

Opera Finita: 30 jaar Heelkunde Maastricht, Visies en gevoelens

Citation for published version (APA):

Soeters, P. B. (2006). *Opera Finita: 30 jaar Heelkunde Maastricht, Visies en gevoelens: Afscheidscollege door Peter B. Soeters.* (1 ed.) Universiteit Maastricht.

Document status and date:

Published: 31/03/2006

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

Opera Finita

30 jaar Heelkunde Maastricht
Visies en Gevoelens

Afscheidscollege

Gegeven in verband met het emeritaat als
hoogleraar Algemene Heelkunde i.h.b. de Heelkundige
Gastroenterologie en Klinische Voedingsleer in de
Faculteit der Geneeskunde, Universiteit Maastricht

op 31 - 3 -2006
Theater aan het Vrijthof
Maastricht

door

Peter B. Soeters



Universiteit Maastricht

30 YEARS OF INTERNATIONAL QUALITY

Colofon

Basisontwerp en realisatie: Océ Business Services, Universiteit Maastricht.

ISBN 90-5681-245-9

NUR 870

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur of uitgever.

Afscheidscollege

Mijnheer de Rector, leden van de universitaire gemeenschap, werkers in het ziekenhuis, vrienden, kennissen en familie,

Mijn eerste rapport in mei 1947 was geschreven op een, uit een door midden geknipt schoolschrift gescheurd, blaadje papier (figuur 1). We hadden nog geen lesmateriaal, geen typemachine, geen gedrukte rapporten in het arme zandgrond dorp Hoenderlo op de Veluwe. U ziet, ik was de uitblinker van de 1st klas maar kon en kan nog steeds niet zingen. Ik ben in mijn studenten tijd gefascineerd geraakt door de Hoogleraar Psychiatrie Kuyper, die mij onder meer heeft doen inzien dat mijn liefde voor opera in feite een neurotisch verdringingsmechanisme is: verdringing door het tegendeel, verdringing van het feit dat ik zelf geen noot kan zingen. Het is vandaag 31 maart 2006, mijn laatste werkdag en als we aannemen dat een normale werkdag om half zes eindigt heb ik nu een uur de tijd om mijn laatste opera te zingen en mijn laatste opus te verrichten.

Grote Vakantie 1947

Peter is de uitblinker van de klas. Hij is met alles even bijdehand. Hij maakt ook alles op, dat om hem heen gebeurt. Hij doet erg zijn best om alle gelukigheid zelf hallelujaal niet dood, dat hij zo'n boldbees is. Met zingen, doet hij bijna niet mee. Hij is ernstosaast genoeg om doet alle bewegingen mee, maar geeft bijna geen geluid.

9.7 Eerstlid
Onderwijsklas I.

Figuur 1. Rapport Grote Vakantie 1947

Ik zal hier niet de gebruikelijke litanie ophangen over alle facetten van mijn academische leven. Ik ga u vertellen wat we geleerd hebben, waarom het goed gaat met de Heelkunde en wat m.i. leiderschap moet

inhouden om tot excellentie te komen. Tegen die achtergrond zal ik enkele woorden wijden aan structuren binnen de instelling. Vervolgens zal ik afscheid nemen.

Sedert een jaar of vijftien, maar tot een jaar of vijf geleden, heb ik op gezette tijden getracht iets van mijn visie op het functioneren van de structuren in het ziekenhuis te bespreken met de RvB, die daar niet onverdeeld ontvankelijk voor was. Ik heb me daarom vaak een dwaze idealist gevoeld, die discussies aanging, die bij voorbaat verloren waren, en mij wel eens afgevraagd of mijn opvattingen reëel waren of dat zij elementen van Don Quichotterie bevatten (figuur 2). Tegen die achtergrond zal ik u deze opvattingen schilderen, en ik zal daar de karikatuur en de ironie niet bij omzeilen.



Figuur 2. Opera Don Quichot(t)e met José van Dam, Tereza Berganza en Alain Fondary in de hoofdrollen als Don Quichote, Dulcinea en Sancho Pancha.

Inzichten in ziekte en fysiologie



*Opera Don Quichote
Acte V Air 11
Entracte**

Wat hebben wij bijgedragen op het gebied van ziekte en fysiologie, wat hebben we geleerd en welke inzichten hebben we verworven? Universiteit heet niet voor niets universiteit, universeel betekent "het geheel omvattend". En een half millennium geleden was een homo universalis iemand die van alle markten thuis was: Leonardo da Vinci was er het voorbeeld van. Tot en met de zeventiende eeuw spraken hoogleraren Latijn. Mijn oratie had als titel: Chirurg: Barbier of Dokter? En topdokter zijn vereist een veel universeler, alles omvattend begrip van hoe het ziekteproces in elkaar zit en hoe we het derhalve logisch kunnen behandelen dan louter technologisch als barbier bezig te zijn. Toch zijn er ontwikkelingen die dat in de weg staan. Ieder die wil klimmen op de academische ladder zoekt een niche waar hij heel goed in is, en hoge impact scores haalt. Het overzicht is dan echter moeilijk te verkrijgen en het is de vraag wat het gevondene betekent in het geheel van gezond en ziek zijn. Er is grote behoefte aan goede samenspraak tussen klinici die het overzicht hebben of houden en basis wetenschappers (of mutatis mutandis met superspecialisten) om te begrijpen hoe gedetailleerde kennis ingepast moet worden in het grotere geheel van het functioneren van het organisme. Dit is belangrijk zowel om onderzoek productief te maken als om patiënten optimaal te behandelen.

In de afgelopen 37 jaar zijn wij tot de overtuiging gekomen dat de verschijnselen van ziekte zoals koorts, afwezigheid van honger en afname van spiermassa en zo verder, logische en nuttige aanpassingen aan het ziekteproces zijn, die er toe dienen om de ziekte adequaat te boven te komen. Een mooi voorbeeld is wat er gebeurt in de natuur als een dier een poot breekt. De kat verbergt zich, eet niet en drinkt ternauwernood, maar na een dag of 5 trekt hij er weer op uit, met een knobbel ter plaatse

* Deze muziek werd gebruikt als inleiding bij de afzonderlijke onderdelen van het afscheidscollege.

van de botbreuk, maar duidelijk vermagerd met voornamelijk verlies van spiermassa. De knobbel ter plaatse van de breuk heet callus en dient ter genezing van de breuk. Daar de kat niet eet moeten de bouwstenen voor dit genezingsproces gekomen zijn van de weefsels die in omvang zijn afgenomen zoals de spiermassa. Toch heeft ook die afname van spiermassa zijn nadelen: de kat kan tijdelijk niet goed meer sprinten, vechten of ademen, en als het trauma dus te groot is overleeft hij/zij het niet. Met de genoemde inzichten is niet altijd rekening gehouden. Het bleek dat deze spierafname tijdens ziekte afgeremd kon worden door groeihormoon te geven en dat is ook in trial verband gedaan bij intensive care patiënten. Er is toen echter een onjuiste hypothese gehanteerd, namelijk dat het lichaam zo dom is om zijn spieren te laten slinken en dat we dat koste wat het kost moeten tegengaan. Wat bleek: spiermassa bleef in stand maar patiënten overleden aan infecties (1), zeer waarschijnlijk omdat Groeihormoon weliswaar de spierafbraak remt maar tegelijkertijd ook de productie van belangrijke genezingshormonen door de lever (2). Het lichaam is dus niet dom. Die genen hebben overleefd die in de oudheid ons in staat stelden om trauma te boven te komen door geen honger te hebben, niet op jacht te gaan, en bouwstenen te verplaatsen van de plek waar zij op dat moment niet zo nodig zijn naar de plek waar daar grote behoefte aan is. De arrogantie te denken dat het menselijke brein het beter weet! In de praktijk zijn er vele van dit soort voorbeelden. Patiënten met koorts moeten niet gekoeld worden, patiënten met verwijde vaten tijdens infectie moeten zo min mogelijk medicijnen krijgen om die vaten dicht te knijpen, de hormonale veranderingen die optreden tijdens acute ziekte moeten we niet afremmen maar in stand houden of zelfs versterken als patiënten te zwak zijn om dit zelf te doen. Dit verklaart ook waarom pogingen om antilichamen tegen TNF te geven om ziekte-ernst af te remmen niet helpen in de acute situatie, zelfs gevaarlijk zijn, terwijl zij wel helpen tijdens chronische ziekte. Het verschil is dat bij chronische ziekte zoals de ziekte van Crohn, chronisch rheuma etc de ziekte juist bestaat uit een ontregeling van deze hormonen, waardoor ontsteking ontstaat, terwijl tijdens acute ziekte deze genezingshormonen (geen ontstekingshormonen) juist noodzakelijk zijn om te genezen. Hoe belangrijk het klinische overzicht is ziet u aan de vetophoping die plaats vindt bij de ziekte van Crohn (figuur 3). Ik heb me altijd afgevraagd hoe dat komt en in de overweging dat de natuur niets voor niets doet, wat is de rol van dat vet? Nu we weten dat dit vet gigantische hoeveelheden hormonen produceert waaronder leptine, adiponectine, resistine e.a. is die vraag des te prangender: is het een poging van het lichaam

om de ontsteking af te remmen of is het een uiting van de ontsteking en daarmee samenhangend: moeten we die hormonen dus stimuleren of juist afremmen?

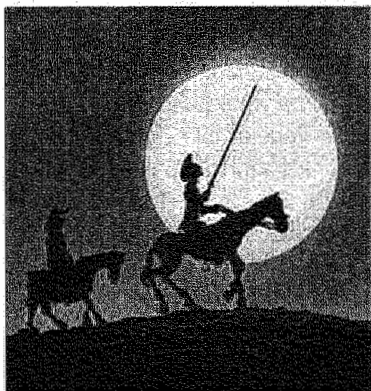
Mijn proefschrift had als titel:

“Hepatic encephalopathy, a new perspective for therapy”.

U zult zich afvragen: chirurg, waarom in vredesnaam zo een moeilijk benaderbaar intern onderwerp. De reden is eenvoudig: chirurgisch onderzoek is onderzoek bedreven door een chirurg en in mijn periode in Boston, VS kwam ik met het onderwerp in aanraking via Joseph Fischer, ook een chirurg. Het doel ervan is tweeledig: ten eerste het ontwikkelen van kennis in een gebied van de geneeskunde, maar ten tweede en dat is even belangrijk het creëren van chirurgen die onderzoek hebben leren doen, maar ook toegankelijk zijn geworden voor fundamentele pathofysiologie. Alleen als de top van de beoefenaren van een vakgebied dat soort vermogen heeft kan het vakgebied verder ontwikkeld worden, en dat is van het grootste belang omdat meer dan 15% van de patiënten die in het tweede echelon behandeld worden chirurgische aandoeningen hebben. Toen wij in de zeventiger jaren begonnen in Maastricht, bevochten wij een plaats binnen de laboratorium ruimtes van de universiteit, het toenmalig Biomedisch Centrum en startten onderzoek voornamelijk in het gebied van het eiwit metabolisme in relatie tot de productie van ammoniak, de stof die nog steeds mede verantwoordelijk gesteld wordt voor de bewustzijnsstoornissen optredend bij een zeer slechte lever, maar ook in het gebied van het verlies van totaal lichaamseiwit bij zieke patiënten. Dit leidt tot spierzwakte en verminderde weerstand. Wij onderzochten onder andere waarom bloedingen in de darm bij lever patiënten zoveel schadelijker zijn dan b.v. het eten van vergelijkbare hoeveelheden groente eiwit. Allereerst vonden wij dat ammoniak niet voornamelijk in de dikke darm geproduceerd wordt door bacteriën maar juist in de eerste helft van de dunne darm zonder tussenkomst van bacteriën (3-5). Ook deden wij een toevalsbevinding. Het bleek dat bloedingen in de darm zo giftig zijn omdat bloedeiwit een essentiële bouwsteen mist: het essentiële aminozuur isoleucine (3, 4). Hierdoor kan alle bloedeiwit na vertering (afbraak tot aminozuren) en opname door de darm niet nuttig gebruikt worden voor hernieuwde opbouw van eiwit maar moet het volledig afgebroken worden waarbij veel ammoniak ontstaat, schadelijk voor de hersenen. Deze onderzoekslijn leverde ook op dat optimale benutting van maaltijd voeding alleen mogelijk als de bolus, dus de maaltijd alle voedingscomponenten bevat die nodig zijn

om nieuw eiwit te maken (6). Bolus voeding kan alleen optimaal benut worden als het lichaam beschikt over een tijdelijke opslagplaats van bouwstenen in de vorm van eiwit, dat na de maaltijd langzaam wordt afgebroken en bouwstenen levert aan het organisme. Dieren die dit het beste kunnen zijn pythons die slechts 1x in de 2 maanden hoeven te eten en in die tussen tijd heel lang een eiwit reservoir hebben deels omdat zij hun voedsel traag verteren, deels omdat zij uit de hieruit afkomstige bouwstenen een enorme toename van hun darmstelsel opbouwen, dat na de opbouw weer geleidelijk wordt afgebroken en daardoor langdurig voedingsstoffen aan het lichaam kan aanbieden. Deze onderzoek lijn heeft impact gehad op de wereld literatuur, het denken over aminozuur metabolisme bij leverpatiënten, de factoren die de kwaliteit van voedingseiwit bepalen, de rol van de nier bij de ammoniak productie getuige meer dan 100 publicaties in dit gebied alleen al, een tiental proefschriften, financiële ondersteuning, prijzen etc. Met name in de laatste 10 jaar is door de jongere generatie belangrijke voortgang geboekt, en ik ben daar met veel plezier getuige van geweest.

Inzichten in de chirurgie



Opera Don Quichotte

Acte III Aire 16

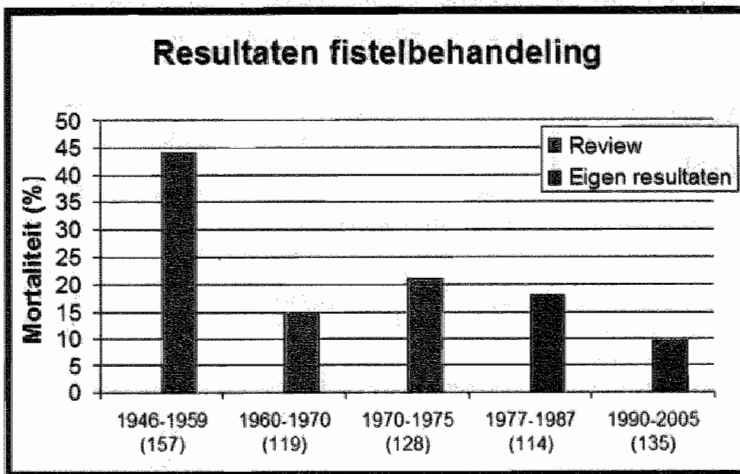
*Ah! Voir un corps long comme
un jour sans pain**

Chirurgische vaardigheid is belangrijk maar niet alles (7). Het is niet zozeer de handigheid die de belangrijkste factor is voor het welslagen van operaties, maar veeleer:

1. Weefselgevoel, hoe stevig is het weefsel, hoe kan ik weefsel hanteren zonder het te beschadigen?
2. Herkennen van de anatomie.
3. Inschatten hoe de draagkracht van de patiënt is.



Figuur 3. Ileum aangedaan door de ziekte van Crohn. Enorm toegenomen vet ophoping (kaarsvet fenomeen).



Figuur 4. Mortaliteit patiënten met enterocutane fistels van 1946 tot 2005.

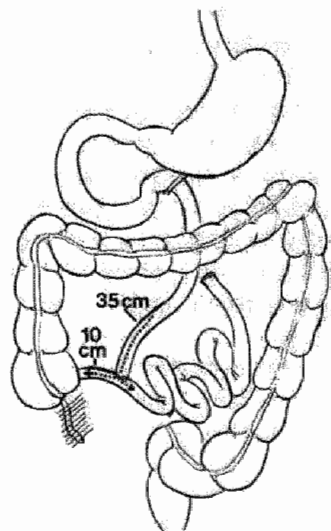
4. Aanpassen van de draaglast aan deze draagkracht.
5. Hoe goed is de lever, hoe goed zijn het hart en de longen? Deze moeten harder kunnen werken tijdens en na het chirurgisch trauma vooral als er complicaties optreden. De lever is het belangrijkste orgaan bij de genezing, omdat de lever tal van eiwitten produceert die nodig zijn om te genezen.
6. Kennis van risico factoren zoals ondervoeding en ontstekingsactiviteit. Mannen ontwikkelen meer complicaties dan vrouwen, wat overeenstemt met gegevens uit de volwassen en neonatale intensive care literatuur.
7. De juiste tijdsbepaling van de operatie. Geef als er geen acute haast is de patiënt de gelegenheid te herstellen, wacht tenminste 6-8 weken na de laatste operatie. Dan is de buik pas weer toegankelijk. Zorg dat ontstekingsactiviteit verminderd is en spierkracht weer is toegenomen.
8. Kennis van hoe een naad geneest. Een naad geneest niet door de touwtjes waarmee wij de einden aan elkaar knopen, maar door een kleverige vloeistof met instroom van genezingscellen. Dat houdt in dat de omgeving van de naad gezond moet zijn, dus niet tegen dood weefsel of kunststof of een andere naad moet aanliggen.
9. Technische vaardigheid is nodig maar virtuositeit is niet vereist: het oog, het gevoel, kennis, en afweging van draagkracht en draaglast zijn bepalend.

Reeds in de begin zeventiger jaren had ik belangstelling voor het complexe management van chirurgische patiënten bij wie catastrofes hadden plaats gevonden in de buik, maar ook bij patiënten uit andere disciplines. Steeds meer oudere maar ook jonge mensen met steeds ernstiger aandoeningen ondergaan steeds grotere operaties zodat het aantal catastrofes in absolute zin ook toeneemt. Ondanks deze ongunstige factoren is onze mortaliteit niet gestegen en is het succes van deze complexe behandeling vergroot. In de zeventiger jaren bedroeg de mortaliteit 20-25% (6), de eerste serie uit Maastricht, nagekeken door Willem Rinsema en beschreven in zijn proefschrift had een mortaliteit van 19% (8), de huidige mortaliteit is desondanks gezakt onder de 10% (Figuur 4) terwijl het sluitingpercentage gestegen is tot 84%. Ik zal deze complexe behandeling met chirurgische, interne, diagnostische en behandelaspecten erg missen. Ik zal bovenal die patiënten erg missen.

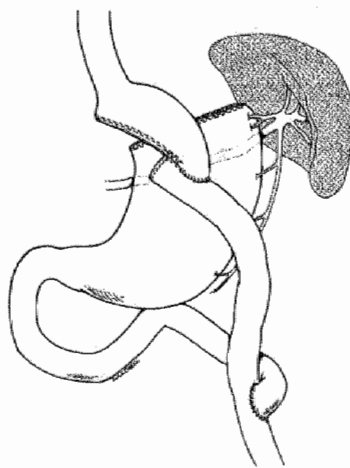
Naast dit genoemde gebied heb ik altijd speciale belangstelling gehad voor de behandeling van de ziekte van Crohn en Colitis Ulcerosa,

juist ook omdat hier belangrijke chronische zorg en multidisciplinair beleid nodig is. Patiënten komen regelmatig, soms na jaren terug, en het is een voorrecht als toevluchtsoord te mogen dienen voor deze patiënten als hun ziekte niet meer met medicijnen te beteugelen is.

De laatste categorie, die ik wil noemen, en waar ik mij intensief mee bezig gehouden is de chirurgie voor overgewicht. Ik heb in 1978 de eerste en enige jejunio-ileal bypass verricht in Maastricht (Figuur 5), en ben snel daarna gestart met operaties waarbij de maag grotendeels kortgesloten werd: dwz dat het voedsel onmiddellijk vanuit de slokdarm in de dunne darm terecht komt en dus de maag en de twaalfvingerige darm overslaat, waardoor patiënten behoorlijk en langdurig afvallen (Figuur 6). Het programma wordt sinds jaren gedragen door Jan Willem Greve, en wij waren de eerste en toen enige chirurgen in Nederland en behoorden tot de paar chirurgen in de wereld, die fundamenteel getint onderzoek pleegden bij deze patiënten die wereldwijd steeds talrijker worden.



Figuur 5. Jejunio-ileal bypass. Slechts ongeveer 40 cm van de dunne darm blijft in continuïteit. De rest is kortgesloten.



Figuur 6. Gastric bypass. De maag wordt grotendeels en het duodenum en de eerste 60 cm van het jejunum worden in het geheel kortgesloten. De rest van de dunne darm blijft in continuïteit. De spijs bolus komt echter pas 60 cm vanaf de aansluiting van het jejunum aan de kleine proximale maagrest in contact met de spijsverteringsenzymen.

Geschiedenis van de Heelkunde



*Opera Aida :
De overwinningmars**

Bij het scheiden van de markt is er geen ruimte meer voor valse bescheidenheid. Welnu: naar mijn stellige overtuiging is onze vakgroep een van de best functionerende vakgroepen binnen de Universiteit Maastricht, en één van de top 2 of 3 academische heelkunde vakgroepen in Nederland, op een aantal punten niet alleen als zodanig erkend binnen Nederland maar ook daarbuiten. Wij moeten alleen net zoals onze collega's in het AMC, nog wat aan onze public relations doen omdat onloochenbaar te maken voor onze collega's in den lande. Ik zal de historische ontwikkeling van de vakgroep beschrijven en vooral ingaan op de, overigens niet toevallige, factoren die er mijns inziens voor zorg gedragen hebben dat de Algemene Heelkunde in Maastricht sedert haar oprichting in 1975 een gestage groei en voortgaande academisering te zien heeft gegeven, die tot de boven geschetste nationale en internationale uitstraling geleid heeft.

Co Greep, Robbie Wesdorp, een aantal anderen en ikzelf hebben aan de basis gestaan van deze club. Nu, 30 jaar later ben ik trots op wat er tot stand gebracht is (figuur 7).

Co Greep is één van de grondleggers van de faculteit der Geneeskunde geweest die in 1974 werd opgericht. Hij had de bijzondere gave talent te ruiken, goede mensen aan te trekken, te enthousiasmeren en tot grote activiteit te bewegen. Hij was trots op elk wapenfeit hoe klein ook. Vandaag uitte je dat je ergens belangstelling voor had, morgen was je in zijn ogen expert, en zat je bibberend aan tafel bij de echte experts. Hij creëerde een "happy environment", waarin mensen goed konden gedijen. Hijzelf deed toen al niet veel chirurgie meer maar dat hoefde ook niet,



Figuur 7. Oprichters van de Heelkunde Maastricht. Van midden boven met de wijzers van de klok mee: Co Greep, Jos Lemmens, Don Quichote, Hans Jeekel, Peter Soeters, Robbie Wesdorp, Rick van Houtte (en echtgenote), George Sie, Peter de Jong, Maarten von Meyenfeldt, Cor Baeten.

daar hij luitenants geselecteerd had die hij ondersteunde en carte blanche gaf mits er maar iets gebeurde. In praktisch alle geledingen van de algemene heelkunde heeft dit goed gewerkt ook later onder Gauke Kootstra en nu onder Michael Jacobs. Met de komst van Jacobs heeft de Heelkunde nog naar een hogere versnelling geschakeld. Michael Jacobs heeft zijn bruidsschat niet alleen verzilverd maar zelfs in goud omgezet. Wij verschillen van visie op een aantal punten, maar dat hoeft geen beletsel te zijn. Er is nu duidelijk een situatie waarin het heel goed gaat met de Heelkunde. Ik schrijf dit dus toe aan het feit dat wij van oudsher een zelfsturende groep zijn geweest en hebben moeten zijn, die met een gemeenschappelijk doel voor ogen in consensus en geïntegreerd kon en kan functioneren.

Op welke gronden berust de claim dat het goed gaat met de Heelkunde?



Opera Don Quichotte
Acte IV Aire 10
*Riez, allez, riez du pauvre dialogue**

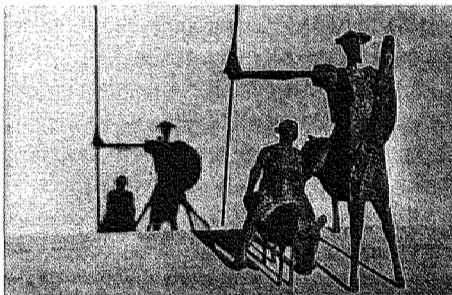
De volgende gronden kunnen genoemd worden:

1. Wij zijn een van de weinige heelkundige afdelingen waar in de afgelopen 30 jaar tussen de chirurgen geen ontwrichtende conflicten zijn opgetreden.
2. Ondanks haar excentrische ligging is de afdeling een tertiair verwijscentrum geworden op vele gebieden. Dit heeft zijn grondslag mede in het feit dat er een groot aantal niet algemeen beoefende heelkundige functies worden uitgevoerd. Te noemen zijn: Intensive Care Geneeskunde (voor chirurgen), een groot aantal endoscopische en laparoscopische verrichtingen, continetie chirurgie, functionele chirurgie van de bekkenbodem, bariatrische chirurgie, re-operatieve chirurgie, thoraco-abdominale aortachirurgie, endotechnieken van het arteriële stelsel, toegangschirurgie tot het vaatstelsel, grote oncologische chirurgie, waaronder leverchirurgie. Tevens is echter ook meer gangbare grote chirurgie tot ontwikkeling gebracht. Onze afdeling: de Gastro-intestinale en Oncologische chirurgie telt het grootste aantal chirurgen in het land: 14 waarvan twee chirurgen in voortgezette opleiding: de grootste in Nederland. Alleen in de slokdarm chirurgie en alveesklier chirurgie doen we minder verrichtingen dan 3 of 4 andere academische chirurgische afdelingen in Nederland.
3. Ondanks een zekere mate van anonimiteit en wisselende gezichten aan het bed en op de poli wil de lokale Limburger voor ernstige aandoeningen niet bij ons weg.
4. De Algemene Heelkunde Maastricht heeft zich in de afgelopen decennia beijverd klinisch redelijk diepgaand onderzoek te doen, dat een hoge output heeft en in vele beoordelingsrondes goed tot uitstekend beoordeeld wordt. De Algemene Heelkunde is dan ook prominent aanwezig in de aandachtsgebieden van deze universiteit en in het bijzonder in de onderzoeksinstituten CARIM en NUTRIM en heeft het grootste of het op één na grootste aantal proefschriften afgeleverd aan deze universiteit, mogelijk ook landelijk.
5. De Heelkunde participeert mede dankzij Heineman prominent in het probleem gestuurde onderwijs in Maastricht dat naam heeft in binnen- en buitenland.
6. De afdeling heeft aantrekkingskracht voor jonge getalenteerde chirurgen die graag in Maastricht willen blijven of komen werken. Daardoor is er een gezonde spreiding ontstaan van oudere en jongere chirurgen.
7. De Heelkunde Maastricht heeft als jongste telg van de academische heelkunde afdelingen in Nederland, gestart in 1975 zonder academische traditie, een onevenredig groot aantal hoogleraren voortge-

bracht: een achttal buiten de deur, en een tiental binnenshuis. De carrière lijn van een vijf tot achttal chirurgen en bij ons gepromoveerde niet-chirurgen, leidt bijna onvermijdelijk tot hoogleraarschappen op korte en iets langere termijn.

8. Op zeker een vijf- a zestal gebieden maakt de heekunde internationaal naam (ICU geneeskunde, voeding en metabolisme, incontinentie chirurgie, chirurgie van de aorta, toegangschirurgie, obesitas chirurgie, chirurgie voor complicaties).

Waarom gaat het ons goed?



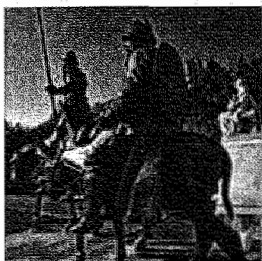
*Opera Don Quichotte
Acte II Aire 13 Entracte**

1. In meerderheid zijn wij hardnekkig blijven weigeren in extreme mate opgesplitst te worden in sterk afgebakende eenheden. Daardoor bleef de cohesie bewaard, werden (om maar wat te noemen) mid-delen, mankracht en taken gedeeld, en werd over en weer op onder-delen in elkaars gebieden geparticipeerd. Niet alleen voorkomt dit ongezond competitie gedrag tussen de eenheden, een grotere kritische massa maakt het ook makkelijker individuele kempnanen uit elkaars haren te halen. Die grotere kritische massa komt ook de kwali-teit van ons handelen en onderzoeken ten goede. Ik heb daar altijd voor geijverd maar wil toch ook in dit verband Peter Kitslaar noemen, ondanks of misschien juist dankzij zijn enfant terrible-achtige, maar vaak geestige opmerkingen. We beseffen dat, ondanks competitie, in een harmonieuze sfeer de persoonlijke ontplooiing beter tot zijn recht kan komen. Voor sommigen onder ons die weten hoe het er elders toegaat, is de sfeer binnen de vakgroep een verademing. Het is immers vaak navrant te zien in de ons omringende academische wereld, dat ambitieuze mensen door kleinzielig en egocentrisch com-petitie gedrag niet alleen de hoogte van hun eigen vlucht beperken maar ook het team-functioneren verstoren. Landelijk is er lof voor

deze instelling in het bijzonder ook voor de goede integratie van chirurgie van goedaardige en kwaadaardige aandoeningen, dit laatste onderdeel voorgetrokken door Maarten von Meyenfeldt, binnen ons vakgebied. Niet overal is het rozengeur en maneschijn. Er zijn kleinere maatschappen in den lande waar de chirurgen rollebollen door de gangen van het ziekenhuis. Het chirurgen vak leent zich echter ook voor grote verbondenheid. Ons vak is bij uitstek gekenmerkt door de grote risico's en de dwangpositie waar onze patiënten ons vaak aan blootstellen. Ons handelen loopt goed of kwaad af en oorzaak en gevolg zijn onloochenbaar. Soms lukken dingen in de chirurgie niet of weten we niet wat we moeten doen. Vooral in ons vak zijn wij daarom soms gedwongen hulp in te roepen, wat de verbondenheid en de sfeer bevordert. In het onderzoek, maar ook in meer beschouwende disciplines kan men gemakkelijker zijn ogen en die van anderen sluiten voor het feit dat er tekort geschoten wordt, en kan de noodzaak samen te werken om een beter resultaat te bereiken gemakkelijker verdrongen worden.

2. Er is bewust aan carrière perspectief gedaan. Bij ons gepromoveerde en getalenteerde chirurgen zijn na verblijf elders (soms als stage buitenland) teruggekomen en hebben de vakgroep versterkt. Tevens is het mogelijk gebleken talentrijke chirurgen van elders "weg te fleuren", zeer tot ergernis van de chirurgische afdelingen elders.
3. Bewust is het voortrekkerschap van onderdelen van het vakgebied overgedragen door ouderen aan jongeren, die zich hierdoor konden profileren, zich plezierig konden voelen, gestimuleerd werden, maar ook extra impulsen konden geven aan de kwaliteit van ons functioneren in die onderdelen.
4. Ik noemde u reeds het grote belang van belangstelling voor de meer fundamentele aspecten van de aandoeningen van onze patiënten. Het doel is het verwerven van nieuwe kennis, maar ook het beter weten van bestaande kennis, en het openen van het jonge brein van de chirurg in spe (en dat geldt ook voor de 3e of 4e jaars student) voor deze fundamentele aspecten. Alleen dan kan het vak op niveau gebracht en gehouden worden zowel in gezondheidszorg, onderzoek en onderwijs. Ook hierdoor worden wij meer dokter dan barbier.
5. Je moet ook geluk hebben. Hoe iemand uiteindelijk gaat functioneren en hoe consensusbereid hij of zij is op termijn, is niet altijd goed te voorspellen.

De weg naar kwaliteit



*Opera Don Quichotte
Acte I Aire 6
Quand apparaissent les étoiles**

Naast de reeds genoemde elementen zoals integratie van de afdeling is de stijl van leiding geven nog niet besproken. Er is een tijd geweest dat gesteld werd dat de "meester-gezel" relatie "uit" is. Daarvoor in de plaats dienen een aantal klinische problemen en vaardigheden benoemd te worden die vervolgens door de jonge assistent in opleiding bestudeerd en geoefend moeten worden aan de hand van voorkomende patiënten problemen. Op zich is dat niet verkeerd, zelfs goed te noemen, en kan de benadering dienen om gezien aantallen assistenten en variabele lacunaire werktijden, controle te krijgen op wat de individuele assistent wel en niet aan ervaring heeft opgedaan. Op vergelijkbare wijze moeten met de staf "targets" worden afgesproken, die na verloop van tijd geëvalueerd worden en bepalend zijn voor de waardering en beloning van die staf. Deze constatering moet echter niet geïnterpreteerd worden als zou de "meester-gezel" relatie niet meer functioneel zijn. Het vak heeft samen met een aantal andere vakken intensief te maken met essentiële orgaanfunctie stoornissen, met werken "against the odds", met leven en dood. Dat is niet demagogisch bedoeld, het is gewoon zo. Dat heeft echter tot gevolg dat er niet alleen technische kennis en vaardigheden vereist zijn, maar ook een bijzondere attitude met vele aspecten. Volharding, incasseringsvermogen (iedereen heeft patiënten, die ondanks of door zijn/haar toedoen ernstige, soms dodelijke, complicaties krijgen), eerlijkheid, collegialiteit, toewijding, een 's nachts je bed uitkomen mentaliteit als jouw patiënt of die van een ander in de problemen is. Objectief beoordelen van de eigen resultaten, feedback geven en ontvangen, in een niet beschuldigende, niet op de man spelende attitude, credit geven aan hen die het verdienen, lucky blunders niet uitleggen als begaan met voorbedachten rade. Sang froid aan de operatietafel, durf, gewogen risico aanvaarding zijn weer andere vereisten. Bereidheid anderen wat te leren, hulp durven inroepen als je er

niet meer uitkomt, overdracht van taken waar je zelf niet goed in bent of waar anderen aan toe zijn, blij zijn met succes van leden van de groep, liefde voor het vak, liefde voor de patiënt, horen hier ook toe. Mutatis mutandis gelden deze vereisten voor al onze drie primaire taken. De lijst is niet compleet, maar al deze facetten van attitude zijn niet in cursori-sche of logboek vorm te leren.

Hier biedt de meester-gezel situatie uitkomst. Studenten maar meer nog assistenten en jonge chirurgen hebben behoefte aan een rolmodel, en verwoorden dat bij herhaling. Zij willen zich kunnen identificeren met chirurgen die deze attitude uitstralen. Deze chirurgen zijn de meetlat waarmee ieder ander zich meet, en zij bepalen de hoogte van die meetlat. Zij zijn ook sfeer bepalend, en zorgen voor de eerder genoemde happy environment, waarbinnen een ieder optimaal effectief kan zijn. De onderlinge dagelijkse contacten (arts-arts, arts-patiënt, arts-verpleegkundige) zijn veelvuldig, en falende contacten hebben directe boosheid en emotie tot gevolg. Als we daar receptief voor zijn worden we dus ook direct gecorrigeerd als we iets verkeerd doen. Voor het onderwijs en het onderzoek is het niet anders, zij het dat je daar je ogen er wat makkelijker voor kunt sluiten, omdat de patiënt er niet direct aan dood gaat, en de rat of de muis niet klaagt. De kwaliteit van ons functioneren hangt dus heel erg af van de beschikbaarheid van mensen met wie men zich kan identificeren, van de (open, positieve, enthousiaste) sfeer die deze creëren, en ternaauwernood van scoringssystemen.

Daarnaast staat ook voorop dat een groep een hoog gehalte aan enthousiaste, talentrijke, ambitieuze en actieve mensen moet hebben. Die kun je als je geluk hebt in de loop van tientallen jaren zelf kweken of van elders aantrekken. Die eigenschappen maken het echter niet altijd gemakkelijk om harmonieus te functioneren omdat, daar ambities soms botsen, de eensgezindheid gemakkelijk verloren kan gaan. Om dat te voorkomen is het nodig dat de natuurlijke voorgangers hier duidelijk zicht op hebben en tot harmonie inspireren. De factoren die daartoe bepalend zijn, zijn reeds benoemd, maar houden ook in dat elk lid van de groep een eigen profiel en carrièrelijn moet hebben. Niet iedereen kan toponderzoeker zijn. Een uiterst cruciale vraag is: hoe hou je deze mensen vast? En hoe zorg je dat talentrijke ambitieuze mensen van buiten af bij ons willen komen werken, en in de academische wereld een lager inkomen voor lief nemen. Niet alleen het eigen profiel maar ook de sfeer is daar een absolute voorwaarde voor. Uiteindelijk moet het zo zijn, dat het individuele staflid het naar zijn zin heeft en trots is van deze club deel uit te maken.

Als dit zo lang goed gaat als in Maastricht ontstaat er ook vertrouwen in de toekomst. Voortdurend zal echter aan dit proces input gegeven moeten worden. De bal zal continu hoog gehouden moeten worden. Als je even niet oplet, valt hij onmiddellijk op de grond.

In dit krachten spel moet aansturing een natuurlijk dagelijks proces zijn, wat dagelijks contact en kennis van zaken vereist. Dat kan niet van buiten af gebeuren.

Ik schreef deze regels 2 jaar geleden naar aanleiding van principiële discussies binnen de Heelkunde. Recent kwam mij een uitgave onder ogen van Sofokles, het sociaal fonds voor de kennissector ("Onderzoek is altijd belangrijker!" verslag van de conferentie over bewegingen in de wetenschappelijke loopbaan gehouden op 15 November 2005 in Félix Meritis in Amsterdam). Als afsluiting van deze conferentie over onderzoek sprak collega Gispén, die op het einde van zijn carrière rector magnificus geworden is in Utrecht. Hij mocht afsluiten omdat Utrecht als beste wetenschapsuniversiteit werd uitgeroepen door de wetenschappers. Hij heeft bijna 500 publicaties in Pubmed, dat is twee keer zoveel als ik, en ik denk dat niemand van de hoogleraren alhier dat haalt.

Ik lees voor:

'Wat ik mis, is leiderschap. Mensen met een visie. Op de universiteit, maar ook in het bredere veld, b.v. bij het ministerie. Ook over het onderwerp waar het vandaag over gaat, over loopbanen in de academia, wordt zo veel ongenueanceerd gepraat. Er is niet één oplossing. En oplossingen worden al helemaal niet bedacht door mensen achter een bureau, die nooit met hun poten in de praktijk hebben gestaan.

Talent, daar draait het allemaal om. En dan bedoel ik niet alleen onderzoekstalent, hoewel je daar qua reputatie wel op wordt afgerekend als universiteit en als hoogleraar. Waar je echt op wordt afgerekend, is op mensen. Op je vermogen te coachen, het voeren van functioneringsgesprekken, op vernieuwen en onderwijs geven. Ik krijg er tranen van in de ogen als ik zie hoe hoogleraren voor hun toekomstige opvolging het beste jongetje of meisje van de klas kiezen. Er wordt veel ellende aangericht door mensen die geen groep bij elkaar kunnen houden en die dus niet erkennen dat het vormen van een team zo belangrijk is. Dat er waterdragers nodig zijn, dat je die ook een carrière moet bieden. Ik heb het gezien hoor, drie hoogleraren met slaande stront, alles om zeep omdat ze niet in een team konden werken. De wetenschappelijke top moet niet weggelegd zijn voor degene die het beste onderzoek doet, maar voor degenen die in de breedte het best worden beoordeeld' ...einde citaat.

Deze tekst vertoont grote overeenkomsten met de tekst die ik twee jaar geleden rondstuurde als discussie stuk aan de Heelkunde, maar ook met de tekst die ik aanhaalde in mijn oratie 18 jaar geleden. Wij, een klasje van 9 beta's, geboren in 1940 of 1941 lazen Plato samen met een klasje van 4 alfa's op het Apeldoorns Gymnasium, en de vertaling was zo een worsteling dat de betekenis van het gelezene je ontging. Pas later toen ik Plato's Politeia in vertaling las besepte ik hoe ongelofelijk de visie van de Atheense samenleving en haar leiders en filosofen was:

Als men dan Plato's Politeia echter openslaat, waarin hij zijn visie op de staat geeft, leest men daar over gerechtigheid. Wat is gerechtigheid? Macht van de sterkste of nut van de heersers? Neen, gerechtigheid bestaat in harmonie, in het toekennen van het zijne aan iedereen. Plato onderkent een driedeling van de ziel: als begeerte (*ἐπιθυμημα*) en energie (*θυμωσ*) onder leiding van de rede (*λογωσ*) hun gepaste uitgroei krijgen, dan ontstaat de harmonieuze en rechtvaardige mens en Plato ziet de stadstaat Athene ook als een groot Mens. Thucydides zei echter al in zijn grafrede over Pericles die van 461-429 vóór Christus Athene bestuurde: Athene is in theorie een democratie, maar in werkelijkheid werd de stad door een *voortreffelijk* man bestuurd: geen macht dus, maar wijsheid, en daardoor natuurlijk gezag.

Figuur 8. Deel tekst oratie bij aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de Algemene Heelkunde aan de Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht op 20 Januari 1989.

Er zijn natuurlijk mensen die dit ergerlijke en snobistische pseudo-intellectuele prietpraat vinden. Toch zeg ik dat ik onder de indruk ben van het feit dat 2400 jaar geleden dit soort inzicht bestond en ik krijg nog tranen in de ogen van ergernis en machteloze boosheid als ik me herinner hoe in ons ziekenhuis nog slechts een paar jaar geleden het handelen van de top van ons ziekenhuis eerder elementen bevatte van ordinare machts-politiek dan van een open intellectuele en visionaire discussie. Dat was sfeer bedervend en dreigde het intellectueel vermogen te verkwanselen, maar praktisch niemand verzette zich er tegen.

Aan welke mechanismen is het management onderhevig?



*Opera Don Quichotte
Acte II Aire 12 Regarde !..
Quoi? Quoi ?
(Lutte contre les geants)**

Mensen hebben driften en instincten, een aantal daarvan kennen we allen. Onze behoefte tot procreatie, dwz onze genen tot uitdrukking te brengen in een nageslacht, geldt niet alleen onze lieflijke kinderen maar bestaat bij mensen ook in meer abstracte gesublimeerde vorm. Voor de mensen op de werkvloer is dat eenvoudig. Als je anderen iets leert draag je een deel van jezelf aan hen over, en leef je in anderen in zekere mate gedurende kortere of langere tijd voort. Tevens zien zij direct wat het gevolg is van hun handelen voor de kwaliteit op de werkvloer en kunnen zij zich daarmee identificeren, omdat zij er gevoelsmatig en feitelijk aan bijgedragen hebben: tevreden patiënten, tevreden studenten, topverwijzing, goede behandelresultaten, proefschriften, goede staf. Niet in het veld staande managers en ik doel daarbij zowel op het niveau van de RvB, van het etagemanagement, en van de onderzoekstructuren hebben het probleem dat zij niet zien wat het directe gevolg is van hun handelen voor de kwaliteit op de werkvloer. Dat maakt dat zij geneigd zijn surrogaat eindpunten te creëren, waar zij hun eigen hand wel in herkennen. Daarmee wordt vaak extra werk verschaft, want niet zelden gaat het dan om papier, voor de productie waarvan zij toch weer afhankelijk zijn van de inhoudelijke kennis van de werkvloer. Dat papier kan dan weer rondgestuurd worden, en moet door iedereen gelezen worden ten bewijze van output. Artsen kunnen zich nog enigszins onttrekken aan dit proces, daar de directe patiënten zorg hen een alibi verschaft dat hen verschoont van het verzorgen van de garderobe van de keizer. De verpleging zit echter in een nauwer keurslijf en is vaak gedwongen te participeren in de rituele dansen waartoe het management hen verplicht. Op het einde van mijn 18-jarig voorzitterschap van BZE 1 ben ik een actie gestart met als doel de hoofden weer in het wit te krijgen en aan het bed van de patiënt. Het idee was dat als je in de rij van domino

stenen er 1 overeind liet staan, de kettingreactie tot stilstand zou komen en de zuigkracht omhoog het management in, weg van de werkvloer, zou stoppen. Het verpleegkundig hoofd van een afdeling is de hals van de zandloper en bevindt zich in feite in een onmogelijke positie. Het grootste deel van de activiteiten van het etage management richt zich op dit hoofd, daar deze het kleine venster is waardoor het management zicht heeft op de werkvloer. De hoofden, maar vaak ook de unitleiders en vervolgens zelfs de gewone medewerkers moeten zich bezig houden met budgetten, moeten cijfers genereren voor de afdelingsrapporten, begrotingen, plannen maken, kwaliteitsprojecten schrijven, Arbo werkzaamheden verrichten, cursussen volgen, audits verzorgen etc etc. Er is hierdoor nog erger dan 8 jaar geleden een extreme onevenwichtigheid tussen de energie die gestopt wordt in het creëren van een papieren structuur en de energie die dan nog overblijft om de inhoud lijfelijk op de werkvloer aan de man of vrouw te brengen. Kwaliteit en een positieve sfeer, ik herhaal het, kan alleen worden bereikt als er een goede inhoudelijke leiding structuur is aan het bed of daar waar het primaire proces plaats vindt.

Ook de RvB heeft de behoefte zich te verwezenlijken, zij hoort die zelfs te hebben. Een veel gekozen manier is het creëren van nieuwe organisatie structuren, en vele zich zelf respecterende directeuren doen dat. Wij hebben dat in de onderzoeksstructuur gezien en in de ziekenhuis organisatie. Vaak gaat het dan om virtuele structuren, dwz structuren die een paperclip karakter hebben, het op niet substantiële gronden groeperen van, van oudsher niet met elkaar verbonden structuren. Zo een door een kreet (zoals bv Chronische Ziekten) verbonden structuur loopt vaak dwars door vakgroepen heen, en dreigt deze vakgroepen te segmenteren. Dit creëert daardoor een hoop onrust, daar het zich heel erg leent voor politiek. Als het verband niet logisch voortvloeit uit de patiënten groepering of de ziekte is elke andere positionering gekunsteld. De onrust wordt veroorzaakt daar het gezonde dynamische evenwicht verstoord wordt en angst ontstaat dat toevallige RVE voorzitters over het lot van individuele chirurgen, internisten of afdelingen enz. gaan beslissen, zonder dat de onderliggende overweging er een is van ontwikkeling van een vakgebied of de zorg voor een specifieke patiënten populatie. Tegenstanders zullen zeggen: waarom moet de Heelkunde Heelkunde blijven. Het antwoord is: omdat de patiënten populatie gemeenschappelijke eigenschappen heeft, en een chirurgische benadering vereist die ook gemeenschappelijke kenmerken heeft. Chirurgen hebben daarom affiniteit met elkaar en stimuleren elkaar met betrekking tot kwaliteit en

attitude. Bovendien is kritische massa vereist om tot kwaliteit te komen. Opsplitsing vermindert die kritische massa, wat zichtbaar is in sommige te kleine disciplines. Handhaving van de Algemene Heelkunde als organisatorisch eenheid hoeft overigens een multidisciplinaire behandeling van bepaalde patiënten categorieën en in het onderzoek, niet in de weg te staan, dat hebben wij (alle geledingen binnen de Algemene Heelkunde) met de multidisciplinaire polikliniek voor chronische darm ziekten, bekken bodem problematiek, endoscopie afdeling, radiologie, oncologische patiënten, überhaupt onze samenwerking met de Maag-, Darm-, Lever- artsen, de Oncologische internisten, de diëtisten en het voedingsteam genoegzaam bewezen. Het zelfde geldt voor de andere geledingen binnen onze vakgroep. Handhaving van de AH als organisatorische eenheid geeft rust, beschut ons tegen de organisatorische stormen die elke nieuwe ziekenhuisdirecteur oproept in een behoefte tot procreatie, en maakt het ook niet zo nodig eindeloos aan te schuiven aan de vergadertafel, om onze belangen te verdedigen in een eindeloos politiek debat. Heeft de RvB al eens berekend wat de kosteneffectiviteit is van al die vergaderingen, als het gaat om verbetering van output in de drie primaire taken? Disciplines moeten zich wijden aan deze drie primaire taken, en moeten met de RvB en de faculteit alleen communiceren over brede inhoudelijke zaken. Op dat niveau moet door de top van het bedrijf en daarmee bedoel ik RvB, vakgroepvoorzitters of/ en voormannen van belangrijke segmenten uit onze drie primaire taken, wekelijks over inhoudelijke zaken een uur vergaderd worden. Het etagemanagement moet geen management meer genoemd worden maar moet een ondersteunende dienst worden die alleen het soepel verlopen van het primaire proces faciliteert, en niet de bureaucratische en remmende invloed hebben die het nu vaak heeft. Dan krijgt het de handen op elkaar.

De waarde van de structuren in faculteit en ziekenhuis



Opera Don Quichotte
Acte I Aire 13
*Elle m'aime et va me revenir**



Don Quichote en Sancho Pancha

Daumier



Tegen de hierboven beschreven achtergrond kunnen kort de bestaande structuren in de instelling geschetst worden. CARIM is een voorloper geweest en een voorbeeld van hoe een instituut en een onderzoeksschool groot kan worden. Het is echter onvermijdelijk dat wat groot is nog groter wil worden en dat heeft er toe geleid dat meer dan de helft van de facultaire onderzoeksformatie gepositioneerd is binnen CARIM. In een toch al kleine faculteit maakt dat het tot volle wasdom komen van nog 3-4 instituten c.q. onderzoekscholen praktisch onmogelijk en dit heeft weer als nadeel dat een dynamisch evenwicht tussen de instituten zich niet kan instellen en de situatie tot in lengte van jaren gehandhaafd blijft. In mijn optiek hoort een medische faculteit een aantal fundamenteën van kennis te hebben waarop onze drie primaire taken steunen. Hart en vaten, inflammatie en immunologie, oncologie, neurowetenschappen/psychiatrie horen allen een minimale kritische massa te hebben om het overzicht over de pathofysiologie van onze patiënten, de diepte kennis in dienst van ons onderwijs en ons onderzoek te waarborgen. De kwaliteit van een faculteit dient geschoord te worden door 5 of 6 steunpunten die ongeveer even sterk moeten zijn. Het nadeel van CARIM is ook nog dat het zich excentrisch beweegt en dat bv inflammatie pas recent en schoorvoetend en oncologie in het geheel niet aan bod komen. Dat CARIM succesvol is heeft echter niet alleen te maken met de omvang maar ook met het feit dat het het minst virtuele instituut is binnen de instelling. De CARIM populatie lijdt eigenlijk maar aan één ziekte, die zich manifesteert in het gebied van de thorax chirurg, de vaat chirurg, de cardioloog, de patholoog, de internist, de radioloog en de basis vakken. Hierdoor is het contact en de affiniteit tussen de in CARIM vereende disciplines veel vanzelfsprekender dan bv in NUTRIM, dat ook nog als nadeel heeft dat omdat het een bi-facultair instituut is er tussen de twee faculteiten grote verschillen bestaan in bemensing en bv AIO toewijzing. In het Instituut moest het aanvankelijk over voeding en louter voeding gaan, maar dan zijn wij in de kliniek gauw uitgepraat. Daar is nu juist zo interessant dat ziekte zoveel verandert in het metabolisme dat er totaal anders naar voeding gekeken moet worden. Cytokines kwamen er aanvankelijk alleen in omdat het eerste cytokine dat in de belangstelling kwam (TNF) aanvankelijk cachectin heette, het cytokine mede verantwoordelijk voor cachexie, of wel uitmergeling. Nu is er binnen het voedingsonderzoek praktisch geen gebied meer dat het kan stellen zonder de rol van cytokines te definiëren. Ik denk b.v. aan vet, niet alleen met betrekking tot overgewicht maar ook tot de vetstapeling die optreedt bij ontstekingsziekten zoals de ziekte van Crohn. Binnen onze groep heeft het inmiddels geleid tot inzichten in hoe de hersenen en vetrijke voeding

de weerstand van de darm bepalen om maar een voorbeeld te noemen en in rol van vetweefsel in verschillende condities (9). Ons aminozuur onderzoek werd aanvankelijk ook argwanend bekeken, wat heeft levercoma nu met voeding te maken? Het heeft echter inzichten in de kwaliteit van voedingseiwit verschaft, die wereld wijd impact hebben. Het onderzoek van Cor Baeten dat in de hele wereld bekend is, werd ook door sommigen argwanend bekeken, wat hebben continentie en functionele stoornissen van de darm nu met voeding te maken. Het is inderdaad een nadeel dat klinische voeding als onderzoeksgebied een totaal ander karakter heeft dan voedingsepidemiologie en de effecten van bepaalde voedingsmiddelen op de lange termijn op ziekte en veroudering. Daardoor is de cohesie tussen kliniek en niet-kliniek binnen NUTRIM maar ook in VLAG veel minder van zelf sprekend, veel meer virtueel en leent deze structuur zich veel beter voor politiek. Daardoor zijn de interne verbanden veel losser, en is er over en weer veel minder affiniteit. Alleen een management met visie, dat warmte uitstraalt en zich faciliterend opstelt kan dit in positieve richting ombuigen. Tevens dient dat management zich te realiseren dat het doel van onderzoek doen niet alleen kennis en publicaties is, maar ook het kweken van artsen die belangstelling hebben voor en kennis van de pathofysiologie van hun patiënten en daarom betere dokters zijn en de discipline kunnen opstoten.

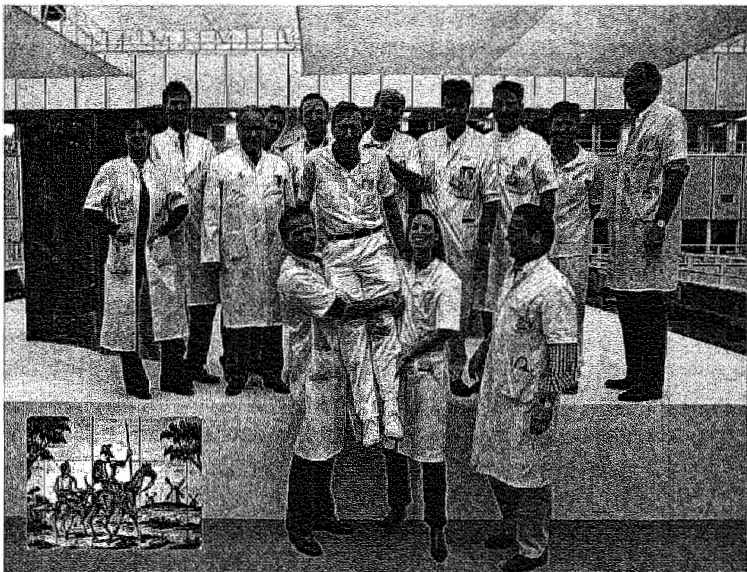
Wat is de toekomst van de RVE's? In de GE/Onco chirurgie, tot en met de dag van vandaag bestaande uit veertien chirurgen en vanaf morgen uit dertien, ziet praktisch iedereen patiënten met kwaadaardige en praktisch iedereen patiënten met goedaardige maag darm aandoeningen. Als we alle patiënten met kwaadaardige aandoeningen zouden willen zien in een Centrum voor Oncologie en alle patiënten met goedaardige aandoeningen ergens anders, zou dat een volstrekt kunstmatige scheiding te weeg brengen binnen de GE/Onco groep en zelfs gespletenheid binnen de individuele chirurg. Het centreren van kanker patiënten moet daarom niet verder gaan dan nodig is, daar anders een virtuele structuur ontstaat die, opnieuw, leidt tot politiek en onrust.

Het tot stand brengen van een universitair centrum acht ik van potentieel belang daar het een betere integratie zou kunnen bewerkstelligen tussen kliniek en basis vakken en doordat het de infrastructuur vereenvoudigt, beschamende duplicering van diensten waaronder ICT voorkomt, maar ook in de leiding gevende organen minder WP en NWP formatie achter het bureau nodig heeft. Hierbij horen nieuwe structuren alleen gevormd te worden als deze logisch zijn op basis van inhoudelijkheid en daardoor tot vanzelfsprekende affiniteit kunnen leiden.

Ten laatste wil ik het hebben over de verpleging. Buiten Care en OK speelt mijn betrokkenheid bij klinische patiënten zich vooral af op A4Li en B4Re. Dit zijn naast de Care de meest complexe verpleegafdelingen van het ziekenhuis. Hun toekomst baart mij ernstig zorgen, en wel omdat de technologische vaardigheden van de verpleging op de ICU en van de operatie assistenten en anesthesie assistenten zoveel hoger gewaardeerd worden dan de contactuele vaardigheden die nodig zijn op de "normale verpleegafdelingen". Door de jaren heeft er op A4 en B4 een concentratie plaats gevonden van zwaar zieke patiënten die grote spannende operaties ondergaan met een obligaat complicatie risico, met maligniteiten van onbekende uitbreidbaarheid, met slecht nieuws gesprekken, met overlijden, met angsten, stress en depressies. Ook voor hun behandeling is veel technologische verpleegkundige vaardigheid nodig. Vaak is het enige verschil met de intensive care patiënten dat er geen beademing meer plaats vindt, maar daar komt wel voor in de plaats dat er nu contact mogelijk is wat vele malen complexer is dan het instellen van een beademingsmachine. Hier leren aankomende verpleegkundigen het vak, en ik heb vaak met ze te doen, jonge kinderen die dit allemaal over zich heen krijgen, en ternauwernood weten hoe hier mee om te gaan. Veel begrip, professionaliteit, inleving, tolerantie, wijsheid en volwassenheid is nodig om dit goed te doen. En toch..., en toch vraagt de RvB zich af of we hier niet uitkomen met HBO functie niveau 4 in plaats van 5. Het gaat toch immers om eenvoudig stront ruimen en daar hoef je niet voor geleerd te hebben (De huidige directeur heeft dit ongetwijfeld niet gezegd). Als je je opleiding gehad hebt vlucht je dus gauw naar boven naar de Cares en de Ok, die ik ook reeds 30 jaar van binnen uit ken, en waar betere carrière mogelijkheden bestaan: je komt meteen 1, 2 schalen hoger, maar de nadruk ligt op technologie en veel minder op inlevingsvermogen en empathie. RvB, ik heb zeven en dertig jaar op OK's gewerkt, vier en dertig op IC's en ook zeven en dertig op verpleegafdelingen, ik heb affiniteit met alle drie deze afdelingen en zeg dit dus zonder enige bias.

Een andere invloed die ongunstig werkt is het instellen van nurse practitioners. Zij zijn de room die van de afdelingen wordt afgescheept. Biedt ook binnen de afdelingen zoals A4 en B4 carrière mogelijkheden: Nurse practitioners die juist het moeilijke vak van het verplegen van ernstig zieke patiënten die bij bewustzijn zijn, empathie, begrip en affiniteit nodig hebben. RvB, dat eist even veel van de vaardigheden van een verpleegkundige als op de OK of IC.

Zes of zeven jaar geleden ontstond er een diepgaand verschil van mening met de toenmalige directeur, en heb ik mij vervolgens geconcentreerd op het primaire proces in al zijn 3 facetten. Figuur 9 toont de groep waarmee en waarbinnen ik dat gedaan heb. De groep is over de hele linie, ieder op zijn eigen wijze, meer dan gemiddeld getalenteerd. Ik heb Hans Jeekel en Huug Obertop zien opereren, ik heb Dirk Gouma het vak geleerd en kan, met deze chirurgen als referentie kader, vaststellen dat het merendeel van de mensen op deze foto niet alleen in technisch opzicht hun evenknie is, maar ook onder moeilijke omstandigheden de rust en het overzicht behoudt wat voor een topchirurg een absolute vereiste is.



Figuur 9. GE/Onco chirurgen 2006

Deze groep heeft mij een zachte landing bezorgd, en ik ben haar er dankbaar voor. Het is een voorrecht geweest met hen zo intensief te mogen werken. Het is een ramp dat dit nu moet ophouden. De laatste jaren heeft de groep er ook van getuigd zich bewust te zijn van de dynamiek waaraan het groepsproces onderhevig is en daar volwassen mee om te kunnen gaan. Er zijn veel plannen, nog beter worden, een lever-darm programma opzetten, transplantaties doen, Euregionaal of anderszins, een Intestinal Failure Unit, de chirurgie van het rear-end,

reddingschirurgie in de oncologische maar ook in de benigne hoek, ontwikkelingen in de oncologische chirurgie, maar ook in de chirurgie voor extreme vetzucht.

Met mijn meer dan 30 promovendi heb ik zeer intensief contact (gehad). Van zeker 2/3 van hun proefschriften heb ik met uitzondering van de laudatie elke letter gelezen of gecorrigeerd, gebrainstormd over elk getal, en over de betekenis van de bevindingen in het geheel van het menselijk organisme en de ziektes daarvan. Ik ga daar nog een tijdje mee door, maar wil stellen dat dit soort intellectuele interactie een van de immateriële geneugten is die de academie biedt. Ik ben trots als een pauw dat inmiddels vijf van hen hoogleraar zijn, een tweetal is onderweg en ik weet zeker dat er nog een aantal zullen volgen.

De staf: het is duidelijk, zorg voor een harmonisch evenwicht, wees je bewust van waar je stabiliteit vandaan haalt en laat je niet uit elkaar spelen door virtuele structuren. Bovenal, sekwestreer niet met als doel een eigen piramidetje te vormen. Je mist dan kritische massa, en gaat kwalitatief ten onder, maar je kunt ook gemakkelijker gemanipuleerd worden. Het is een privilege geweest 30 jaar bijgedragen te mogen hebben aan het dynamische evenwicht binnen de Heelkunde in een daaruit voortvloeiende stabiele en productieve atmosfeer.

De assistenten: De jongsten onder jullie zie ik vooral op de afdelingen, waar jullie er achter komen dat chirurgie niet alleen inhoudt dat je moet weten welke kant van het mes scherp is, maar dat je ook moet weten hoe het zit met vochtbalansen, hartfalen of ondervulling, anabole of katabole tekenen, enzovoort. Met de ouderen onder jullie heb ik veel geopereerd. Daar ik de laatste tien jaar eigenlijk geen routine operaties meer deed, konden jullie vaak de volledige operatie niet doen, maar bij elke operatie, hoe lastig ook, een kleiner en vaak groter deel. Het is een prachtig vak, maar grote chirurgie vereist hard werken, en continuïteit elke dag van de week.

De eindafrekening is positief, ik heb het ondanks teleurstellingen in uw instelling naar mijn zin gehad. Ik weet dat ik niet alles besproken heb.



Figuur 10. Staf en assistenten Algemene Heelkunde 2006

Jongstleden woensdag maar ook de afgelopen maanden op de polikliniek heb ik afscheid genomen van mijn patiënten, velen van hen kende ik tientallen jaren. Ik had en heb het er moeilijk mee. Even moeilijk heb ik het met het afscheid van de mensen die u hier ziet (figuur 10). Daarnaast wil ik speciaal noemen de verpleging, de poli mensen, mensen op de OK, het DC, de diëtisten, het voedingsteam, de MDL artsen. Velen noem ik niet: mensen in het hele ziekenhuis, met wie ik door de jaren heen gewerkt heb. Ik ben misschien een vakidoot, maar deze mensen zijn in de loop van 30 jaar mijn andere familie geworden. Met velen heb ik een zeer hartelijk soms dagelijks contact. Er ontstond meer dan professionele waardering, er ontstond herkenning en affiniteit door samen te gaan voor onze primaire taken. Het is al erg dat ik met mijn vak moet stoppen maar dit is nog erger. Ik moet afscheid nemen van deze familie waar ik het zo goed mee heb gehad..



*Don Quichotte**

Acte I Aire 12

*La mort de Don Quichote**

*Een nachtegaal bij het ochtendgloren**

La mort n'est pas l'obscurité, c'est la lampe qui s'éteint quand le jour se lève

Tijdens het uitspreken van mijn afscheidsrede liet ik deze grafspreuk van Tagore zien, opgenomen in de overlijdensadvertentie van mijn moeder. Zij werd kerkelijk voor mijn vader, wiens grootvader in 1887 emigreerde vanuit Zuid-Frankrijk om predikant te worden in de Wale kerk in Amsterdam en waar latere generaties bleven kerken. Vaak heb ik het gevoel gehad dat zij een intensere religieuze beleving had dan mijn vader. Ook zonder specifiek godsgeloof houdt de spreuk waarheid in. Het afscheid van mijn patiënten en mijn ziekenhuisfamilie doet mij pijn, maar mijn lijfelijke familie en Leonce, met wie ik 5 jaar geleden trouwde zijn mijn toekomst.

Ik heb gezegd

1. Takala J, Ruokonen E, Webster NR, et al. Increased mortality associated with growth hormone treatment in critically ill adults. *N Engl J Med* 1999;341(11):785-92.
2. Jarrar D, Wolf SE, Jeschke MC, et al. Growth hormone attenuates the acute-phase response to thermal injury. *Arch Surg* 1997;132(11):1171-5; discussion 5-6.
3. van Berlo CL, van de Bogaard AE, van der Heijden MA, et al. Is increased ammonia liberation after bleeding in the digestive tract the consequence of complete absence of isoleucine in hemoglobin? A study in pigs. *Hepatology* 1989;10(3):315-23.
4. Deutz NE, Reijnen PL, Bost MC, van Berlo CL, Soeters PB. Modification of the effects of blood on amino acid metabolism by intravenous isoleucine. *Gastroenterology* 1991;101(6):1613-20.
5. van der Hulst RR, von Meyenfeldt MF, Deutz NE, Soeters PB. Glutamine extraction by the gut is reduced in depleted patients with gastrointestinal cancer. *Ann Surg* 1997;225(1):112-21.
6. Soeters PB, Dejong CH, Deutz NE. The protein sparing function of the gut and the quality of food protein. *Clin Nutr* 2001;20(2):97-9.
7. Peter B. Soeters CHCD, Cornelis C. Dejong, Steven W. M. Olde Damink, and Wim G. van Gemert. *Mastery of Surgery Chapter 2. Operative Risk, Nutritional Assessment, and Intravenous Support*. Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins; 2006.
8. Rinsema W, Gouma DJ, von Meyenfeldt MF, van der Linden CJ, Soeters PB. Primary conservative management of external small-bowel fistulas. Changing composition of fistula series? *Acta Chir Scand* 1990;156(6-7):457-62.
9. Luyer MD, Greve JW, Hadfoune M, Jacobs JA, Dejong CH, Buurman WA. Nutritional stimulation of cholecystokinin receptors inhibits inflammation via the vagus nerve. *J Exp Med* 2005;202(8):1023-9.

