



HEELMEESTER WERK IS MEESTERWERK

J. JAN B. VAN LANSCHOT

HEELMEESTER WERK IS MEESTERWERK

Oplage 1350
Omslagfoto Levien Willemse, Rotterdam
Ontwerp Ontwerpwerk, Den Haag
Drukwerk Demmenie Grafimedia, Alphen aan den Rijn

ISBN 97-8907790-65-14

© J. Jan B. van Lanschot, oratiereeks Erasmus MC
6 juni 2008

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB).

HEELMEESTER WERK IS MEESTERWERK

REDE

In verkorte vorm uitgesproken
ter gelegenheid van het aanvaarden
van het ambt van hoogleraar
met als leeropdracht Heelkunde aan
het Erasmus MC, faculteit van de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op 6 juni 2008

door

J. JAN B. VAN LANSCHOT

Aan Julie, onze ouders en onze kinderen.

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Leden van het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam,
Leden van de Raad van Bestuur van het Erasmus Medisch Centrum,
zeer beminde familie, zeer gewaardeerde collegae, vrienden, en overige toehoorders,*

Inleiding

De eerste keer dat ik in contact kwam met het Academisch Ziekenhuis in Rotterdam was in 1977. Als Utrechts student mocht ik vanuit het Academisch Ziekenhuis in Utrecht een patiënt naar het Dijkzigt Ziekenhuis begeleiden om daar een zogenaamde CT-scan te laten vervaardigen. Een onderzoek waarvoor de hypermoderne apparatuur nog alleen in Rotterdam beschikbaar was en dat zijn weerga niet kende. Ik was diep onder de indruk, niet alleen van de prachtige Röntgen-afbeeldingen, maar ook van het overweldigende instituut. Een groot modern ziekenhuis met alle specialismen onder één dak en ernaast een schitterende witte toren waarin alle basisvakken waren samengebracht. Dit stond in schril contrast met het toenmalige Stads- en Academisch Ziekenhuis in Utrecht dat evenals de meeste andere academische ziekenhuizen in Nederland toen nog bestond uit losse paviljoens, waarin alle specialismen in hoge mate onafhankelijk van elkaar functioneerden. En hetzelfde gold voor de preklinische vakken; die waren in Utrecht nog over de gehele binnenstad verspreid. Rotterdam was naar mijn gevoel zijn tijd ver vooruit. Daar wilde ik na mijn studie Geneeskunde worden opgeleid tot chirurg. Ik voelde mij dan ook bevoorrecht toen ik in 1982 in het Dijkzigt met mijn opleiding mocht beginnen. En met trots keek ik terug op mijn opleidingsperiode toen ik tien jaar later als staflid in het AMC in Amsterdam startte, samen met Huug Obertop, Dirk Gouma en Michael Jacobs.

Dertig jaar na mijn eerste bezoek bezocht ik opnieuw het Dijkzigt, dat inmiddels tot Erasmus Medisch Centrum was omgedoopt. Dit keer om te praten over de toekomst

van de afdeling Heelkunde. Ik schrok van het achterstallig onderhoud. Vervelozе muren, inadequate bewegwijzering, patiënten wachtende temidden van vuilnisvaten. Wat was hier gebeurd? Of liever: wat was hier niet gebeurd?

Maar dat was de eerste indruk van een oppervlakkige observator. Zodra je spreekt met de mensen die hier werken, wordt duidelijk dat het huis zindert van activiteit. De dynamiek is groot. Met name de op handen zijnde nieuwbouw is overal merkbaar. En tegelijkertijd ondergaat het oude Dijkzigt een grondige renovatie die bijna is afgerond. Dat is aan de buitenwereld moeilijk uit te leggen. Investeren in een gebouw dat binnen afzienbare tijd zal worden afgebroken wordt begrijpelijkerwijs door velen als verspilling beschouwd. Maar een grondige opknabbeurt was onontkoombaar en gedoogde geen verder uitstel. Uit tevredenheidsonderzoeken bij patiënten en medewerkers was de dringende noodzaak tot bouwkundige renovatie overduidelijk geworden. Gelijktijdige renovatie en nieuwbouw stellen aan de organisatie hoge eisen, maar bieden eveneens grote kansen. Dankzij de renovatie krijgt de organisatie de kans zich nu reeds voor te bereiden op de nieuwe manier van werken in de nieuwbouw.

Reeds decennia lang en tot op de dag van vandaag is het Erasmus MC (en voorheen het Dijkzigt Ziekenhuis) in staat gebleken technisch hoogwaardige en complexe patiëntenzorg te leveren. Voor een ingewikkeld probleem komen patiënten nog steeds heel graag naar het Academisch Ziekenhuis in Rotterdam. Maar vrijwel iedereen is het er over eens dat de service aan de patiënt te wensen overlaat. Een deel van het probleem is terug te voeren op de fysieke omstandigheden van een gebouw dat stamt uit de jaren vijftig van de vorige eeuw en waarin tot de reeds genoemde en inmiddels vrijwel voltooide renovatie nauwelijks meer was geïnvesteerd. Het slecht onderhouden gebouw lokte slordig gedrag uit onder de medewerkers. Afspraken werden vaak onvoldoende nageleefd, rommel werd simpelweg niet opgeruimd. Medewerkers in pseudo-steriele operatiepakken kwam men binnen en zelfs buiten het gebouw overal tegen. En eigenlijk niemand die er zich aan leek te storen, totdat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (de I.G.Z.) er in 2007 kritische opmerkingen over maakte. Door de toegenomen complexiteit van de zorg zijn met name ook de academische ziekenhuizen een potentieel gevaarlijke omgeving geworden. Het borgen van de patiëntveiligheid is voor ons dan ook een centraal thema geworden: een *must win battle!* Dat vraagt om heldere organisatiestructuren binnen en vooral ook tussen ziekenhuisafdelingen. Maar dat vraagt ook om een cultuur waarin men zich aan afspraken houdt. In termen van verkeersveiligheid kan men het aantal verkeersslachtoffers terugdringen door een verbetering van het wegnnet, maar zonder oog voor het rijgedrag van de weggebruikers zal het effect van een dergelijke ingreep beperkt blijven.

Een complexe en potentieel risicovolle omgeving als een ziekenhuis vraagt om heldere afspraken, waarbij men onderling ervan moet kunnen uitgaan dat die afspraken worden nageleefd. Er is een tijd geweest dat men vond dat strikte afspraken

- zeker als deze medisch-inhoudelijk van aard waren - een bedreiging vormden voor de professionele autonomie van de individuele dokter en het risico in zich droegen om de geneeskunde te laten verworden tot een vorm van kookboekgeneeskunde. Maar die fase hebben we achter ons gelaten. Ook in de chirurgie zijn tegenwoordig voor de meeste ziektebeelden internationale richtlijnen beschikbaar, die veelal worden doorvertaald naar landelijke, regionale en tenslotte lokale protocollen. Deze richtlijnen en protocollen zijn in de tijd niet statisch, maar worden voortdurend aangepast aan nieuwe inzichten en nieuwe ontwikkelingen. Natuurlijk heeft een ieder de vrijheid van deze richtlijnen af te wijken, maar dan dient men dit wel liefst schriftelijk vast te leggen in het medische dossier. De snelheid waarmee nieuwe gegevens wereldwijd beschikbaar komen en waarmee dus deze protocollen worden aangepast is hoog en legt op de werkers in de gezondheidszorg een grote druk. Ook voor ogenschijnlijk eenvoudige chirurgische aandoeningen als borstkanker en galsteenziekten zijn de medische beslissbomen langzamerhand ingewikkeld. Dit is een van de redenen waarom binnen een groot vak als de heelkunde zich een aantal aandachtsgebieden heeft ontwikkeld.

De patiënt verdient een meer centrale positie in onze ziekenhuisorganisatie dan nu het geval is. Medisch-technisch zijn onze behandelingen veelal innovatief en van een hoog niveau. Internationaal wordt ons patiëntgebonden onderzoek geroemd. Het aantal gerandomiseerde trials dat de laatste jaren door chirurgisch Nederland is uitgevoerd is fenomenaal en onze afdeling heeft daaraan bovengemiddeld bijgedragen op zeer uiteenlopende onderdelen van ons vakgebied. Wellicht dat daardoor de aandacht wat minder gericht is geweest op het goed bedienen van de individuele patiënt. Door de toenemende complexiteit van ons medische bedrijf is het voor de patiënt niet altijd meer eenvoudig zijn weg te vinden. Hij vraagt zich af of er steeds maximale aandacht is voor het snel en adequaat oplossen van zijn specifieke medische probleem. Wie houdt voor hem in de gaten dat alle benodigde stappen optimaal op elkaar zijn afgestemd? In de kliniek werd deze rol tot voor kort vaak vervuld door de arts-assistenten die als een spin in het web fungeerden. Maar door het werktijdenbesluit is de continuïteit van hun aanwezigheid sterk onder druk komen staan. Het aanstellen van nurse practitioners is daarom een voor de hand liggende manier om in de toenemende behoefte tot logistieke coördinatie te voorzien. Een bijkomend voordeel is dat zij minder dan de arts-assistenten gebonden hoeven zijn aan één bepaalde afdeling en daardoor afdelingsoverstijgend, of zo u wilt thematisch, kunnen werken.

Er is een kanteling in onze organisatie en in ons gedrag nodig om elke individuele patiënt de centrale positie te geven die hij verdient. Dat vraagt om grootschalige veranderingen waarin elke medewerker een verantwoordelijkheid krijgt en ook neemt. De baliemedewerker op de polikliniek die in het eerste contact met de patiënt de goede toon zet; de chirurg die de moeite neemt zelf aan de patiënt uit te leggen

waarom een operatie op het laatste moment onverhoopt toch geen doorgang kan vinden; de verpleegkundige die in aansluiting op een slecht-nieuws-gesprek extra steun biedt; de secretariële medewerker die voor een slagvaardige administratieve afhandeling van de ontslagbrief zorgt, enzovoort. Vele van deze zaken gebeuren nu ook al wel, maar het gevoel bestaat dat het waarschijnlijk nóg beter kan. Dergelijke verbeteringen zullen er hopelijk toe leiden dat de menselijke maat weer wat meer terugkomt in onze organisatie. Ik citeer: *“De mens is een erg kwetsbaar wezen. In vele vormen wordt de waardigheid van de mens met voeten getreden of wordt er nonchalant aan voorbij gegaan.”* Dit schreef de Nijmeegse filosoof Ludwig Heyde, een van de meest indrukwekkende en markante personen die ik in mijn professionele leven heb mogen begeleiden.¹

Ook in de optiek van de Raad van Bestuur moeten we in de patiëntenzorg wat meer terug naar de menselijke maat. En dan zijn we beland bij *Koers 2013*, het verandertraject dat onder leiding van de Raad van Bestuur organisatiebreed wordt ingezet.² En de bereidheid tot verandering in huis en op onze afdeling is groot.

Om te kunnen vaststellen waar we als afdeling in de periode tot 2013 naartoe willen is het van belang allereerst te inventariseren waar we vandaan komen en waar we op dit moment staan.

Waar we vandaan komen

Vaak realiseer ik mij hoe groot en kostbaar de erfenis is die ik van mijn voorgangers heb mogen overnemen. Terwijl in de jaren zeventig van de vorige eeuw chirurgisch Nederland in zijn algemeenheid nog was gebaseerd op de autoritaire Duits-Weense School, schoeiden de hoogleraren Muller, Van Houten en Westbroek hun nieuwe Rotterdamse kliniek op Amerikaanse leest: open en anti-autoritair, gericht op innovatie en met veel ruimte voor wetenschappelijke nieuwsgierigheid. Iedereen mocht (en mag) iedereen op professioneel-inhoudelijke argumenten tegenspreken. Mensen als Hans Jeekel, Huug Obertop en Onno Terpstra voerden in het Chirurgisch Laboratorium grote dierexperimentele programma's uit om de opkomende transplantatiegeneeskunde vorm te geven. Mensen als Theo van Vroonhoven en Bas de Vries zetten de eerste grote gerandomiseerde trials op. Een methodologie die 25 jaar later ietwat modieus "evidence based medicine" zou gaan heten en door de gehele medische wereld zou worden omarmd. Hero van Urk was een pionier op het gebied van de zich in de jaren zeventig snel ontwikkelende vaatchirurgie. En Kieje Bruining begon zijn eigen chirurgische *Intensive Care Unit* alwaar hij fungeerde als chirurg, internist én anesthesioloog. In de stimulerende omgeving van zijn *Intensive Care Unit* schreef ik mijn proefschrift tussen de bedrijven van mijn chirurgische opleiding door.³ Hierbij waren mij een aantal IC-verpleegkundigen tot steun die ik tot mijn grote plezier sinds kort weer vrijwel dagelijks ontmoet tijdens mijn vroege ochtendronde langs de chirurgische IC-patiënten.

Na het plotselinge overlijden van Prof. van Houten nam uiteindelijk Hans Jeekel het roer over. Voor mijn opleider Jeekel heb ik altijd grote bewondering gehad: een creatief wetenschapper, een goed operateur, in zijn omgangsvormen nooit grof maar altijd stijlvol. Onder zijn leiderschap kregen wij als assistenten een maximale academische vrijheid, soms wel uitmondend in dreigende anarchie. Aansluitend aan mijn promotie kreeg ook ik de gelegenheid mij wetenschappelijk verder te ontplooiën in het buitenland. Dankzij het enorme netwerk van Hans Jeekel en de persoonlijke introductie door Onno Terpstra kwam ik terecht in Boston, waar ik overigens Hans Büller leerde kennen die daar onder vergelijkbare omstandigheden vertoefde.

Het afgelopen jaar heb ik herhaaldelijk horen constateren, dat het Erasmus zijn sterke positie op het gebied van de research verder heeft geconsolideerd. Dat is een prestatie die in de eerste plaats is geleverd door zeer vooraanstaande wetenschappers in de hoogbouw: Riccardo Fodde, Frank Grosveld, Bert Hofman en Chris de Zeeuw om er in alfabetische volgorde maar enkelen te noemen. Maar dat geldt zeker ook voor vele klinische afdelingen, waaronder de nucleaire geneeskunde van Erik Krenning, de Maag-Darm-Leverafdeling van Ernst Kuipers, de endocrinologie van Aart-Jan van der Lely en de hematologie van Bob Löwenberg. En hiertoe kan zeker ook de Heelkunde worden gerekend. Reeds decennia lang en tot op de dag van vandaag heeft onze afdeling dankzij innovatieve en technisch hoogwaardige heelkundige zorg grote groepen patiënten aangetrokken met complexe pathologie, waar andere academische afdelingen in en

buiten Nederland met jaloezie naar kijken: eerst door Van Houten en nu door Tilanus op het gebied van de slokdarm, eerst door Jeekel en nu door Van Eijck op het gebied van de alvleesklier, eerst door Terpstra en nu door IJzermans, Kazemier en Verhoef op het gebied van de lever. En de laatste jaren zijn enkele parels aan de chirurgische kroon toegevoegd: door Schouten op het gebied van de goedaardige endeldarmafwijkingen, door De Wilt op het gebied van de kwaadaardige endeldarmafwijkingen en door Patka op het gebied van de ongevalsletsels. Rotterdam is inmiddels het grootste traumacentrum van Nederland. Op al deze onderdelen wordt goed patiëntgebonden onderzoek uitgevoerd. Onze eigen experimentele laboratoriumfaciliteiten bij Van der Laan, Ten Hagen en De Bruin en de uitstekende samenwerking met vele basale onderzoeksgroepen hebben het eveneens mogelijk gemaakt uit de klinische praktijk voortkomende, meer basale onderzoeksvragen te beantwoorden. Deze translationele research kan bij uitstek plaatsvinden binnen de muren van een academisch medisch centrum. Juist dat onderscheidt ons van de ons omringende, grote, niet-academische klinieken. Ik ben er de laatste jaren steeds meer van overtuigd geraakt dat wij als clinici hiervoor de weg naar de basale wetenschappers actief moeten bewandelen. Zonder de preclinici tekort te willen doen, is het eenvoudiger voor ons om hun taal te leren spreken dan andersom. Meer nog dan nu het geval is moeten wij met onze vragen de hoogbouw in. Daar heerst een opvallend open en toegankelijke cultuur met een grote bereidheid tot samenwerking. Maar het initiatief ligt primair veelal bij ons. Voor de clinici die daarin geïnteresseerd zijn geeft de translationele research een geweldige mogelijkheid tot academische verdieping en verrijking. Eminente chirurgische onderzoekers als Lex Eggermont en Jan IJzermans die voortdurend in staat zijn de vertaalslag tussen kliniek en prekliniek te maken kunnen ons hierbij tot voorbeeld dienen. In de genoemde vertaalslag ligt voor ons als afdeling de komende jaren op onderzoeksgebied een belangrijke uitdaging. Dat brengt ons op het heden en de toekomst.

Waar we nu staan

Tussen het emeritaat van Hans Jeekel en mijn benoeming tot afdelingshoofd ligt een belangrijke periode waarin Huug Obertop op organisatorisch gebied helderheid geschapen heeft binnen de afdeling. In een omgeving van een op zichzelf lovenswaardige academische vrijheid was tussen de verschillende aandachtsgebieden binnen de heelkunde een misschien wat te uitgesproken tendens ontstaan tot onderlinge concurrentie, leidend tot onderlinge vervreemding. De neiging bestond om onafhankelijk van elkaar zijn zaken te regelen, soms met onvoldoende oog voor het geheel. Huug Obertop bracht binnen de verscheidenheid van de afdeling de eenheid weer meer in het vizier. Zoals overigens ook Erasmus, zoon van een chirurgijnsdochter uit Gouda, dat deed in de tijd van de reformatie. Ook hij beschouwde de *consensus omnium* (of zo u wilt de *amicorum consensus*) als voorwaarde voor het geluk en het welslagen van het individu en de samenleving.⁴

Vijftien jaar heb ik in Amsterdam mogen meemaken hoe Obertop in staat was een goede balans te vinden tussen het belang van het individu en dat van de groep. Dat vraagt om altruïstisch leiderschap, hetgeen zeker ook voor academici niet altijd eenvoudig is. Stimuleren dat men ook oog heeft voor andermans problemen. Stimuleren dat men ook van het succes van een ander kan genieten. Vragen aan ieder staflid afzonderlijk om een taak te vervullen die een bijdrage levert aan de afdeling als geheel. Die taken zijn meestal weinig uitdagend: het superviseren van de DBC-registratie, het coördineren van de dienstlijst, het vorm geven aan de website. En helaas zijn er zoveel van die taken, die niet strekken tot eigen roem en eer, maar die cruciaal zijn voor het goed en efficiënt laten functioneren van de afdeling als geheel.

Obertop creëerde en formaliseerde zes sectoren: de vaatchirurgie, de traumatologie, de transplantatiechirurgie, de oncologische chirurgie vooral op de Daniël-locatie, de gastrointestinale chirurgie en de “overige” chirurgie. Elk van de zes sectoren omvat weer verschillende programma’s. Zo vormen het niertransplantatie-programma, het levertransplantatie-programma en het orgaandonatieprogramma samen de sector transplantatiechirurgie. De zes sectorhoofden zorgen voor onderlinge afstemming van de onder hen ressorterende programma’s. Zij vormen samen het dagelijks bestuur van de afdeling. In dit dagelijks bestuur hebben tevens zitting het financiële brein Annet Breedijk en de zorgmanager Hans-Peter Schilte die de verpleegkundige unithoofden en medische coördinatoren vertegenwoordigt.

Een heldere organisatiestructuur die echter wel een goede interne communicatie vereist: in het dagelijks bestuur tussen het hoofd van de afdeling en de sectorhoofden, in het sectoroverleg tussen het sectorhoofd en zijn programmaleiders; in het unitberaad tussen de zorgmanager en zijn unithoofden en medisch coördinatoren en in de plenaire stafvergadering tussen alle stafleden onderling. Natuurlijk dient het vergaderen tot het strikt noodzakelijke te worden beperkt, maar goede interne communicatie binnen een grote afdeling als de Heelkunde is cruciaal voor goede onderlinge werkverhoudingen

en heeft naar mijn gevoel nog wat extra aandacht. Dat zal leiden tot een grotere transparantie en *trust*.

Het afgelopen jaar is o.a. besteed aan het inventariseren van de kansen en knelpunten van de verschillende programma's. Laat ik de belangrijkste plannen voor de nabije toekomst hier per sector bondig samenvatten.

Waar we naartoe willen

De *Vaatchirurgie* is wereldwijd een nieuwe fase ingegaan met de introductie van minimaal invasieve, percutane technieken. Op veel plaatsen in het lichaam kunnen belangrijke vaatafwijkingen worden verholpen zonder dat het betreffende bloedvat via een directe, operatieve benadering nog behoeft te worden vrijgelegd. Samenwerking tussen de Vaatchirurgie en de Interventie-radiologie, gebaseerd op respect voor elkaars specifieke expertise, is daarbij onontbeerlijk. Vaak kan volstaan worden met een toegang via de liesslagader, via welke een vaatprothese onder Röntgen-controle kan worden opgeschoven ter overbrugging van het aangedane bloedvat. Daarmee wordt de ingreep voor de patiënt minder belastend. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen voor welke indicaties deze nieuwe techniek werkelijk de voorkeur verdient. Hence Verhagen die een jaar geleden als opvolger van Hero van Urk vanuit Utrecht in Rotterdam is benoemd en grote expertise heeft op dit gebied zal u over enige maanden vanaf deze plaats toespreken over zijn visie op dit boeiende en snel evoluerende onderdeel van de chirurgie.

In de nabije toekomst zal het steeds vaker voorkomen dat minimaal invasieve en conventionele vaatchirurgische technieken zullen worden gecombineerd. Uit oogpunt van patiëntveiligheid zullen deze zogenaamde hybride procedures moeten worden uitgevoerd binnen het operatiecomplex. Dat de Raad van Bestuur en de afdeling Radiologie bereid blijken te zijn in de hiervoor benodigde faciliteiten te investeren getuigt van visie.

De *Traumatologie* of Ongevalsheelkunde heeft in 1999 een krachtige impuls gekregen vanwege de ministeriële erkenning van het Erasmus MC als een van de elf traumacentra in Nederland. Deze traumacentra hebben tot taak in hun regio de zorg te orchestreren voor ongevalspatiënten. Ondanks een in de tijd sterk wisselend aanbod van patiënten dient deze zorg onafgebroken beschikbaar te zijn, d.w.z. 24 uur per dag en 7 dagen per week. Ons traumacentrum is o.a. verantwoordelijk voor het mobiele medische team dat ernstige ongevalslachtoffers zo nodig per helikopter transporteert.

Door het aanwijzen van een zeer beperkt aantal traumacentra heeft de minister enige jaren geleden de opvang en behandeling van de meest ernstige ongevalspatiënten krachtig en effectief gecentraliseerd. Door deze bestuurlijke maatregel worden in het Erasmus MC jaarlijks inmiddels meer dan 250 multitrauma-patiënten aangeboden van wie een groot aantal niet alleen letsels heeft van het steun- en bewegingsapparaat, maar ook van borst- en buikholte. Het zijn in vele gevallen de beide laatste categorieën letsels die de situatie van deze patiënten gedurende langere tijd in het ziekenhuis levensbedreigend maken. Dit laatste dient mijns inziens een belangrijke afweging te zijn bij de veilige positionering van deze patiënten binnen de thematische organisatie van onze geplande nieuwbouw.

Een sterke wens van de sector traumatologie voor de nabije toekomst is de verdere ontwikkeling van de chirurgie van de wervelkolom. De complexe behandeling van patiënten met een letsel van de wervelkolom is bij uitstek een terrein dat zich bevindt

op het grensvlak van verschillende specialismen. Nog nauwere samenwerking tussen met name de orthopaedie, de neurochirurgie en de traumatologie zal de kwaliteit van deze zorg verder verbeteren. Inmiddels is tussen de drie genoemde afdelingen inhoudelijke overeenstemming bereikt over de protocollaire behandeling en hopelijk zal deze samenwerking nu ook spoedig in de praktijk vorm worden gegeven.

De sector *Transplantatiechirurgie* bestrijkt met name de niertransplantaties en de levertransplantaties.

Het Rotterdamse niertransplantatie-programma is de laatste vijf jaar meer dan verdubbeld. In 2008 zullen volgens planning 150 patiënten een nieuwe nier ontvangen, waarmee dit programma binnen Europa tot de grootste in zijn soort behoort. Een ruime meerderheid van de betrokken donoren besluit niet pas na de dood, maar reeds tijdens het leven een nier ter beschikking te stellen. Natuurlijk moeten alle vormen van chirurgie met zo min mogelijk complicaties worden uitgevoerd, maar dat geldt *a fortiori* voor de nier-uitname bij gezonde, levende donoren. Stelt u zich voor wat dat voor morele druk legt op de hectische klinische praktijk van de betrokken specialisten.

Ook het Rotterdamse levertransplantatie-programma heeft zich de afgelopen periode verder ontwikkeld. Werden tot voor kort jaarlijks ongeveer 40 levertransplantaties uitgevoerd, in 2007 lag het aantal voor het eerst boven de 60. Dat heeft zowel voor de hepatologen als voor de transplantatiechirurgen een piekbelasting gegeven, die met een typisch Rotterdamse werklust is opgevangen. Dat geldt ook voor de teamleden die telkens weer bereid zijn bij nacht en ontij de orgaanuitname te verzorgen, zowel op eigen locatie als soms ver buitenshuis. Zoals in de volksmond over deze typisch Rotterdamse sfeer wordt gezegd: “Van een hemd dat je hier in de winkel koopt zijn de mouwen al opgestroopt.” Het zou overigens niet onredelijk zijn de extreme *dysutility* die hiermee gepaard gaat beter te compenseren.

De *Oncologische Chirurgie op de Daniël-locatie* heeft een bijzondere historie, van oudsher gelokaliseerd op de zuidoever van de Maas en oorspronkelijk gelieerd aan het toenmalige Zuiderziekenhuis. Jaren geleden werd besloten tot een fusie tussen de Daniël den Hoed Kliniek en het Academisch Ziekenhuis Rotterdam. Een stap die men in Amsterdam gek genoeg nooit heeft gezet, tot veler verbazing en spijt. Het werkelijk integreren van deze twee tot dan onafhankelijke instituten heeft jaren gekost. Dat kennen we van de ABN en de AmRo, dat kennen we ook van het Binnen-Gasthuis en het Wilhelmina-Gasthuis. De fusie tussen de chirurgische groepen van de Daniël en het oude Dijkzigt is inmiddels gelukkig zeer positief afgerond. Het wachten is alleen nog op de nieuwbouw, zodat we allen ook onder één dak werken. Maar de huidige geografische hindernis wordt nu reeds dagelijks effectief overwonnen met behulp van teleconference-faciliteiten. De reeds genoemde chirurgische programma's functioneren alle sinds kort lokatie-overstijgend. Er wordt op beide locaties gewerkt volgens dezelfde in consensus vastgestelde protocollen en er wordt geparticipeerd

in dezelfde wetenschappelijke trials. De complexe behandeling van patiënten met een vergevorderde vorm van endeldarmkanker vindt plaats in de Daniël onder leiding van Hans de Wilt. Zijn programma is de laatste jaren sterk gegroeid. Dat geldt ook voor het aantal leverresecties onder leiding van Kees Verhoef. Voor de groei van beide programma's op de Daniël-locatie is recent door de Raad van Bestuur gelukkig extra budget toegekend. Daarmee is de ruimte voor verdere groei van het borstkankerprogramma op de Daniël echter beperkt geworden. Een oplossing voor dit probleem lijkt binnen handbereik. Het Havenziekenhuis is sinds kort een volledige dochter van de Erasmus holding en met name uitstekend toegerust voor het efficiënt uitvoeren van de planbare, laag-risico chirurgie. Onze relatie met de directie en de chirurgen van het Havenziekenhuis is uitstekend en de gezamenlijke oprichting van een Breast Clinic op de noordoever van de Maas lijkt nabij. Bij gedeeltelijke verplaatsing van de planbare, laag-risico chirurgie vanuit het Erasmus MC in de richting van het Havenziekenhuis is het wel van wezenlijk belang dat de betreffende chirurgische ingrepen behouden blijven voor de opleiding van onze arts-assistenten en voor het onderwijs van onze medisch studenten.

De sector *Gastro-Intestinale Chirurgie* ofwel Maag-Darm-Lever-Chirurgie is van oudsher binnen de afdeling heelkunde sterk ontwikkeld. Dat geldt eigenlijk voor alle onderdelen van het spijsverteringskanaal. De samenwerking met de vele andere betrokken afdelingen, waaronder de Maag-Darm-Lever-afdeling, de Radiologie, de Anesthesiologie, de Pathologie, de Medische Oncologie en de Radiotherapie zijn hierbij van onschatbare waarde.

De pancreaschirurgie heeft zich de laatste jaren sterk geprofileerd. Reden waarom het College van Bestuur zich in principe accoord heeft verklaard met de instelling van een nieuwe leerstoel op dit gebied.

Op het terrein van de slokdarmchirurgie hebben zich de laatste jaren belangrijke organisatorische ontwikkelingen voorgedaan. In 2000 beschreef ik in *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*⁵ en in 2001 in het Amerikaanse tijdschrift *Cancer*⁶ dat er in Nederland een duidelijk (omgekeerd) verband bestaat tussen het aantal slokdarmoperaties dat voor kanker in een bepaald ziekenhuis wordt uitgevoerd en de sterfte die rond een dergelijke operatie optreedt ten gevolge van complicaties. Wanneer minder dan 10 operaties per jaar in een ziekenhuis worden uitgevoerd, dan bedraagt dit percentage in zo'n ziekenhuis in Nederland gemiddeld ruim 12%. Wanneer meer dan 20 operaties per jaar worden uitgevoerd, dan bedraagt dit percentage minder dan 5%. Ook bij mijn oratie aan de Universiteit van Amsterdam in 2000 heb ik dit onderwerp uitgebreid aan de orde gesteld.⁷

De relatie tussen het volume aan behandelingen en de kwaliteit van die behandelingen in de verschillende ziekenhuizen is in binnen- en buitenland bij herhaling aangetoond voor uiteenlopende aandoeningen, waaronder het slokdarmcarcinoom, het pancreascarcinoom, de verkalking van de kransslagaders

en waarschijnlijk zelfs ook de liesbreuk. Eerlijk gezegd had ik verwacht dat na onze publicatie in 2000 de lekenpers dit onderwerp gretig zou hebben opgepakt. Maar tot mijn verbazing duurde de radiostilte over dit onderwerp nog enkele jaren voort en helaas verbond de beroepsgroep zelf hieraan ook geen praktische consequenties.⁸ Evenals in de ons omringende landen waren ook in Nederland maatregelen van hoger hand nodig om het veld op dit gevoelige punt in beweging te krijgen. Twee jaar geleden formuleerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (I.G.Z.) een aantal algemene prestatie-indicatoren waaronder het aantal uitgevoerde slokdarmresecties per ziekenhuis. Sindsdien worden alle Nederlandse ziekenhuizen geacht jaarlijks gedetailleerde informatie te verstrekken over deze parameters en worden in de landelijke pers gespecificeerde overzichten hiervan gepubliceerd. Een jaar geleden besloot I.G.Z. de slokdarmresecties nog slechts toe te staan in instellingen die tenminste tien van dergelijke ingrepen op jaarbasis uitvoeren. Een maatregel die veel stof heeft doen opwaaien, maar inmiddels is geïmplementeerd. Van harte hoop ik dat de goede intercollegiale verhoudingen in de regio door deze extern opgelegde ontwikkelingen niet worden verstoord.

Ik voorzie dat over enkele jaren deze vorm van chirurgie nog slechts in een tiental Nederlandse ziekenhuizen zal plaatsvinden. Daarmee vermindert ook de behoefte aan specifiek hierin getrainde chirurgen. Op landelijk niveau zal binnen de wetenschappelijke verenigingen moeten worden vastgesteld welke consequenties dit heeft voor de capaciteit van de zogenaamde vervolgopleidingen. Overigens zou het verminderen van het aantal plaatsen voor chirurgen-in-vervolgopleiding wel eens ten goede kunnen komen aan de kwaliteit van de gewone heelkundige opleiding.

Terecht wordt in het huidige tijdsgewricht transparantie van de gezondheidszorg geëist. We moeten aan de buitenwereld kunnen laten zien hoe we onze middelen besteden en welke resultaten we daarmee bereiken. Door de toenemende behoefte aan het objectief vaststellen van de kwaliteit van de geleverde gezondheidszorg dreigt er een wildgroei te ontstaan aan prestatie-indicatoren. Zo kennen we inmiddels de reeds genoemde basisset prestatie-indicatoren van de I.G.Z., maar ook de indicatoren van de projectgroep *Kwaliteit van Zorg in de Etalage* van ZonMw en de indicatoren van de projectgroep *Zichtbare Zorg Ziekenhuizen* van V.W.S.. Hoewel dergelijke initiatieven lovenswaardig zijn, moeten we er wel voor zorgen dat de ontwikkelde indicatoren getest zijn alvorens ze worden geïmplementeerd en instellingen of zelfs individuen erop worden afgerekend. Is de indicator eenduidig geformuleerd? Kan de indicator simpel en betrouwbaar worden gemeten? Geeft de indicator werkelijk aan hoe het met de kwaliteit gesteld is? En wat zijn bijvoorbeeld de mogelijke ongewenste neveneffecten van de introductie van de indicator? Zo zou patiënten met een verhoogd operatierisico een noodzakelijke chirurgische behandeling kunnen worden onthouden uit angst van de operateurs voor een negatief effect op de betreffende kwaliteitsscore van hun afdeling. Er is zorgvuldigheid geboden en in dit opzicht moet de soms wat al

te onstuimige dadendrang van zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen enigszins worden getemperd. Het project “*Kwaliteit van Zorg in de Etalage*” mag niet ontaarden in onwenselijke *window dressing*. Vanuit de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (N.F.U.) is een werkgroep van klinici en methodologen in het leven geroepen teneinde de voorgestelde prestatie-indicatoren zorgvuldig wetenschappelijk te toetsen, liefst voordat deze in de praktijk worden geïntroduceerd.⁹ Laten we de resultaten van dat onderzoek rustig afwachten.

Uit een recent onder mijn supervisie verschenen proefschrift van Sjoerd Lagarde aan de Universiteit van Amsterdam blijkt bijvoorbeeld hoe moeilijk het is een betrouwbare indicator te ontwikkelen voor de kwaliteit van de chirurgische behandeling van patiënten met slokdarmkanker.¹⁰ Men zou o.a. kunnen kijken naar het optreden van complicaties rond de operatie, waarbij uiteraard rekening moet worden gehouden met verschillende risicofactoren (zoals leeftijd, een tevoren reeds aanwezige longfunctiestoornis of een eerder doorgemaakt hartinfarct) die per individuele patiënt sterk kunnen variëren. We spreken dan van een correctie van de prestatie-indicator voor de *case mix*. In het Verenigd Koninkrijk is voor de slokdarmchirurgie de zogenaamde *O-possum score* ontwikkeld teneinde een voor risico gecorrigeerde vergelijking mogelijk te maken tussen verschillende instituten. Wij hebben die Britse formule getoetst op het Amsterdamse patiëntencohort.¹¹ Tot onze grote trots en tevredenheid bleek de perioperatieve sterfte van onze patiënten slechts 3,6% te bedragen, hetgeen neerkomt op slechts 30% van het met *O-possum* voorspelde niveau. Men zou kunnen concluderen, dat de kwaliteit van de door ons geleverde zorg ook na correctie voor de *case-mix* gunstig afsteekt bij die in het Verenigd Koninkrijk. Bij nadere analyse bleek verder dat in ons cohort geen enkel verband bestond tussen de hoogte van de individuele *O-possum score* en het risico op overlijden. *O-possum* was dus in het geheel niet in staat om patiënten te stratificeren op basis van hun risico op perioperatieve sterfte. Wij concludeerden dan ook dat de *O-possum score* in zijn huidige vorm ongeschikt is om de behandelingsuitkomst tussen verschillende ziekenhuizen te vergelijken. Dat moet ook onze Britse collega's aan het denken hebben gezet. Naar analogie van de *O-possum score* behoeven naar onze overtuiging de recent in Nederland voorgestelde prestatie-indicatoren eveneens verdere verfijning voordat deze op zinvolle wijze geïntroduceerd kunnen worden.

Het onderwijs aan medisch studenten

Tot slot wil ik kort ingaan op de veranderingen die thans worden doorgevoerd in het Rotterdamse medische onderwijscurriculum. Een paar jaar lang heeft in Nederland een aantal medische faculteiten waaronder Rotterdam gedacht de dans van de BaMa-structuur te kunnen ontspringen. Immers, de medische opleiding moest worden beschouwd als een ondeelbaar geheel. Zij-instroom vanuit de psychologie, de gezondheidswetenschappen of de fysiotherapie was toch eigenlijk niet goed denkbaar. Maar inmiddels heeft de minister laten weten alle medische faculteiten te willen houden aan de verplichte Europese regelgeving en integrale introductie van de BaMa-structuur te eisen. Ook de afdeling Heelkunde zal er zich actief voor inzetten dit nieuwe curriculum tot een succes te maken.

Door het invoeren van de BaMa-structuur zal het voor medisch studenten eenvoudiger worden na het behalen van het Bachelor's diploma binnen de Europese Gemeenschap over te stappen naar een andere universiteit. Iets wat bijvoorbeeld in Duitsland reeds tientallen jaren heel gebruikelijk is. Deze grotere ruimte voor mobiliteit biedt enerzijds onze studenten een geweldige kans om hun horizon te verbreden en geeft anderzijds onze faculteit de mogelijkheid om de beste buitenlandse studenten naar Rotterdam te halen. Wel moeten wij ervoor zorgen dat dit niet onttaardt in oppervlakkig medisch toerisme.

Heelmeester werk is meesterwerk

Dames en Heren, het moge u duidelijk zijn dat het werk van een heelmeester uitermate boeiend en veelzijdig is. En dat geldt bij uitstek in een academische omgeving. Elke operatie, klein of groot, is voor de individuele patiënt een aanslag op zijn fysieke integriteit. Dat plaatst hem in een kwetsbare, afhankelijke positie en geeft het contact tussen patiënt en chirurg een bijzondere dimensie. Het vraagt van de chirurg niet alleen grote intellectuele en technische kwaliteiten, maar ook goede contactuele vaardigheden.

Voortdurende innovatie is hét handelsmerk van een academisch ziekenhuis. Daar wordt de chirurg steeds uitgedaagd tot innoverende en creatieve research, zowel patiëntgebonden als translationeel.

In een universitair ziekenhuis draagt iedere chirurg eveneens bij aan het onderwijs aan en de vorming van de volgende generatie artsen. Zijn of - in toenemende mate - haar voorbeeldfunctie in de kliniek staat daarbij steeds centraal.

Een schilderij is meer dan een optelsom van kleuren, een concert meer dan een optelsom van klanken. Het werk wordt een meesterwerk wanneer het ver uitstijgt boven de optelsom van zijn componenten. Datzelfde geldt voor het werk van de heelmeester.

Dankwoord

Nu ik aan het einde ben gekomen van mijn betoog, wil ik tot slot een dankwoord uitspreken.

Geachte Leden van het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam en Leden van de Raad van Bestuur van het Erasmus Medisch Centrum: u ben ik zeer erkentelijk voor het in mij gestelde vertrouwen.

Hooggeleerde Büller, beste Hans, sinds onze eerste ontmoeting in Boston hebben onze paden elkaar steeds gekruist, eerst in Amsterdam en nu in Rotterdam. Hopelijk komt dit een nog nauwere samenwerking tussen het Erasmus MC en het AMC verder ten goede.

Weledelgestrengde Insinger, beste Charlotte, dank voor de ruimte die je me gaf om het bestuur van de afdeling Heelkunde in de vingers te krijgen. Je directe manier van opereren doet bijna chirurgisch aan.

Hooggeleerde Jeekel, beste Hans, jou wil ik danken voor de wijze waarop je gedurende meer dan 25 jaar leiding hebt gegeven eerst aan de heelkundige opleiding en later aan de afdeling als geheel. Het is een voorrecht te kunnen voortbouwen op de fundamenten die jij hebt gelegd.

Hooggeleerde Obertop, beste Huug, in de korte periode die jij hier weer terug was heb jij de helderheid geschapen die het voor mij mogelijk maakte om de samenhang binnen de afdeling in een kort tijdsbestek verder vorm te geven. Jij hebt voor mij steeds de weg bereid; dat geldt *in ultimo* voor je werk hier in Rotterdam.

Stafleden van de afdeling Heelkunde, jullie wil ik danken voor de openhartige wijze waarmee jullie mij hebben opgenomen in jullie midden. Onlangs hebben wij in gezamenlijkheid onze globale toekomstvisie geschetst en ik zie ernaar uit om deze de komende jaren met jullie verder vorm te geven.

Ook de overige medewerkers van de afdeling Heelkunde wil ik danken voor hun inzet en flexibiliteit. Het zal niet altijd eenvoudig zijn geweest om opnieuw enthousiast te zijn voor de nieuwe plannen van het vijfde afdelingshoofd in een periode van vijf jaar. Desondanks heeft u zich steeds loyaal en coöperatief opgesteld.

Dames en Heren studenten, mijn benoeming heb ik uiteindelijk aan u te danken. Aan u ontleent de universiteit immers haar bestaansrecht. Pak de kansen die Rotterdam u biedt, maar kijk ook over de grenzen van deze dynamische stad heen.

Ik heb gezegd.

Referenties

- ¹ L. Heyde. De maat van de mens; over autonomie, transcendentie en sterfelijkheid. Boom, Amsterdam, 2000.
- ² Koers '013 met als motto "samen en verbinden". Strategische visie van het Erasmus MC voor 2013.
- ³ J.J.B. van Lanschot. Metabolic gas exchange in critically ill surgical patients. Academisch proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1987.
- ⁴ J. Sperna Weiland e.a.. Erasmus; de actualiteit van zijn denken. De Walburgpers, Zutphen, 1986.
- ⁵ J.J.B. van Lanschot, H.J.T. Rutten, R.P.A. Boom, D.J. Gouma. Het belang van regionale chirurgische netwerken. Ned Tijdschr Geneek 2000; 144:1148-1152.
- ⁶ J.J.B. van Lanschot, J.B.F. Hulscher, C.J. Buskens, H.W. Tilanus, F.J.W. ten Kate, H. Obertop. Hospital volume and hospital mortality for esophagectomy. Cancer 2001; 91:1574-1578.
- ⁷ J.J.B. van Lanschot. In verscheidenheid één. Oratie, Universiteit van Amsterdam. Vossiuspers UAP, Amsterdam, 2000.
- ⁸ N.T. van Heek, K.F.D. Kuhlmann, R.J.P.M. Scholten, S.M.M. de Castro, O.R.C. Busch, T.M. van Gulik, H. Obertop, D.J. Gouma. Centralisatie van pancreasoperaties: een systematische review en evaluatie in Nederland. Ned Tijdschr Geneesk 2006; 150:791-798.
- ⁹ N.F.U. werkgroep Prestatie Indicatoren. Nadere validering aandoeningsspecifieke prestatie indicatoren van het project Transparantie Medisch Specialistische Zorg. Onderzoeksvoorstel aan de Stuurgroep Transparantie Medisch Specialistische Zorg.
- ¹⁰ S.M. Lagarde. Prognostication in esophageal cancer. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam, 2008.
- ¹¹ S.M. Lagarde, A.K.D. Maris, S.M.M. de Castro, O.R.C. Busch, H. Obertop, J.J.B. van Lanschot. Evaluation of O-possum in predicting in-hospital mortality and long term survival after esophageal cancer resection. Br J Surg 2007; 94:1521-1526.

*Deze publicatie betreft een oratie aan
de Erasmus Universiteit Rotterdam*

ISBN 97-8907790-65-14

