, beste Hans, zeergeleerde Wetzels, beste Alex en alle andere leden van onze pijler. Het voelt goed om in zo'n hecht team te mogen werken, ik hoop dat we nog lang op deze weg zullen voortgaan.

*Hooggeleerde Eskes, beste Tom, zeergeleerde Dony, beste Julien,*

Tientallen jaren hebben jullie het gezicht van de Obstetrie en de Gynaecologie in Nijmegen bepaald. Het is mij een eer aan te mogen sluiten in jullie rij.

*Dames en heren hoogleraren en wetenschappelijk medewerkers van deze universiteit.*

Het is fijn om met veel verschillende afdelingen zo plezierig te kunnen samenwerken, zowel op het gebied van patiëntenzorg, als op het gebied van onderwijs en onderzoek.

*Hooggeleerde Schoemaker, beste Joop*

Onze kennismaking dateert van 24 jaar geleden. Toen was ik een "normale" proefpersoon; nu ben ik gewoon hoogleraar. In de tussentijd heb ik gedurende vele jaren van jou het vak geleerd, alsmede de liefde voor de voortplantingsgeneeskunde. Jij hebt me geïnspireerd en gestimuleerd in mijn wetenschappelijke carrière. Zonder jou had ik hier niet gestaan. Ik prijs me gelukkig met zo'n leermeester.

Veel dank ben ik verschuldigd aan mijn opleiders, op de eerste plaats wijlen prof. Janssens. De manier waarop hij de normale spildraai voordeed, zal ik nooit vergeten. Dank ook aan prof. Stolk en prof. Kenemans. Ik denk met veel plezier terug aan mijn VU-tijd.

*Hooggeleerde Arts, beste Nico,* dank voor je luisterend oor, tijdens de opleiding, maar ook alle jaren daarna. *Hooggeleerde Bleker, beste Otto,* jij hebt mij geleerd hoe belangrijk een goede en veilige sfeer op een afdeling is. Ik denk nog regelmatig aan jouw motto "eerst maar eens kijken, dan kunnen we altijd nog zien".

Hoe jammer is het dat dr. Wiesenhaan, mijn allereerste leermeester, deze dag niet meer heeft mogen meemaken, wat zou hij trots zijn geweest.

*Hooggeleerde Merkus, beste Hans,*

Dank voor onze samenwerking. Jij was degene, die mij ertoe overhaalde de Maasstad te verruilen voor de Waalstad. Ik heb daar nog steeds geen spijt van.

*Heren hoogleraren voortplantingsgeneeskunde,*

Het verheugt mij te ondervinden dat wij landelijk steeds beter met elkaar samenwerken. Ik zal mij inzetten voor een goede samenwerking op wetenschappelijk gebied, op het gebied van de opleiding en op het terrein van de grenzen van ons handelen.

*Dames en heren arts-assistenten.*

De problemen zijn nog lang niet opgelost, maar ik zal me inzetten voor een goede opleiding, fulltime dan wel parttime.

*Dames en heren studenten*

Ik zal mijn best doen om jullie samen met onze staf en de affiliatieklinieken de verschillende facetten van het uitgebreide terrein van de "gynaecologie en voortplanting" zo goed mogelijk bij te brengen, waarbij ik hoop de liefde voor ons vak over te kunnen dragen.

*Zeergeleerde van Kasteren, beste Yvonne,*

Rustiger zal het niet worden, niet bij jou en niet bij mij, maar het voelt goed een vriendin als jij te hebben.

*Lieve mama,*

Dank voor het feit dat jij en Pa mij altijd hebben gesteund in mijn ambities. Samen met Adrie, Ton, Ria en Carla vormen wij een hecht gezin. Op een dag als vandaag voelen we weer duidelijk hoezeer we Pa missen. Ik draag deze rede aan hem op.

*Lieve Otto en Emma,*

Het is misschien niet altijd even duidelijk voor jullie met zo'n drukke moeder, maar jullie zijn samen met iemand anders écht het allerbelangrijkste voor mij!

Die iemand anders houdt niet van het cliché van de openbare dankzegging, dus volsta ik met een nieuw cliché: "Achter iedere succesvolle vrouw staat - meestal - een man".

Ik heb gezegd.



Geraadpleegde literatuur:

Bleker OP en Blijham GH. Te oud, te knap, te duur. Opleiding tot specialist kan veel korter. Medisch Contact 1999; 54:1201-3.

Blijham GH en Bleker OP. Van roeping naar beroep. Medisch Contact 2001;56:15-8.

Booij APH. Het optimisme van de overheid. Medisch Contact 2001;43:1573-5.

Buitendijk SE. IVF pregnancies: outcome and follow-up. 2000 Leiden University. Academisch proefschrift.

Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan voor de vervolgopleidingen van medisch specialisten. Utrecht, november 2001.

Gleicher N, Oleske DM, Tur-Kaspa I e.a. Reducing the risk of high-order multiple pregnancy after ovarian stimulation with gonadotropins. N Engl J med 2000;343:2-7.

Goverde AJ, McDonnell J, Vermeiden JP e.a. Intrauterine insemination or in-vitro fertilisation in idiopathic and male subfertility: a randomised trial and cost-effectiveness analysis. Lancet 2000;355:13-8.

Hansen M, Kurinczuk JJ, Bower C, e.a.. The risk of major birth defects after ICSI and IVF. N Engl J Med 2002; 346: 725-30.

Hingstman L en Velden L vd. Foute conclusie. Medisch Contact 2001;50:1835-6.

Holdrinet RSG. Dokters gevraagd. Een reflectie op wetenschap en zorg met betrekking tot medisch onderwijs. Oratie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 1999.

Hojgaard A, Ingerslev HJ en Dinesen J. Friendly IVF: patient opinions. Hum Reprod 2001;16:1391-6.

Huisjes HJ. Orlando. NTOG 2001;114:318-20.

Lange JJ, Lagaaij MB, Hoog JC de. De medisch specialist van overmorgen. Medisch Contact 2001;56:300-2.

Ministerie voor Volksgezondheid Welzijn en Sport. Voorstel voor een embryowet. [www.minvws.nl](http://www.minvws.nl), 2000.

Minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 2000-2001, 27 400 XVI, nr 99.

NVOG richtlijn nr. 9: Indicaties voor IVF. Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 1998

Schieve LA, Meikle SF, Ferre C e.a.. Low and very low birth weight in infants conceived with use of assisted reproductive technology. N Engl J Med 2002; 346:731-7

Strömberg B, Dahlquist G, Ericson A e.a.. Neurological sequelae in children born after IVF: a population based study. Lancet 2002; 359:461-5.

Stuijt PMJ. Medisch onderwijs: kwaliteit in balans. Oratie, Katholieke Universiteit Nijmegen, 2001.

Te Velde ER. Zwanger worden in de 21<sup>ste</sup> eeuw: steeds later, steeds kunstmatiger. Oratie, Rijksuniversiteit Utrecht 1991.

Wesseling L. Geleerde moeders. De Balie Amsterdam, 2001

Wolner-Hanssen P en Rydstroem. Cost-effectiveness analysis of in-vitro fertilization: estimated costs per successful pregnancy after transfer of one or two embryos. Hum Reprod 1998;13:88-94.

