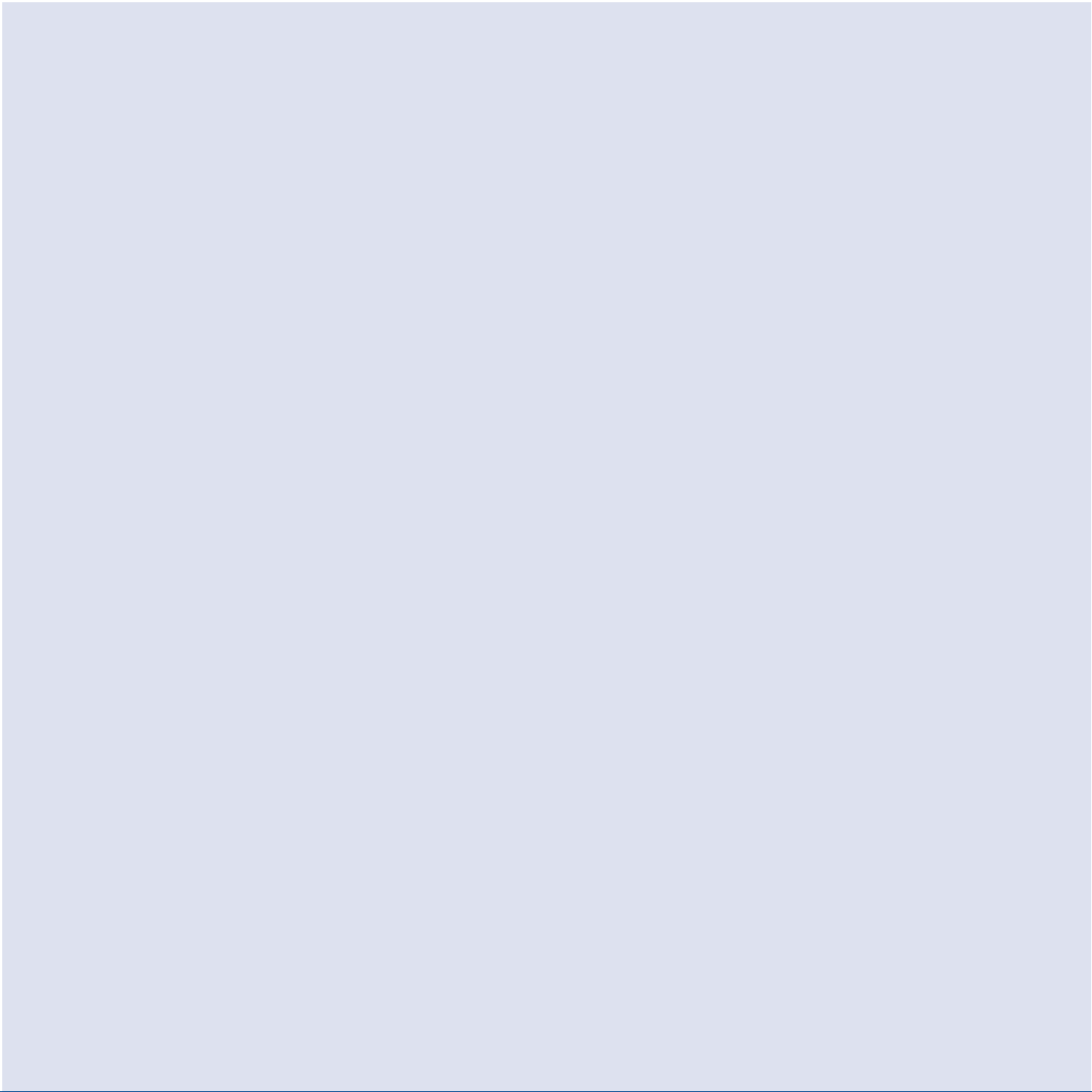


Prof.dr. D.W. Hommes

Denken buiten de buik



Universiteit Leiden



Denken buiten de buik

oratie uitgesproken door

prof.dr. D.W. Hommes

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar op het gebied van
de Maag-, Darm- en Leverziekten
aan de Universiteit Leiden
op vrijdag 23 november 2007



Universiteit Leiden

Mijnheer de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Het is zo'n 304 jaar geleden, en wel op 24 september 1703, dat de 35-jarige Herman Boerhaave tijdens zijn oratie in Leiden een krachtig pleidooi hield voor integratie van fundamentele wetenschappen in de geneeskunde. Boerhaave's reputatie als belangrijkste geneesheer van de 18e eeuw had hij, naast zijn gezonde hoeveelheid intellect, te danken aan twee belangrijke eigenschappen: Boerhaave had het overzicht; hij bleek uniek te zijn in het actief alle tot dan toe bekende informatie over geneeskunde te verzamelen en te structureren en met elkaar in verband te brengen. Als tweede belangrijke eigenschap had hij een bijzondere geestdrift. Deze geestdrift heeft tot op de dag van vandaag gezorgd voor een blijvende bron van inspiratie voor velen. Nadat hij met veel bezieling de Medische Faculteit in Leiden had gereorganiseerd kwamen studenten van alle hoeken van Europa naar Leiden om zijn lezingen te beluisteren. Zijn manier van lesgeven, in het bijzonder zijn klinische lessen, heeft grote invloed gehad op het geneeskundig onderwijs in andere delen van Europa en op het nu welbekende "bed-side teaching".

Wat speelde er zich precies af die maandag 24 september 1703? Boerhaave brak tijdens deze oratie een lans om kennis verkregen uit de wiskunde aan te wenden om inzichten binnen de geneeskunde bij te stellen. In zijn oratie getiteld "Het Nut der Mechanistische Methode in de Geneeskunde", rekent hij in de eerste minuten al af met het zittend geneeskundig gremium dat geen waardering kon opbrengen voor de Mechanica. Ik citeer: (<http://www.gutenberg.org/etext/15690>)

A "Zij, die de krachten der lichamen naar hun massa, vorm en snelheid, hetzij na een korter langer onderzoek vastgesteld of door directe waarneming gevonden, mathematisch

berekenen, worden Mechanisten genoemd. Dezen hebben zich door de praktische resultaten hunner wetenschap, welke op schitterende wijze de waarheid hunner stellingen aantoonde, zoozeer de achting der weldenkenden verworven, dat men niet licht eene andere wetenschap zal vinden, die zich ten allen tijde in gelijke mate in ieders toejuiching mocht verheugen."

B "De geneeskundigen alleen versmadden haar (red. de Mechanica) of zijn gemeenlijk, opzettelijk verzuimend haar nader te bestudeeren, van oordeel, dat zij niets goeds vermag tot stand te brengen. Deze meening is nu echter mijns inziens zóó geheel en al bezijden de waarheid en tevens zóó verderfelijk voor de geneeskunde, dat ik gemeend heb, geen beter onderwerp te kunnen uitkiezen, om in dit uur voor U te behandelen. En ik geloof, dat ik zoowel aan uwe verwachting als aan mijnen wensch voldaan zal hebben, als ik in eenvoudige taal duidelijk zal hebben aangetoond, -dat de Mechanica voor de Geneeskunde van buitengewoon belang en ten eenenmale onontbeerlijk is-."

Hij voegt nog toe: "Door de uitgebreidheid van het onderwerp word ik wel genoodzaakt, elke rhetorische verfraaiing der rede ter zijde te laten." Om vervolgens in zijn "uur" een betoog te houden van 28 A4'tjes, overigens wel zeer lezenswaardig. Hij brengt de grondbeginselen uit de mechanica over op allerlei inzichten in de verschillende bouwstenen van het menselijk lichaam zoals het oog, het oor, de bloedvaten en wat al niet meer. Hij vertaalt, hij transleert kennis over basale wetenschap in dan heersende geneeskundige inzichten, en bouwt deze vervolgens weer op tot inzichtelijke structuren. Het lichaam als bouwpakket.

Ik zeg u, als dit niet met een geestdrift, een bezieling, een passie voor kennis en kunde was geschied, dan was Boerhaave niet de grootste geneesheer van de 18e eeuw geworden. Ik heb hier

bewondering voor, en herken mij hier enigszins in. Het proces van alledag ontleden om vervolgens weer effectiever op te bouwen en een sprong voorwaarts te maken. Ik mag hopen dat ik met eenzelfde vorm van geestdrift met deze leerstoel slechts in de buurt kan komen van zo'n voorbeeldig gigant als Herman Boerhaave.

In deze rede, waarin ik met veel trots de leerstoel in de Maag-, Darm- en Leverziekten mag aanvaarden, is het mij een eer om u enkele van mijn inzichten te presenteren in hoe ik invulling aan deze leerstoel wil geven. Binnen deze leeropdracht hoop ik mij met voldoende geestdrift te kunnen richten op de kerntaken die gepast zijn bij een leerstoel in de Maag-, Darm- en Leverziekten aan de Universiteit van Leiden: de patiëntenzorg, het wetenschappelijk onderzoek en het onderwijs, zij het opleiding bij- of nascholing. Het is met deze geestdrift dat ik mijn omgeving hoop te inspireren. In navolging van Boerhaave acht ik het essentieel om onze kerntaken gestructureerd en waar mogelijk geïntegreerd uit te voeren. Velen zien dat slechts volleerden dit soort leerstoelen mogen bekleden. Ik mag u dan graag van het hart doen dat ik mijzelf verre van volleerd voel, en mij door mijn nieuwe taken als hoogleraar nog als leerling beschouw, die met rode oortjes dit nieuwe traject mag betreden.

Afdelingsmissie

Hoe bouw je als kersvers afdelingshoofd aan een afdeling? Hoe vernieuw je? En het lastigst van alles, hoe krijg je de mensen met wie je dag in dag uit werkt, enthousiast over de ideeën in je hoofd en over de koers die je wilt varen? Als startpunt van deze verkenning wil ik daarom u graag de missie citeren die wij vorig jaar binnen de afdeling Maag Darm en Leverziekten van het LUMC hebben verwoord:

“De afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten van het LUMC streeft ernaar een effectieve en innovatieve organisatie te zijn die topreferente MDL zorg verleent (zowel endoscopisch, poliklinisch en klinisch), een gedegen MDL opleiding biedt, en basaal en translationeel onderzoek verricht op het gebied van inflammatoir darmlijden, colorectaal carcinoom en leverziekten op hoog internationaal niveau. De organisatie zal transparant en efficiënt zijn, waarin vertrouwen, collegialiteit en een aangename werkomgeving centraal staan. Het talent en de ambities van haar medewerkers zullen in lijn worden gebracht met deze afdelingsmissie en die van het LUMC.” De invulling van mijn leerstoel wordt in belangrijke mate bepaald door het tot uitvoer brengen van deze missie waarin enigszins strategische keuzes vastgelegd zijn. Ik zal ze stap voor stap met u doorlopen.

Effectieve en innovatieve zorgorganisatie

In de eerste zin leest u de woorden effectieve en innovatieve zorgorganisatie. Wat wordt hiermee bedoeld? Met effectiviteit wordt bedoeld welk focusgebied binnen het brede terrein van de gastro-enterologie wordt gekozen. Er is gekozen voor chronische inflammatoire darmziekten, dikke darmkanker en de leverziekten. Ik zal verderop toelichten waarom wij juist binnen deze domeinen vermoeden dat onze slagkracht in termen van zorg, onderwijs, opleiding en wetenschappelijke output het grootst is. Wat verder in deze eerste zin van onze missie is verwoord is het feit dat we een innovatieve zorgorganisatie binnen het LUMC willen zijn. Dit duidt op een proces, waarin met innovatie wordt bedoeld vernieuwend, meer efficiënt en ook aantrekkelijker voor alle belanghebbenden. Een eerste exercitie is dus een verkenning van het zorgproces, en manieren van zorginnovatie. Dit is best lastig want het zorgproces is tegenwoordig zo complex. Het is

complex vanwege de vele belanghebbenden, de vele niveaus van bestuur en regelgeving, de vaak ondoorzichtige manier van financiering, het gebrek aan authentieke visie van de overheid en zorgverzekeraar en het ingeboren risicomijdend gedrag van haar beoefenaren met uitzondering dan van een aantal op euro's beluste zorgcowboys.

Ik was hierover eens een boom aan het opzetten met een goede vriend van ons en een echte captain of industry, Erik Vonk, hier aanwezig in de zaal. Hij merkte terloops op dat als ik in staat was om het complexe zorgproces eens te visualiseren, dat ik nog maar eens met hem moest komen praten. Welnu, dit kwam op een goed moment want samen met de 7 andere IBD dokters en inmiddels goede vrienden, Janneke vd Woude, Gerard Dijkstra, Ad van Bodegraven, Bas Oldenburg, Dirk de Jong, en Pieter Stokkers, IBD hoofden van alle verschillende NL Universitaire Medische Centra en Jet van Dijk voor de juridische kant was ik al sinds 2004 bezig de onderzoekskant wat efficiënter te stroomlijnen en een groot Biobank project voor te bereiden, hetgeen is uitgemond in het Parelsnoer project. Ik realiseerde me meer dan ooit tevoren dat het juist het proces van de zorg is dat radicaal veranderd moest worden. We hebben al zoveel kennis in huis, maar passen het zo gebrekkig toe. We hebben zoveel ingrediënten in onze keukens, maar bereiden meestal niet de culinaire hoogstandjes zoals genezing van ziekte. Het is niet voordat we het huidige proces herinrichten, dat we in staat zullen zijn efficiëntere en effectievere zorg af te leveren. En we zijn dit ook aan onze academische stand verplicht.

We zijn in het LUMC vervolgens het gehele zorgproces in segmenten gaan opdelen van geclusterde processen. We hebben deze weergegeven als balken, en van kleuren voorzien. Daarna zijn we de onderlinge relaties- en de gemeenschappelijke

schakelpunten gaan bepalen. Deze hebben we als bollen weergegeven. Geïnspireerd door de typische metrokaarten van de London Underground hebben we vervolgens het hele proces in kleuren gevisualiseerd als metrokaart met vele schakelpunten. Samenvattend integreert dit proces onze academische zorg met het wetenschappelijk onderzoek. Daarom de naam IZO: Integratie van Zorg en Onderzoek. Het is een knipoog naar ISO wat staat voor International Standards Organisation, vooral ook omdat IZO zich bezighoudt met het standaardiseren van processen. Ik zal nu wat dieper op het IZO proces ingaan.

De bouwstenen van het academische zorgproces IZO

Het is belangrijk te realiseren dat het voorgestelde zorgproces specifiek bedoeld is voor een academische setting. Echter, de verschillende onderdelen of bouwstenen lenen zich ook uitstekend voor een niet-academische setting zoals een ziekenhuis, een zelfstandig behandelcentrum of kleinere vormen van zorginstellingen. Het modulaire IZO proces is net als LEGO, naast de basisonderdelen is het naar keuze modulair op te bouwen. Iedereen is dus in staat zijn eigen proces naar keuze in te richten, elke afdeling vertaalt het IZO proces naar haar gekozen strategische doelstellingen. Ik bespreek de belangrijkste keuzes voor de bouwstenen van het IZO proces voor een universitair medisch centrum:

De *eerste set bouwstenen* die we gebruiken zijn de bouwstenen afkomstig uit het wetenschappelijk onderzoek. Het IZO proces heeft continu een research oriëntatie. Het wetenschappelijk onderzoek is goed in te delen in basaal wetenschappelijk onderzoek en translationeel wetenschappelijk onderzoek. Het basaal wetenschappelijk onderzoek is onderzoek waarvan de resultaten niet in direct verband staan met patiëntenzorg. Dit

zijn fundamentele domeinen zoals celbiologie, immunologie, biochemie, fysica, moleculaire genetica etc. Dit is als het ware de werkplaats van elke academische afdeling, ontwikkelingslaboratoria die werkingsmechanismen uitpluizen middels proefdier experimenten, cellulaire en moleculaire studies, ontwikkeling van imaging tools en wat al niet meer. Dit vormt het essentiële doorgeefluik naar de tweede vorm van wetenschappelijk onderzoek nl. het translationele onderzoek. Dit is dus de toegepaste wetenschap en is complementair aan het fundamentele onderzoek. Hier gaan wij nat: de laboratoria zijn veelal prima ingericht en passen zich relatief soepel aan - aan de stand van de wetenschap. Echter onze zorginstellingen zijn voor het direct toepassen van de wetenschap in het geheel niet ingericht. We lopen op dit vlak vaak achter de feiten aan. Een zichtbaar symptoom hiervan is het continu in de steigers staan van de meeste UMCs in Nederland, bij het opleveren van een verbouwing realiseren we ons dat we eigenlijk weer achterlopen.

Ik pleit vandaag voor een volledige integratie van dit translationele of toegepaste deel van wetenschappelijk onderzoek met de zorg in de spreekkamer. Dit is waar IZO voor staat. Dit betekent dat alle informatie over de patiënt, zijn of haar familie en zijn of haar omgeving continu verzameld wordt op een gestandaardiseerde manier in bruikbare datasets. Tevens betekent dit dat er van elke patiënt en eventueel familieleden biomateriaal zal worden verzameld na hun toestemming, en opgeslagen in biobanken voor verdere verwerking. De moleculaire data verkregen uit dit materiaal worden vervolgens geïntegreerd met de klinische datasets. Door de verregaande mogelijkheden van ICT en bio-informatica speelt het meeste werk zich af als wij lekker liggen te slapen, en de systemen 's nachts het werk voor ons doen. Dit

levert unieke datasets op die wij systematisch kunnen bevragen. De uitkomsten zijn direct terug vertaalbaar in patiëntenzorg. Iedere patiënt die bij ons door de draaideur komt moet zich realiseren dat er in een academisch medisch centrum een bepaalde wederkerigheid bestaat, immers, wij zullen ons uiterste best doen om de wetenschappelijke vooruitgang en technische innovaties te vertalen in geleverde zorg en in ruil hiervoor vragen wij patiënten een bepaalde gunst, namelijk het afstaan van bv. een buisje bloed voor anoniem gebruik.

Realiseert u zich dat momenteel meer dan 90% van alle patiëntendata (lab-onderzoek, foto's, bacteriologisch onderzoek) na eenmalig gebruik terzijde wordt geschoven? Dit is doodzonde, vandaar dat de eerste set bouwstenen van het IZO proces hier een einde aan maakt.

De *tweede set bouwstenen* zijn bouwstenen waarmee we in belangrijke mate het IZO proces uitbouwen zodat dit geschikt is voor preventieve zorg. Dit is wat lastiger te begrijpen. Onze zorginstellingen zijn in de jaren 70 en 80 gebouwd voor symptoom-georiënteerde zorg. Uitgebreide verpleegafdelingen, dagbehandeling faciliteiten, short-stay units, operatiekamers en poliklinieken. Tijdens poliklinische zorg voor chronische ziekten inventariseerde de dokter de symptomen en controleerde de behandeling: "herhaal bezoek over 3 maanden". En dit proces bleef zich in lengte van jaren herhalen. De zorg voor chronisch zieken kende nauwelijks biomarkers, of prognostische profielen en risico-analyses. Genetische markers hoorden niet thuis in de spreekkamer. Hoe anders ziet de toekomstige zorg eruit. Wij stevenen recht af op een preventief-georiënteerd zorgproces i.t.t. het symptoom georiënteerde zorgproces. Het is aan ons om het tempo van deze omschakeling te bepalen.

Preventie bij patiënten met een chronische ziekte zoals diabetes, hypertensie, reuma of chronische darmziekten moet gedefinieerd worden. Ik bedoel hiermee dat het streven is dat de patiënt met een bepaalde diagnose zo een goed mogelijke kwaliteit van leven heeft met een levensverwachting gelijk aan die van een gezond individu. Meer medisch betekent dit dat wij als artsen moeten zorgen dat de schadelijke effecten van de vastgestelde ziekte zoveel mogelijk worden geneutraliseerd om zo zijn de prognose m.b.t. kwaliteit van leven en levensverwachting gunstig te beïnvloeden. Hoe doen we dit: i) ten eerste door vooraf te voorspellen welk risico de individuele patiënt loopt op een gecompliceerd ziektebeloop; ii) ten tweede door ons medicamenteus arsenaal te individualiseren, we gebruiken relatief intensieve medicatie voor patiënten die het hoogste risico lopen, en we gebruiken relatief milde medicatie voor diegenen die weinig van de ziekte te verduren hebben; iii) ten derde gebruiken we voorspellers van ziekte-activiteit om verergering van ziekte te voorkomen. Dit kunnen bijvoorbeeld zgn. biomarkers zijn, eiwitten die we meten in het bloed die correleren met ziekte-activiteit of -progressie. Maar dit kan ook beeldvorming zijn, bijvoorbeeld de endoscopische analyse van de darmwand van patiënten met inflammatoire darmziekten. Immers we weten dat dit sterk voorspellend is voor het beloop van de ziekte.

Het op preventie gerichte proces zal zo een ware individualisatie van zorg opleveren, wat we ook wel personalized medicine noemen. Op basis van individuele risicoprofielen gecombineerd met het continu monitoren van ziektespecifieke kenmerken zoals biomarkers, grijpen we medicamenteus in nog voor de ziekte het individu verder beschadigt.

Hoe richten we nu onze zorgprocessen in om ons voor te bereiden op deze preventie-georiënteerde zorg? Binnen het

IZO proces hebben we dit opgelost door het proces in te delen in verschillende niveaus van urgentie.

U zou echt eens een ochtendje polikliniek met ons mee moeten lopen. Gemiddeld 20-25 patiënten op een ochtend, een herhaalbezoek duurt gemiddeld 10 minuten. De arts is technisch al vaak na 1 minuut klaar maar realiseert zich dat het administratieve werkende gedeelte zoals statusvoering, DBC handelingen, correspondentie, receptuur, vervolgfafspraken, aanvragen voor aanvullend onderzoek en eventueel onderwijs van de co-assistent nog in 9 minuten moet worden voltooid. Daarentegen vind de patiënt 10 minuten echt te kort en niet in verhouding met de effort die hij al heeft gedaan die dag. Vrij nemen van werk, reis naar het LUMC, parkeren, aanmelden, wachtkamertijd, en na het bezoek van 10 minuten nog een half uur bij het bloedprik laboratorium om daarna dezelfde handelingen in omgekeerde volgorde uit te voeren. Alles wat urgent is op zo'n dag komt niet uit tijdens een standaard polikliniek ochtend. Het moet ertussendoor terwijl dit type zorg toch echt de meeste aandacht en expertise behoeft. Omgekeerd is het in het ziekenhuis komen voor de uitslag van een foto of een bloedwaarde in het geheel niet urgent. De conclusie die we dus moeten trekken uit het huidig proces is dat we meer dan 80% bezig zijn met niet-urgente zorg en dus voornamelijk met zorgmanagement en maar 20% bezig zijn met min of meer technische zorg, waarvoor we gemiddeld zo'n 15 jaar zijn opgeleid.

In het IZO proces hebben we dit anders ingericht: het rode traject is het urgente traject, dit is zorg die spoed vereist. Het groene traject is het korte traject, geen acute spoed maar toch wel zorgverlening binnen een aantal werkdagen. Het gele traject is de niet-urgente zorg, vaak betreft dit het monitoren van ziekte of van medicatie. Wat we zien als we getallen op de

verschillende trajecten zetten, is dat meer dan 80% van de zorg voor chronisch zieken zich in het gele traject bevindt. Dit zal in de toekomst alleen maar toenemen want we streven naar preventieve zorg, per definitie dus niet urgent. Om nu het zorgproces meer efficiënt in te richten moeten we ons realiseren dat voor niet-urgente zorg, het normale gele traject, de patiënt eigenlijk niet meer in het ziekenhuis hoeft te komen. Hoe lossen we dat nu weer op? Ik ga u een voorbeeld geven zodat e.e.a. wat meer tot de verbeelding spreekt:

Vergelijk het zorgproces eens met een ander consumptief proces bijvoorbeeld die van het per vliegtuig reizen naar verre oorden. Als u 15 jaar geleden besloot een reis naar Afrika te maken dan was dit een hele klus. U moest een reisbureau bezoeken - op uw beurt wachten - uw wensen kenbaar maken zodat de medewerkster er een duidelijk plan van kon maken - om vervolgens het geheel in een boeking om te zetten - u moest thuis een bankoverschrijving in orde maken - u kreeg tickets toegezonden - de dag van vertrek enige tijd wachten tijdens het inchecken en door de douane gaan - u had weinig invloed op de stoelkeuze - en indien vegetarisch, altijd pech want dit ging altijd mis.

Hoe anders is dit nu: het invoeren van persoonsgegevens, reisbestemming, stoelkeuze en vegetarische maaltijd en betaling wordt nu geheel door u zelf gedaan. U bent dus eigenlijk stilletjes in dienst genomen door de vliegtuigmaatschappij zonder dat u dat doorheeft. Een geheel omgekeerde wereld met vroeger. En u vindt het ook nog eens geweldig! U bent als het ware empowered om zelf uw proces te besturen! Het proces is grotendeels in uw handen, en neemt een fractie van uw tijd in beslag. U kan via uw blackberry in de trein op weg naar Schiphol elektronisch inchecken, een goede stoel uitkiezen, en aangeven vegetarisch te willen eten. Op

Schiphol aangekomen vermijdt u een rij door met de irisscan de douane te passeren, en werkelijk, de planning en uitvoering van het reisproces is gereduceerd van dagen tot minuten, en u bent zelf de meest actieve partij. Iedereen blij!

Gewaardeerde toehoorders, dit concept is direct en integraal toe te passen in de zorg voor chronisch zieken, en met name in het niet-urgente of preventieve zorgproces. Dit is in de IZO het gele traject. Na een jaar hard werken staan wij nu in het LUMC op het startpunt van dit vernieuwde IZO proces. Wij beginnen met ons cohort IBD patiënten. Hoe ziet het normale gele traject eruit: IBD patiënten zullen vanuit thuis of vanaf hun werk middels DIGID of andere digitale autorisatie methoden inloggen in hun eigen medische status. Vergelijk dit met elektronisch inchecken of bijvoorbeeld elektronisch bankieren en pas dit toe op elektronisch zorg consumeren. Een bepaalde sectie van het elektronisch medisch dossier is speciaal ingericht voor de patiënten om, identiek aan het voorbeeld voor de luchtvaart, algemene- en ziektespecifieke gegevens in te voeren. Bovendien stelt de al enige tijd aanwezige “Lab-on-a-Chip” techniek ons in staat om het laboratoriumonderzoek grotendeels uit het ziekenhuis weg te halen. De toekomst voor het klinisch-chemisch lab zoals we dat kennen is m.i. onzeker. Deze nanotechnologie stelt ons in staat 60 tot 90 markers uit 1 druppel bloed te halen in een apparaat wat het meest lijkt op een USB stick. Een patiënt kan zo, vanuit de trein naar zijn werk, alle labgegevens doorsturen vanaf zijn handheld naar het elektronisch patiënten dossier. U begrijpt, dit soort “Telemedicine” geeft zowel de dokter als de patiënt een geweldig voordeel. De patiënt, en dit is reeds aangetoond, voelt zich geweldig empowered en in controle door te participeren en ziet deze inspanning beloond door het vervangen van het tijdsconsumptieve bezoek aan de zorginstelling. De dokter is happy want zijn overvolle spreekuren worden vervangen door

10 poliklinieken die deels digitaal zijn en deels fysiek. Het gele traject kan zelfs grotendeels worden uitgevoerd door verpleegkundig specialisten. De dokter houdt tijd over om de technische zorg te gaan leveren in het groene- en rode traject, ofwel zorg met een bepaalde mate van urgentie. Urgentie hoeft niet altijd te betekenen dat het levensbedreigend is, maar sommige van onze patiënten willen bijvoorbeeld graag op korte termijn een goed informatief gesprek over zwangerschap of risico van medicatie. Ik neem daar dan lekker eens een half uur de tijd voor. In het proces zullen alle gegevens die door patiënten vanaf buiten het ziekenhuis worden ingevoerd door een autorisatieproces moeten gaan voor ze definitief in het medisch dossier terecht komen. Maar het komt er toch op neer dat de patiënt zelf zijn dossier invult analoog met het voorbeeld van elektronisch inchecken. Futuristisch? Welnee, we beginnen 7 januari aanstaande!

Onze academische kerntaken zijn beter gebaat bij dit type zorgconcept. Wij willen niet concurreren met geoliede zorgpaden van niet-academisch allooi. Laat niet-academische ziekenhuizen en zorgverleners het grote volume aan chronisch zieken zo efficiënt mogelijk verwerken in patiënt-vriendelijke zorgpaden, dit zijn uitvoerende taken. Excellente service in een gereguleerde marktwerking, prima! Echter de inhoud van deze zorgverlening dient gedecteerd te worden door de kennisinstututen als de Universitair Medische Centra. Hier dient een geweldige slag geslagen te worden omdat de meeste UMCs niet op deze koers varen, en verstrikt dreigen te raken in een web van afspraken met overheden en verzekeraars met als belangrijkste drijfveer de financiering van ons zorgstelsel. Hoe kan het dat de top tien van de Amerikaanse kennisinstututen gemiddeld miljarden op de rekening hebben, en de meerderheid van de Nederlandse UMCs schulden hebben?

Dit is de wereld op zijn kop. Ik heb nog nooit een voetbalclub die alle wedstrijden wint in financiële problemen zien komen, laten wij dus vooral de ogen op de bal houden en ons niet met de prijs van de voetbalkaartjes gaan bezighouden.

Terug naar het IZO proces:

Met de eerste set bouwstenen hebben we de wetenschappelijke oriëntatie aan het proces gegeven, met de tweede set bouwstenen hebben we op basis van urgentie het proces efficiënter ingericht en zien we dat veel van de niet-urgente zorgverlening op afstand kan worden geleverd. Voor ik met u de derde set bouwstenen ga bespreken wil ik u graag weer even meenemen naar de spreekkamer:

Komt een man bij de dokter voor de uitslag van een test die hij heeft laten verrichten op basis van een klacht. De dokter zegt tegen de man dat de man lijdt aan de ziekte X. De man, bijgekomen van de schrik, vraagt de dokter of het goed te behandelen is. De dokter, voorbereid op deze vraag, heeft zich enige tijd geleden de evidence-based medicine tools zoals Up-to-Date eigen gemaakt, en vertelt de man dat indien hij behandelt met medicijn A hij een werkzaamheid kan verwachten van 70% op korte termijn en van minder dan 10% op lange termijn. Tevens is er een kans op bijwerkingen van 80%, ernstige bijwerkingen van 20% en eveneens een kleine kans om aan het medicijn te overlijden.

Ik denk dat u het met me eens bent dat u niet gauw dit medicijn zou gaan gebruiken. Toch is dit het reële scenario in 2007 voor een bekend ziektebeeld, door de overgrote meerderheid van Nederlandse dokters voor de kwaal X. Maar voor we dit bespreken valt u hierbij iets anders op: de man krijgt een hoeveelheid aan kansen van de dokter in antwoord op zijn vragen, en wordt hierbij door de dokter

verzocht om een afweging te maken. Deze kansen zijn ontstaan doordat er 30 jaar voor de komst van de man bij de dokter een studie was verricht naar medicijn A bij deze ziekte X. Daarna zijn er kleinere studies verricht, en nog later enkele meta-analyses van deze studies. Talrijke consensusvergaderingen later, veelal bijgewoond door zichzelf in het leven geroepen experts, is medicijn A gangbaar voor de ziekte X. En pas na het verstrijken van 2 decennia heeft de beroepsgroep in samenwerking met het CBO, richtlijnen uitgevaardigd over het gebruik van medicijn A bij de ziekte X. Het duurde weer enige tijd voordat deze richtlijnen werden geïmplementeerd in het ziekenhuis van de dokter, zodat het populaire “evidence based medicine” pas na decennia heeft geleid tot een gestandaardiseerde vertaling in de dagelijkse praktijk.

Echter, de man heeft nu anno 2007 geen boodschap aan een hoeveelheid kansen. Hij staat erop dat de dokter hem vertelt wat het voor hem zelf betekent, en dus niet voor zijn buurman of voor de patiënten uit de onderzoekscohorten. Hij wenst een individuele aanpak, net zoals je dat verwacht bij bijvoorbeeld een hypotheek advies. De dokter komt vervolgens met een vlamdend betoog over dat dat nu precies is wat ze met Personalized Medicine bedoelen, maar dat we daar nog lang niet aan toe zijn. Na enige rouwverwerking berust de patiënt in zijn lot, de dokter zal het wel beter weten.

Overigens, de klacht van deze man was bloederige diarree, de diagnose van deze man was de ziekte van Crohn, het medicijn A was prednison, en de dokter was ik zelf. En ervaring leert dat Nederland artsen momenteel bij het constateren van de ziekte van Crohn nog steeds prednison monotherapie voorschrijven.

Met de *derde set bouwstenen* streven we naar een digitaal richtlijn-gestuurd proces met een continue meting van de

doelmatigheid van individuele zorg. Aan de onderzoekskant maken we het proces SOP gestuurd dwz we gebruiken voor al onze verwerkingstechnieken van het afgenomen biomateriaal zogenaamde Standard Operational Procedures of SOPs. Zowel richtlijnen als SOPs worden strikt bewaakt en ge-updates. Vergelijk dit met het Quality Assessment en Quality Control van ieder biotechnologisch bedrijf, waar de zogenaamde QA/QC officer één van de belangrijkste senior functies is. Hiermee maken we het gehele proces transparant en meetbaar op ieder gekozen schakelpunt van het IZO proces, en hoog kwalitatief. Van tevoren spreken we af wat we hier als norm voor kiezen, en kunnen dit middels indicatoren flexibel aanpassen naar behoefte. Doen we dit in heel Nederland dan harmoniseert de zorg, de testen van het blad Elsevier over de individuele zorginstellingen gaan dan niet meer over de reinheid van de toiletten maar over rapportcijfers van individuele afdelingen voor specifieke ziekten. Patiënten kunnen voor zorgconsumptie kiezen waar ze dit halen, en de zorgverzekeraar zal zijn dominante rol verliezen. De vakman is terug in een leidende positie.

Tenslotte de *vierde set bouwstenen*; hiermee bouwen we de mogelijkheid om de achterkant van het systeem te openen en gaan we de datasets bevragen, het betreffen hier voornamelijk ICT en bio-informatica bouwstenen. Wat moet u zich hierbij voorstellen? Neem als voorbeeld onze 1500 IBD patiënten in het LUMC. Indien dit hele cohort goed is gefenotypeerd, en de biobank vol ligt met verwerkt materiaal bijvoorbeeld DNA, serum en darmbiopten, dan wordt de totale set aan klinische- en moleculaire data opgeslagen in ons IBD data warehouse. Hier kunnen wij van allerlei dingen over willen weten, of relaties leggen. Dit geeft een geweldige wetenschappelijke output en bovendien ook doelmatigheidsrapportages van de

performance van deze IBD module. Maar misschien belangrijker is het feit dat wij de echte experts, de bio-informatici, eens de tijd moeten gunnen om op deze data te broeden. Dit zijn ware kunstenaars om verbanden te creëren die wij in de verste verte niet kunnen vermoeden. Tevens kunnen er relaties worden gelegd met andere ziektebeelden die op soortgelijke wijze worden benaderd. Slechts schoorvoetend zijn wij aan het onderzoeken hoe relaties binnen immuunziekten zoals diabetes type I, reuma en inflammatoire darmziekten liggen op genetisch en immunologisch vlak. De herinrichting van het proces à la IZO en het in stelling brengen van de bio-informatica zal dit enorm versterken. Overigens begrijp ik nog steeds niet goed waarom de bio-informatica zo'n onzichtbare rol heeft in de zorg van vandaag, het is een essentiële factor voor de vooruitgang.

Met deze laatste set bouwstenen worden wij een zeer aantrekkelijke partner binnen samenwerkingsverbanden, of dit nu EU Framework programma's zijn of initiatieven zoals het Parelsnoer. U vraagt, wij draaien. Met de doelmatigheids-rapportages van elke zorgmodule zal de zorgverzekeraar in de rij gaan staan om zorg in te kopen. Met zo'n duurzame procesinrichting zullen we al automatisch voldoen aan de zwaarste toetsingscriteria voor collectebusfondsen en subsidieprogramma's.

Samenvattend, zeer gewaardeerde toehoorders, het resultaat van het bij elkaar brengen van deze vier sets van bouwstenen zoals wij hebben ontwikkeld in het IZO proces leidt tot zorgmodules voor specifieke ziektebeelden. De producten van deze zorgmodule nog eens samengevat zijn:

- 1 Op maat gesneden individuele zorg of personalized medicine
- 2 Wetenschappelijke output op het scherpst van de snede
- 3 Doelmatigheidsanalyses van de afz module, dus de

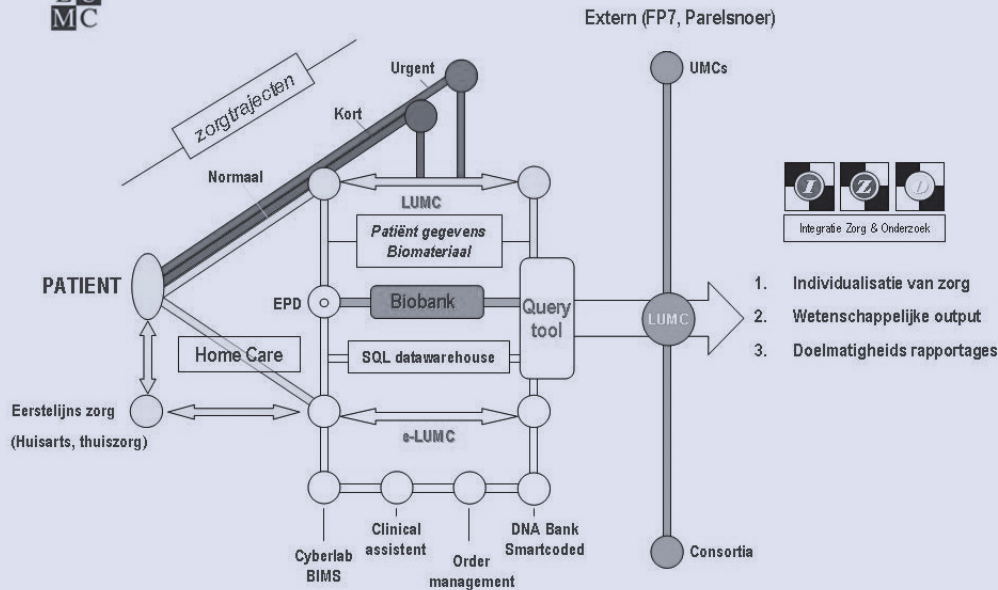
performance in beeld, welke kan worden aangewend om de kosten in de zorg beheersbaar te maken.

- 4 Acceleratie van het verouderde concept "Evidence based Medicine"
- 5 Unieke positie voor samenwerking binnen consortia zoals EU Framework programma's en het Parelsnoer initiatief
- 6 Unieke mogelijkheden voor valorisatie: zeer aantrekkelijk voor de biomedische industrie en de IT industrie zowel voor commerciële initiatieven als voor ontwikkelingsplatforms. Zonder deze positie zullen we in de nabije toekomst geen relevante speler binnen de zorg meer zijn. Het is pas als wij de bedrijvigheid kunnen verhogen rond onze academische huizen dat we in staat kunnen zijn een internationale concurrentiepositie op te bouwen.

Deze 6 producten zijn eigenlijk voor mij persoonlijk samen te vatten in twee laaghangende vruchten die klaar zijn om te worden geplukt:

- Een dergelijke herinrichting van het zorgproces op de door mij geschetste wijze levert een broodnodig begin op van de door ons nagestreefde en felbegeerde kenniseconomie waarmee we Nederland weer op de kaart zetten,
- En wellicht nog veel belangrijker, het levert ons plezier in het werken in de zorg op. Inspiratie door kwaliteit binnen de zorg en het wetenschappelijk onderzoek. En uiteindelijk bereiken we de dag waarop we middels de toegenomen preventieve zorgsuccessen de mijlpaal van volledige controle van ziekte bereiken. En dit heet in de volksmond: genezing.

En dit was nog maar de eerste zin van onze afdelingsmissie...



Waarom het focus op de inflammatoire darmziekten, dikke darmkanker en leverziekten? Bij binnenkomst in het LUMC vond ik het net één groot warehouse met allemaal afdelingen vol met bijzondere mensen met een buitengewone kennis van zaken. In deze academische bijenkorf is er juist op deze drie deelgebieden binnen de afdeling Maag Darm en Leverziekten met haar getalenteerde en gemotiveerde medewerkers veel mogelijk:

Inflammatoire Darmziekten

De plannen voor het translationele zorg en onderzoeksgedeelte van de inflammatoire darmziekten heb ik u zojuist ontvouwd. Het gehele IZO proces wordt gepilot in ons IBD cohort. Onze afdeling kent voortreffelijke krachten met IBD expertise in wie ik volledig vertrouwen heb zoals Roeland Veenendaal, Herma

Fidder, en Rosalinde van Helden en vanuit de ICT Roger de Bats. Belangrijke samenwerkingsverbanden gaan verder worden uitgebouwd met de afdeling chirurgie, onder andere met Bert Bonsing die met dezelfde geestdrift over dit vakgebied kan spreken als ik; de afdeling kindergeneeskunde met Luisa Mearin en Joachim Schweitzer, maar ook kijk ik uit naar verregaande samenwerking met de afdelingen Radiologie met o.a. Martin Wasser, Pathologie met o.a. Hans Morreau, Klinische Epidemiologie met Frits Rozendaal, Medische Statistiek & Bio-informatica met Bertie Zwetsloot, en de Humane Genetica met Gert-Jan van Ommen, en natuurlijk de afdeling ICT met o.a. Kees Brobbel, Martien Mulder, Erik Flikkenschild en Karel van Lambalgen.

Voor het basale deel van de inflammatoire darmziekten zijn wij

druk bezig geweest met het opzetten van een aantal onderzoekslijnen. De belangrijkste zijn signaal transductie mechanismen van steroïden, waar onder andere Auke Verhaar het uiteindelijke doel heeft nieuwe targets te identificeren binnen de non-genomische signalering van steroïden. Met Marjolijn Duijvestein hebben we ons, in een samenwerkingsverband met de afdeling Immunohematologie van Wim Fibbe, gestort op de studie en toepassing van mesenchymale stamcellen (dus geen embryonale stamcellen). Dit blijkt een bijzonder potente voorlopercel te zijn met krachtige immuunregulerende eigenschappen. Ze zijn een welkome nieuwe strategie voor IBD, omdat ongeveer 90% van alle nieuw ontwikkelde designer drugs momenteel gefaald heeft, met uitzondering van de anti-TNF antistoffen. Ze worden geïsoleerd uit o.a. beenmerg of vetcellen. Het is werkelijk opwindend om te werken uit liposuctie verkregen materiaal, en invaliderende peri-anale fistels te zien verdwijnen. Met Christine Vos kijken we diep in de cel, en proberen we met kinase analyse de exacte werking van de anti-TNF antistoffen te verklaren. Een raadsel dat nog nergens is gekraakt. Twee projecten in de steigers zijn die waar Herma Fidder en ikzelf een sterke regulerende T cel gaan bouwen die met genetische manipulatie een tweetal genen tot expressie brengen het foxp3 en het IL10. Hier willen we op korte termijn mee de mens in, en met het grote verstand van zaken van Sander van Deventer moet dit slagen. Ook met Frits Koning hebben we over een bijzonder interessant voorstel gesproken om tot verregaande karakterisering van de geheugencellen van de darmwand te komen, om via een ingenieuze route naar verantwoordelijke darmantigenen voor de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa te komen. Tenslotte hebben we net gehoord dat ons omvergooien van de behandelingsalgoritmen van de ziekte van Crohn geaccepteerd is door de Lancet. Hierin bewijzen we dat de

behandeling van de ziekte van Crohn direct met intensieve medicijnen zoals infliximab en immuunremmers moet worden behandeld, en prednison schadelijk is. Een unieke studie die voor veel ophef heeft gezorgd, een echte paradigmaverschuiving (alhoewel dit een vies woord is). Het is dit type studies die we momenteel in ons trialbureau draaien met onze researchverpleegkundigen onder de bezielende leiding van Maartje de Ley, met zo'n 4-6 studies per half jaar.

Dikke darmkanker

Feit: dikke darmkanker is een veel voorkomende oorzaak van sterfte aan kanker in de westerse wereld. Bij vrouwen is het na borstkanker de meest voorkomende kankersoort en bij mannen staat dikke darmkanker na long- en prostaatkanker zowel wat betreft incidentie als sterfte op de derde plaats. Jaarlijks wordt in Nederland bij ongeveer 13.000 mensen de diagnose dikke darmkanker gesteld en overlijden meer dan 5000 mensen aan deze ziekte, van wie ruim 60% jonger dan 60 jaar.

Feit: de overgrote meerderheid van dikke darm kankers komt voort uit de aanvankelijk goedaardige poliep. De kwaadaardige ontaarding van poliep naar kanker is een langdurig proces, waardoor preventie van dikke darmkanker door vroege opsporing goed mogelijk is. Sterker nog, het is onethisch dit niet bij mensen boven de 50 jaar of mensen met een risico aan te bieden.

Feit: Er zijn verschillende screeningsmethoden beschikbaar voor de opsporing van poliepen met ieder hun eigen beperkingen. Screening met behulp van ontlastingonderzoek (de "fecaal occult bloed test", FOBT) is momenteel de enige test die in NL door de overheid wordt geëvalueerd voor bevolkingsonderzoek. Bij een positieve FOBT-uitslag worden

patiënten doorverwezen voor een colonoscopie. Echter, het grote nadeel van deze test is dat de gevoeligheid om kanker aan te tonen slechts gering is en dat poliepen (als voorstadium van kanker) nauwelijks worden opgespoord. De “Gouden Standaard” blijft daarom nog de coloscopie. Een groot nadeel van deze invasieve methode is echter dat het vaak als zeer belastend (ondermeer vanwege de uitgebreide darmvoorbereiding) en hoogdrempelig wordt ervaren, waardoor de opkomst bij een bevolkingsonderzoek niet hoog zal zijn. Bovendien bestaat er in Nederland momenteel onvoldoende capaciteit voor een dergelijk grootschalige screening met behulp van endoscopisch onderzoek. Dames en heren, het is juist door deze feiten dat dikke darmkanker een belangrijk speerpunt is van onze afdeling, en gelukkig van meerdere afdelingen binnen het LUMC. Binnen het domein dikke darmkanker zullen wij ons focussen op preventie.

Het klinisch georiënteerd onderzoek zal zich richten op o.a. familiale darmtumoren, waar we met Hans Vasen een absolute topexpert in huis hebben. Er huist een enorme kennis op dit gebied in het LUMC, vandaar dat we onze initiatieven gaan stroomlijnen met de afdelingen Pathologie met o.a. Hans Morreau, de afdeling Chirurgie met o.a. Rob Tollenaar en Cock van de Velde, de Radiologie met o.a. Albert de Roos en Klinische Genetica met Martijn Breuning. Ook zijn familiale darmtumoren uitgekozen als 1 van de 8 ziektes in het Parelsnoer initiatief.

Binnen onze afdeling staat James Hardwick aan het hoofd van het klinisch deel van dit speerpunt. De dagelijkse kliniek wordt als IZO module ingericht met hulp van Alexandra Langers die eveneens andere zorgtrajecten -belangrijk voor andere afdelingen- zal faciliteren. James zal samen met Roeland

Veenendaal een serie endoscopische innovaties evalueren zodat het predikaat “martelwerktuig” op coloscopie niet meer van toepassing zal zijn.

Het basale onderzoeksdomein binnen dikke darmkanker staat onder bezielende supervisie van Gijs van den Brink, gesteund door Hein Verspaget en James Hardwick. Met Vanesa Muncan en Jarom Heymans onderzoeken we waarom progestagenen een beschermende rol hebben bij darmkanker. Met Liudmilla Kodach en Rutger Jacobs bestuderen we de rol van Bone Morphogenic Protein bij het ontstaan van darmkanker en de rol van statines. Hein Verspaget en Cees Sier hebben Luuk Hawinkels voortreffelijk begeleid met zijn werk op het gebied van TGFbeta signalering routes, en zitten op een veelbelovende lijn van metastasering en de rol van Matrix Metallo Proteasen die wij zeker verder gaan uitbouwen met o.a. Patty Kuiper. Met Pim Koelink en Ashwin Dihal wordt de chemopreventieve werking van 5ASA preparaten onderzocht en zullen we naar nieuwe chemopreventieve targets gaan zoeken. In samenwerking met het AMC is Willemijn Dop samen met Gijs van den Brink een aantal excellente projecten op het gebied van maligne transformatie van poliepen aan het opleveren. Onze missie is dat we dikke darmkanker middels vroegopsporing naar een zeldzame vorm van kanker willen terugwijzen, en vastgestelde ziekte vroeg in het proces onder controle krijgen. Een verkenning voor het oprichten van een LUMC werkplaats met als doel de endoscopie te vervangen door beeldvorming is afgerond, en onze intentie is dat we dit “client-gerichte” initiatief in 2008 van de grond tillen.

Leverziekten

Levertransplantatie in het LUMC is al geruime tijd een begrip, grootgemaakt door Bart van Hoek en Onno Terpstra. Dit is

typisch een multidisciplinair zorgpad dat zich helemaal leent voor een proces ingericht zoals IZO. Onder leiding van Bart en Minneke Coenraad, en in nauwe samenwerking met het excellente chirurgenteam onder leiding van Jan Ringers, zullen we nieuwe ambities definiëren. De vraag is groot en het aanbod gering. Wij hebben hier andere ideeën over dan een Grote Donor Show met BNN te organiseren. Onze USPs of unique selling points zijn het living-donor programma en de door onze chirurgen ontwikkelde techniek van auxillaire levertransplantatie. Aan de MDL kant zullen wij met onze verpleegkundig specialisten Els Rijnbeek en Josine van den Ing, en onze research nurses Lida Beneken Kolmer en Babs de Klerk de zorg en de research volledig volgens IZO integreren. Het basale wetenschappelijke deel zal zich focussen op risicostratificatie, waar Hein Verspaget samen met Bert Jan de Rooij recent een groep polymorfismen van het Mannose Binding Leptin en de Ficollines hebben geïdentificeerd welke van invloed zijn op peri-operatieve infecties en prognose van het transplantaat. Ischaemie-Reperfusie schade van de transplantaaten en mogelijke toepassing van tot hepatocyt-gedifferentieerde mesenchymale stamcellen zijn twee belangrijke focusgebieden welke we optuigen met een belangrijke dierexperimentele poot. Overigens is daarbij de grote expertise van Izak Biemond, die de supervisie van de dierexperimentele onderzoeken voor alle speerpunten heeft, onontbeerlijk.

De opleiding tot MDL arts

Over de opleiding tot MDL arts kan ik kort zijn. Na de cardiologie is de Maag Darm en Leverziekten het snelst groeiende vakgebied van alle medische specialisaties. Een visie over de opleidingscapaciteit om dit te kunnen opvangen heb ik nog niet kunnen ontdekken bij overheden, met momenteel 40

niet-opvulbare vacatures in Nederland. Hoe kunnen we dus serieus nadenken over coloscopie als screening voor dikke darmkanker? Op dit gebied isoleren wij ons in NL van omliggende EU landen waar dit allemaal wel gebeurt. Wij, in het LUMC prijzen ons gelukkig met ons huidige fantastische peloton AIO's die met plezier een berg werk verzetten: Andrea de Jong, Wouter de Vos, Casper Noomen, Patrick van der Veek, Jesse Sarneel, en Rogier Stuyt. Met verder regionaliseren van de opleiding in o.a. Den Haag voor de vroege fase van de opleiding, gaan wij ons in het LUMC in de toekomst meer richten op opleiding binnen advanced endoscopie en intensieve stages binnen de drie speerpunten dus IBD, leverziekten en oncologie inclusief vernieuwende vormen van zorgmanagement. Dit is essentieel voor de MDL zorg van de komende generaties.

Tot slot een toelichting op de begrippen “vertrouwen, collegialiteit en een aangename werkomgeving”, de laatste zinnen van de afdelingsmissie.

Hoe kan het gaan binnen academische muren. Hoeveel mensen hebben niet dagelijks last van frustraties, het gevoel geen stem in de organisatie te hebben, wantrouwen of sleur? Hoe weinig functioneel zijn grote ego's of verborgen agenda's? Zelf ben ook ik wel het slachtoffer geworden van deze processen, de ego-battles van onze superieuren. Het grootste voorbeeld is het Parelsnoer Initiatief, waar zelfs op het hoogste niveau, en geheel in strijd met de collaboratieve en zuiver synergistische gedachten van waaruit het initiatief is ontstaan, er met meedogenloze hand van slechts een enkeling uit puur eigenbelang een groot deel van het vuur waarmee ik jaren de energie heb opgebracht om deze zaken te ontwikkelen, werd gedoofd. Het LUMC heeft het gelukkig weer doen oplaaien, en

bij het uitoefenen van deze leerstoel zal ik ervoor waken dat er middels dysfunctionele omgangsvormen mensen worden ontmoedigd. Talent en ambitie zullen worden gekoesterd, en de nadruk zal liggen op competentietrajecten van al onze medewerkers, van analist tot hoogleraar. Ook blijkt er een productiviteitsstijging van 15-20% mogelijk door het typisch academisch meubilair van het jaar 0, en stervende hangplantjes te vervangen door een inspirerende omgeving.

Dankwoord

Ik ben aan het slot gekomen van mijn rede. De ambities van deze leerstoel, de leiding over onze getalenteerde en gemotiveerde medewerkers, de invulling van de kerntaken en de drang om excellent te zijn is vergelijkbaar met het meedoen aan Olympische Spelen. Toch herken ik me wel in een relaas dat werd opgetekend gedurende de Olympische Spelen in Amsterdam in 1928: (Ruud Pauws, NRC Handelsblad, gerefereerd NRC Next 13 november 2007 blz 3)

Ik citeer: “Het roeien werd gehouden op een vaart in het dorpje Sloten. Tijdens de skifwedstrijd stak plotseling een hele eendenfamilie de baan over. Schoolkinderen langs de kant riepen de roeier toe dat hij op de eendjes moest letten. De man stopte even met roeien tot de eendjes voorbij waren. Maar hij won toch nog. Later hebben de kinderen uit dankbaarheid van hun zakgeld een lepelkje voor die roeier gekocht”.

Ik heb in de afgelopen jaren op vele schouders gesteund, zonder welke ik niet vandaag voor u had kunnen staan. Aan het einde van deze rede is het mij een bijzonder genoegen juist die mensen te bedanken die een essentiële bijdrage hebben geleverd:

Ik dank U mijnheer de Rector Magnificus, het College van Bestuur van de Universiteit van Leiden, de Raad van Bestuur

en het Bestuur van Divisie 2 van het Leids Universitair Medisch Centrum en de staf van de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten voor het in mij gestelde vertrouwen en voor uw bijdrage in de totstandkoming van mijn benoeming.

Hooggeleerde Breedveld, beste Ferry,

Het was jouw slagkracht die mij op een koude Februariavond in 2006 in een Bloemendaals restaurant verhinderde dat ik met het gezin naar Oxford vertrok om daar met dezelfde opdracht te gaan werken. Dank hiervoor.

Hooggeleerde Klasen, beste Eduard,

Dank voor de inspanningen geleverd voor mijn benoeming. Ik kreeg echt waardering voor je toen we samen aan tafel bij het Centraal Planbureau, ingeklemd tussen de presentaties van de nieuwe klapschaats en die van nieuwe Deltawerken, de subsidie voor het Parelsnoer uit het FES veiligstelden. Je rust en vriendelijkheid is inspirerend.

Zeer geleerde Le Clercq, beste Maarten,

Na een jaar intensief samen gewerkt te hebben ben ik een stuk LUMC wijzer geworden. Dank voor het vertrouwen dat je vanaf het prille begin in mij hebt gehad, en voor het overbrengen van de nodige bestuurlijke ervaring.

Hooggeleerde Rabe, beste Klaus,

Met veel bewondering kijk ik naar de manier waarop je een hele divisie runt en iedereen tevreden houdt. Dank voor de richting die jij hebt gegeven tijdens onze besprekingen.

Hooggeleerde Van Deventer, beste Sander,

Sinds 1991 ben jij mijn mentor en je zal het altijd wel blijven, daarnaast ook een zeer goede vriend. Ik kijk uit naar onze gesprekken op de fiets, als we tenminste tijd hebben en niet door de boswachters op onze ATBs worden opgejaagd.

De staf van de afdeling MDLZ van het LUMC inclusief Cock Lamers, het bestuur van Divisie 2, de medewerkers van het

laboratorium, het trialbureau, de AIO's en overige afdelingen van het LUMC heb ik reeds in mijn rede mijn waardering betuigd. Hieraan moet ik de Endoscopische afdeling onder leiding van Cindy Magdalena en Bert van der Laan toevoegen, evenals de polikliniek met een speciaal woord van dank voor Heleen, Astrid, Coby en Lies voor hun hulp tijdens mijn bomvolle IBD poli's, de klinische afdeling olv Mirjam vd Steen en Astrid v Randwijk en de dagbehandeling olv Marga vanHam.

Speciaal zou ik Gijs van den Brink willen bedanken voor de ongelooflijke inspiratie en motivatie die hij telkens, in onze bijna dagelijkse telefoongesprekken en frequente kroeggesprekken geeft. Hopelijk blijf je nog een hele tijd bij mij in de buurt.

Het IZO IBD team, beste Caroline Blankvoort en Roger de Baats, Caroline, maatje van het eerste uur toen we op onze eerste LUMC dag samen aan de portier de weg moesten vragen, zeer veel dank voor je onvoorwaardelijke steun, en Roger: Joop van den Ende zal zich nog lang verbijten dat hij zo'n creatief talent heeft laten gaan.

Nationaal ben ik de reeds genoemde ICC leden veel dank verschuldigd voor hun steun, laat ons een voorbeeld in Nederland blijven zijn, en internationaal ben ik de European Crohn and Colitis Organization ECCO veel dank verschuldigd voor de mogelijkheden om onze kennis en kunde te verspreiden over de inmiddels 24 lidstaten.

Ieder mens heeft een kleine Inner Circle met een handjevol dierbaarste mensen. Gelukkig zitten de meesten in de zaal, veel dank voor jullie komst. Speciaal de aanwezigheid van Mirjam van Weel vandaag is heel bijzonder voor me.

Ubbo en Jackie, een mijlpaal mede door jullie steun en liefde mogelijk gemaakt, fantastisch dat jullie vandaag aanwezig zijn. Liefste Iris, Isabelle, Wander en Sabine: de toewijding aan deze

leerstoel zal slechts een fractie zijn van de toewijding van mij aan ons gezin.

Waarde toehoorders, veel dank voor uw aanwezigheid en belangstelling.

Ik heb gezegd.

In deze reeks verschijnen teksten van oraties en afscheidscolleges.

Meer informatie over Leidse hoogleraren:
Leidsewetenschappers.Leidenuniv.nl

PROF.DR. D.W. HOMMES



- 1983 - 1985 Geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Gent, België
- 1985 - 1990 Geneeskunde aan de Medische faculteit van de UvA, Amsterdam
- 1988 - 1995 Fellow Centrum voor Hemostase, Trombose, Atherosclerose en Ontsteking, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- 1993 Artsexamen aan de Medische faculteit van de UvA, Amsterdam
- 1995 Promotie op het proefschrift
“Immunomodulation in experimental colitis and inflammatory bowel diseases” olv prof dr Sander van Deventer
- 1995 - 2000 Opleiding tot internist, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam

- 2000 - 2002 Vervolgopleiding tot MDL arts, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- 2002 - 2006 Hoofd Centrum voor Inflammatoire Darmziekten, Academisch Medisch Centrum, Amsterdam
- 2006 Hoofd afdeling Maag Darm Leverziekten, LUMC, Leiden
- 2007 Hoogleraar Maag Darm en Leverziekten, Universiteit van Leiden

Daan Hommes werd per 1 juli 2006 benoemd tot afdelingshoofd Maag Darm en Leverziekten van het LUMC, en per 1 januari 2007 tot hoogleraar Maag Darm en Leverziekten aan de Universiteit van Leiden. Belangrijke aandachtsgebieden zijn de integratie van zorg met het translationeel wetenschappelijk onderzoek en het basaal wetenschappelijk onderzoek op het gebied van inflammatoir darmlijden, colorectaal carcinoom en de leverziekten. In zijn oratie, uitgesproken op 23 november 2007, pleit hij onder andere voor een herinrichting van de Nederlandse zorgstructuur.



Universiteit Leiden