

University of Groningen

De illusie van de maakbaarheid

van Leeuwen, Barbara

DOI:
[10.21827/62d69e728d47c](https://doi.org/10.21827/62d69e728d47c)

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:
2022

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):
van Leeuwen, B. (2022). *De illusie van de maakbaarheid*. University of Groningen Press.
<https://doi.org/10.21827/62d69e728d47c>

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.



Prof. dr. Barbara van Leeuwen

De illusie van de maakbaarheid

De illusie van de maakbaarheid

De illusie van de maakbaarheid

Oratie uitgesproken door

Prof. dr. Barbara van Leeuwen

op 10 juni 2022

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar

Chirurgische Oncologie

aan de

Faculteit Medische Wetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen



rijksuniversiteit
groningen

Uitgegeven door University of Groningen Press
Broerstraat 4
9712 CP Groningen
<https://ugp.rug.nl/>

Voor het eerst gepubliceerd in Nederland © Barbara van Leeuwen

Ontwerp en opmaak: LINE UP boek en media bv | Riëtte van Zwol
Illustratie voorkant: cake-mixstore.com

DOI: <https://doi.org/10.21827/62d69e728d47c>



Dit werk is verschenen onder de Creative Commons-licentie: NietCommercieel-GeenAfgeleideWerken 4.0 Internationaal (CC BY-NC-ND 4.0). De volledige licentievooraarden zijn beschikbaar op creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode

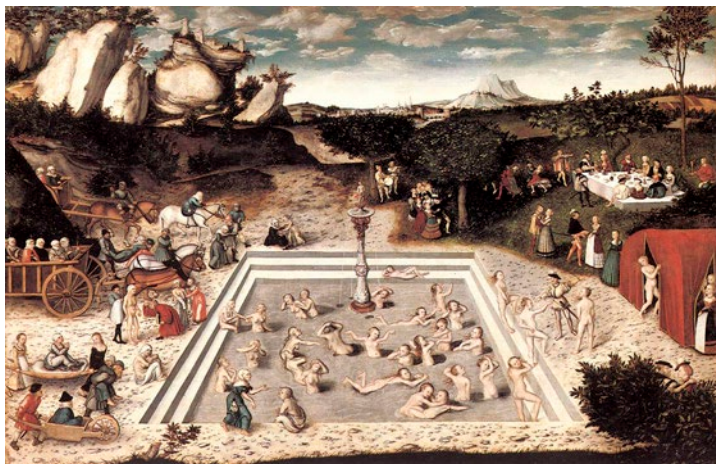
Leden van het College van Bestuur,
Raad van bestuur,
zeer geachte aanwezigen

Op de dag af twee en twintig jaar geleden schreef ik een vlam-mende sollicitatiebrief met als doel in opleiding tot chirurg te komen en de wereld te verbeteren. Het leitmotif van die brief was het verleggen van grenzen, geheel passend in het toen-malige momentum. Ondertussen leven we steeds langer, en in de wereld om ons heen lijkt alles maakbaar. Dat geldt voor gezondheid, schoonheid en soms ook geluk.

Hoe schril is het contrast tussen die maakbare wereld en de realiteit van ziekte, ouderdom en sterfte. Dat werd de afgelopen twee jaar pijnlijk duidelijk tijdens de COVID pandemie. Er werd een grens bereikt, die van de capaciteit van de zorg, en uit de maatschappelijke ontwrichting die dat teweeg bracht, bleek dat we als samenleving totaal ontwend zijn geconfronteerd te worden met grenzen. In plaats van deze pandemie te gebruiken als aanleiding voor een discussie over onze verouderende samenleving, sterfelijkheid en beperkte middelen, bleek het een aanleiding voor een heel ander soort debat. Mondkapjes en IC bedden. Covid legde bloot dat we zijn gaan geloven in de illusie van de maakbaarheid.

Vergankelijkheid is lastig te accepteren, liever herstellen we wat kapot is, dat wordt in de chirurgie vertaald in opereren met als ultiem doel, de dood bestrijden of eigenlijk zo lang mogelijk uitstellen. Dat geeft hoop. Werden er in het verleden leeftijds-grenzen gesteld aan bepaalde behandelingen of operaties, dat

wordt nu gezien als leeftijdsdiscriminatie. Iedereen heeft recht op alles en op het eerste gezicht lijkt alles wat technisch mogelijk is, de moeite waard. En tegenwoordig is er veel technisch mogelijk, zeker in de operatiekamer.



De fontein van de jeugd (1546) door Lucas Cranach de Oude

Voordat een patiënt daar terecht komt, heeft zich een selectieproces voltrokken. Hier is niet meer voor nodig dan een juiste diagnose in combinatie met een richtlijn. Dit ziektegedreven proces doet echter geen recht aan de individuele patiënt kenmerken of voorkeuren en voldoet zeker niet voor de oudere patiënt. Dat blijkt in de praktijk door de soms teleurstellende uitkomsten na grote operaties bij patiënten op oudere leeftijd. Mede als reactie daarop is de laatste jaren de transitie naar waardegedreven zorg ingezet.

Voor waardegedreven zorg bestaan meerdere definities, de in Nederland gebruikte term duidt op zorg die gericht is op het creëren van waarde voor de patiënt en diens naasten. Dat kan een hele andere uitkomst zijn dan genezing van ziekte. Om de transitie van ziekte gedreven naar waardegedreven chirurgie mogelijk te maken is meer kennis over de uitkomsten van operaties bij oudere patiënten noodzakelijk.

De uitkomst en het succes van een operatie worden klassiek uitgedrukt in complicaties en sterfte. Vooral die laatste, sterfte, is absoluut een uitkomst die vermeden dient te worden. Dit is meer leidend bij het nemen van behandelbesluiten dan we soms voorzien. Hoe vaak wordt bij het bespreken van een mogelijke operatie niet tegen een patiënt gezegd: “er is geen alternatief want als we u niet opereren, gaat u dood”. Dit wekt de illusie dat de dood voor altijd uitblijft na een operatie. Dat een operatie in sommige gevallen de dood zelfs dichterbij kan brengen of ondanks genezing van een ziekte gepaard kan gaan met verlies van kwaliteit van leven, wordt de afgelopen jaren steeds duidelijker.

Na een grote operatie ondervindt een deel van de oudere patiënten blijvend functieverlies, voor 1 op de 6 houdt dat in dat er cognitieve problemen op langere termijn zullen zijn. Ook van de fitte patiënten is 1 jaar na een operatie een aanzienlijk gedeelte zorgafhankelijk. Dit terwijl voor de meeste ouderen

het behoud van zelfstandigheid een van de belangrijkste doelen van een behandeling is.

De winst van een operatie in de laatste levensfase is soms beperkt. Hoe graag we als chirurg ook geloven in onze bijdrage aan de maakbaarheid van het bestaan.

Het is niet verwonderlijk dat patiënten zich verenigd hebben en inmiddels een rol spelen in het vormgeven en beoordelen van verschillende zorgtrajecten. Na de nadruk op kwantiteit van leven in de afgelopen jaren van technische innovatie, wordt kwaliteit van leven toenemend belangrijk. Dit verdient ook aandacht in gesprekken voorafgaand aan het starten van een behandeltraject. Alleen als een patiënt goed geïnformeerd wordt over de verwachte uitkomsten van een operatie valt er voor een patiënt echt iets te kiezen.



Chirurgen voelen zich niet altijd comfortabel bij dit proces van samen beslissen. Mogen wij een patiënt een behandeling die tot genezing kan leiden wel onthouden? Hier loert een ethisch dilemma. Hoe verhoudt kwaliteit van leven zich eigenlijk tot kwantiteit?

Het is in ieder geval onvoldoende bekend hoe die kwaliteit van leven er na een operatie op latere leeftijd uitziet. De informatie die een arts en patiënt nodig hebben om samen tot een afgewogen besluit te komen ontbreekt in veel gevallen. Gevormd door jaren van kwantitatief onderzoek (meten is weten) als basis voor de huidige evidence based geneeskunde, worstelt de medische wetenschap met het meten van kwaliteit. Er zijn talloze vragenlijsten, die voor een grote groep inzicht kunnen bieden in uitkomsten, maar de realiteit is dat kwaliteit sterk individueel bepaald is. Voor de een is een regelmatige *gin tonic* een



Foto: Tchompalov, Vlad. [2019]. Iceberg Gin & Tonic[Photograph]. Unsplash.

belangrijke bijdrage aan kwaliteit van leven. Voor anderen is dit onderdeel van een schadelijke lifestyle waar je met coaching afstand van moet zien te nemen.

Als we de komende jaren daadwerkelijk uitkomsten van zorg willen verbeteren, dient er meer aandacht en waardering te komen voor kwalitatief onderzoek. Waarbij we vragen wat er toe doet, in plaats van dat voor een patiënt te bepalen. Alleen door dat onderzoek te verdiepen en met de huidige kwantitatieve maten te combineren, kunnen we inzicht krijgen in relevante uitkomsten.

Door een chirurg wordt een gecompliceerd beloop na een operatie letterlijk gevoeld als een naar gevolg van eigen handelen. Dat maakt dat de afgelopen jaren toenemend gezocht wordt naar de oorzaak voor die teleurstellende uitkomsten van een operatie bij de oudere populatie. Een voor snijders natuurlijke reflex is te veronderstellen dat de oorzaak ligt bij de anesthesioloog. De soort anesthesie, de diepte, de bloeddruk, de vulling, de gebruikte middelen, allemaal mogelijke oorzaken van inferieure uitkomsten.

Ook ligt het aan de patiënt zelf, die is niet fit genoeg, beweegt niet, drinkt, rookt, eet onvoldoende of te veel.

Een belangrijke factor wordt daarbij uit het oog verloren, het snijden zelf. Op het moment dat het mes in een lichaam wordt gezet, treedt een ontstekings reactie op die wenselijk en noodzakelijk is voor het herstel van het lichaam. De reactie zorgt voor het vrijkomen van ontstekingsmediatoren die door het hele lichaam worden getransporteerd. Deze stoffen zijn essentieel voor genezing van het chirurgisch trauma maar kunnen ook tot minder wenselijk gevolgen leiden. Zo passeren ze bijvoorbeeld de bloed hersen barrière en zetten daar een proces in gang dat leidt tot neuroinflammatie, een ontsteking van de hersenen.

Deze ontsteking kan zich uiten in tijdelijke verwardheid (zoals een delier) of blijvende cognitieve schade en zou zelfs een rol

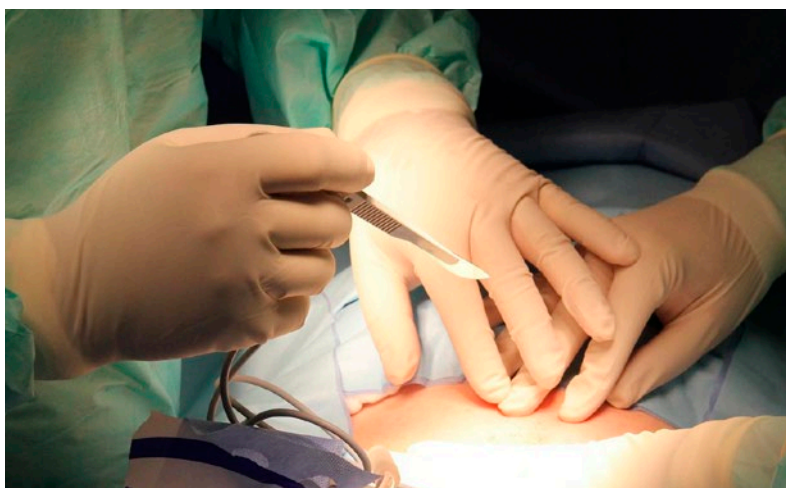


Foto: J PANA, www.flickr.com

kunnen spelen in het ontstaan van latere dementie. Ook lijkt er een relatie te zijn tussen de grootte van de ontstekings reactie en het optreden van complicaties. Hoewel het aannemelijk is dat de darm en het zenuwstelsel bij deze inflammatoire respons een belangrijke rol spelen, is de precieze interactie tussen verschillende componenten nog onvoldoende bekend. Wel is duidelijk dat bij ouderen deze inflammatoire respons heftiger kan verlopen dan bij jongeren. Verschillende aandoeningen zoals kanker maar ook hart- en vaatlijden gaan gepaard met een verhoogde inflammatoire status. Deze aandoeningen komen vaker voor, juist bij oudere mensen. Dat is een van de redenen dat het oudere lichaam kwetsbaarder kan zijn voor de gevolgen van allerlei soorten invloeden van buitenaf waarbij de

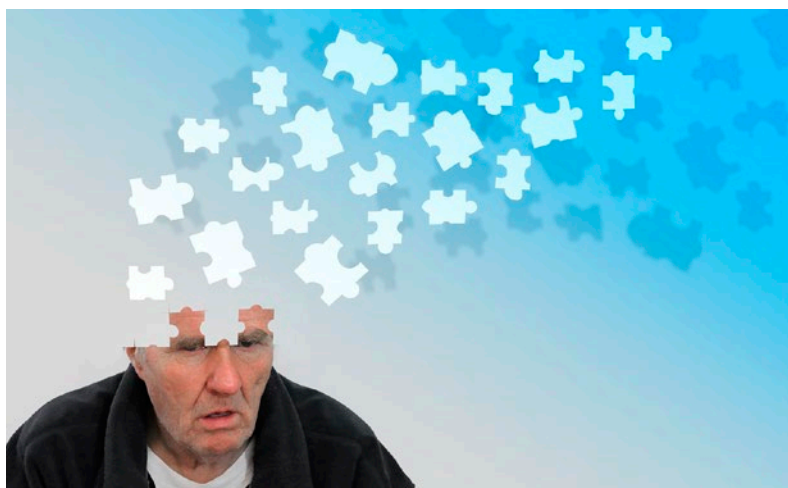


Foto: Gerd Altmann via pixabay.com

inflammatoire respons een rol speelt. Voorbeelden daarvan zijn bacteriële- of virusinfecties, en trauma's in de vorm van een ongeval of een chirurgische ingreep.

Een paar dagen na een operatie lijkt de ontstekings reactie zijn piek te bereiken. Het dempen van die reactie, zou uitkomsten kunnen verbeteren. Het ligt voor de hand bij kwetsbare patiënten de schade ten gevolge van de operatie zo beperkt mogelijk te willen houden. Dit kan door de operatie techniek minder invasief te maken, oftewel minder schade aan te richten, op die manier wordt de ontstekingsreactie ook minder hevig. Maar ook hier blijft de vraag of wat technisch kan, ook moet, nog onbeantwoord.

Er zijn ook andere manieren denkbaar om de respons van het lichaam op een operatie te beperken, medicamenteuze interventies zowel voor als tijdens de operatie, liggen voor de hand. Maar ouderen zijn door andere fysiologie, vatbaarder voor bijwerkingen. Daarom is het juist voor deze patiënten groep goed te zoeken naar oplossingen die minder of helemaal geen schade veroorzaken. Niet invasieve interventies waaronder optimalisering van de verpleegkundige zorg maar ook het inschakelen van familie in het postoperatieve traject zijn veelbelovend, maar dienen uitgebreider te worden onderzocht.



Vanuit de zorg voor dementerenden is al langer bekend dat muziek een heilzame werking heeft. Het ligt dus meer voor de hand dan je op het eerste gezicht zou denken, te onderzoeken wat de bijdrage van muziek aan verbetering van uitkomsten van zorg op een chirurgische afdeling zou kunnen zijn. Muziek is een belangrijk onderdeel van het leven buiten de ziekenhuis-muren, maar lijkt binnen die muren bijna verdwenen. Persoonlijke aandacht en contact zijn ongetwijfeld mede een reden dat live muziek het welbevinden van patiënten positief beïnvloedt. Het past ook uitstekend in het concept van waardegedreven zorg. Maar zou muziek de ontstekingsreactie na een operatie kunnen dempen en herstel bevorderen?

Zowel preklinisch onderzoek als cohort studies zullen de komende jaren meer duidelijkheid moeten verschaffen in de samenhang tussen veroudering, de daarmee gepaard gaande aandoeningen, kwetsbaarheid, inflammatie en uitkomsten. Daarbij is het van belang dat we kijken over de grenzen van de heelkunde: samenwerking met andere specialismen verdient

verdieping. Daarbij is een belangrijke rol weggelegd voor de anesthesiologie, neurobiologie, ouderengeneeskunde, medische oncologie, radiotherapie, epidemiologie, psychologie, immunologie en andere snijdende specialismen. Door kennis te bundelen kunnen we helder krijgen wat er precies met een ouder lichaam gebeurt op het moment dat het mes er in gezet wordt en wat daar de korte en lange termijn gevolgen van zijn.



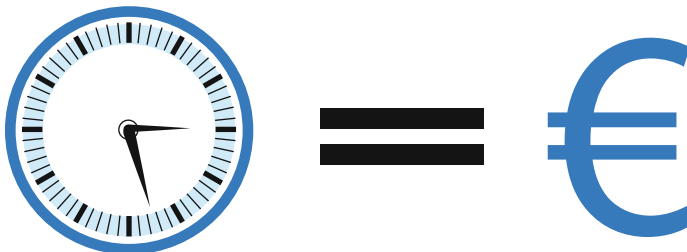
Als zowel het fysiologische proces dat zich in een lichaam afspeelt tijdens en na een operatie als de gevolgen ervan voor het leven na de operatie duidelijk zijn, kunnen ook patiënten worden geïdentificeerd waar de nadelige gevolgen van een operatie mogelijk niet zullen opwegen tegen de voordelen ervan. De afgelopen jaren zijn er vele pogingen geweest deze kwetsbaarheid meetbaar te maken, en geheel in de traditie van de maakbaarheid even zoveel pogingen deze kwetsbaarheid ongedaan te maken.

Daarbij wordt gefocust op factoren die moduleerbaar of maakbaar zijn zoals bv voeding en beweegpatronen. De resultaten zijn veelbelovend maar voor een geselecteerde groep patiënten. Bij kwetsbaarheid spelen echter allerlei andere factoren dan uitsluitend de maakbare een rol, zoals niet in de laatste plaats opleiding, mentale veerkracht, sociaal netwerk, woonomstandigheden en armoede. Die laatste factoren spelen ook in Nederland een grotere rol in de uitkomsten van zorg dan lange tijd werd gedacht. Door patiënten verantwoordelijk te stellen voor hun eigen kwetsbaarheid en op allerlei manieren verbetering daarvan te suggereren bestaat het risico dat de patiënt als schuldig wordt gezien aan zijn of haar situatie of zichzelf als schuldig ervaart. Alsof gezondheid een keuze is, terwijl de realiteit is dat veel patiënten om verschillende redenen geen keuze hebben.

In meerdere centra wordt in het kader van waardegedreven zorg gewerkt aan initiatieven een beter passend behandelplan voor oudere/ kwetsbare patiënten op te stellen. Om dit te realiseren wordt veelal de inzet van een verpleegkundige gevraagd om de context en situatie van de patiënt in kaart te brengen. Het meewegen van die componenten in een behandelbesluit leidt in een aanzienlijk deel van de gevallen tot een minder invasief behandeladvies.

De structurele implementatie van deze zorg wordt echter belemmerd door een aantal factoren.

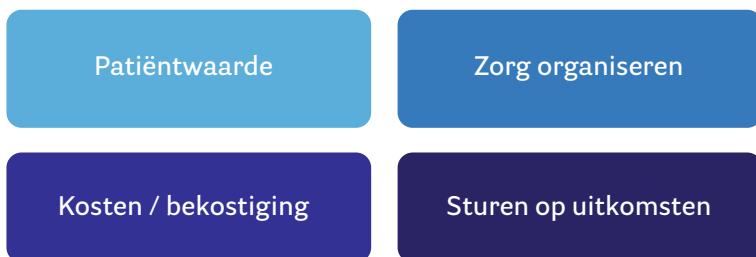
- Gezondheidszorg is in de afgelopen jaren vercommercialiseerd en termen als marktwerking, productie en kosteneffectiviteit zijn leidend. Daarbij is de kern van de gezondheidszorg uit het oog verloren; zorg voor zieken en kwetsbaren in de samenleving. Het lijkt vergeten dat ziekenhuizen uiteindelijk konden ontstaan doordat het verpleegkundig beroep geprofessionaliseerd werd. Aan het begin van de vorige eeuw was er waardering voor dat beroep. Nu is een pandemie noodzakelijk voor kortdurend applaus, maar blijft waardering in de vorm van structurele beloning uit. Bij vele (zo niet alle) vormen van waardegedreven zorg is de rol van de verpleegkundige essentieel. Dat is ook degene die voor de patiënt zorgt, luistert en de meeste tijd met een patiënt doorbrengt. De arts is gedurende een behandeltraject onmisbaar, maar minder aanwezig. Hoe schrijnend dat de structurele implementatie van waardegedreven zorg strandt op de financiering van de centrale pilaar, de verpleegkundige zorg.



Dit doet afbreuk aan de aantrekkingskracht van het beroep voor een jongere generatie en dat is bijzonder onwenselijk in een vergrijzende samenleving. De komende jaren is investering noodzakelijk in de kern van het verpleegkundig beroep, waardevol zorg verlenen, waarbij verpleegkundigen zowel financieel als praktisch de erkenning krijgen die hun vak verdient. Onderzoek naar en scholing in manieren waarop medici en verpleegkundigen elkaar kunnen versterken in het streven naar waardevolle uitkomsten is hiervoor onontbeerlijk.

- De diagnose behandelcode (DBC) is de hoeksteen van de financiering van zorg, DBC's gaan uit van verrichtingen en behandelingen. Kort gezegd, een chirurg wordt betaald om te opereren, niet om te praten. Het behoeft weinig betoog dat deze financiering niet past bij een waardegedreven zorg-structuur. De overtuiging dat tijd-geld is, is zo diep geworteld dat een veel gehoord bezwaar tegen waardegedreven zorg initiatieven is dat het te veel tijd kost. Het is op zijn minst wonderlijk dat we in een zorgsysteem zijn beland waar een gesprek van 30 minuten of een overleg van 10 minuten als te tijdrovend wordt ervaren. Dat is vreemd als er aan de andere kant wel uren wordt geopereerd aan pten die vervolgens weken op een ic of een ziekenhuisafdeling doorbrengen en maanden in een hersteltraject. Wat rechtvaardigt die dubbele standaard in waardering van tijd?

- Passende zorg, die leidt tot minder interventies, kan ertoe leiden dat een ziekenhuis of afdeling gekort wordt in het te besteden budget. De financiële prikkel is gericht op behandeling. Minder behandelen 'loont' daarom in het huidige stelsel niet, ook niet als de zorg voor patiënten er beter door wordt. Overheid, zorgverzekeraar en ziekenhuisbestuur houden elkaar in een wurggreep. Daar doorheen te breken vereist moed en wederzijds vertrouwen en investering in zorginnovatie, niet alleen in woord, maar ook in daad.



Vrij naar model Ahaus

Wetenschappelijk onderzoek op 4 domeinen te weten: patiënt waarde, zorgorganisatie, kosten/ bekostiging en uitkomsten kan helpen de consequenties van de transitie naar waardegedreven zorg te ontrafelen en zo bijdragen aan een evidence based ontwikkeling van een zorgmodel dat past bij de huidige demografie. Daarbij is samenwerking tussen zorginstellingen, overheid en zorgverzekeraars noodzakelijk. De hoeveelheid

data beschikbaar in verschillende registratie systemen is niet onaanzienlijk, maar de huidige privacy wetgeving maakt uitwisseling van die data vrijwel onmogelijk en staat verbetering in de weg. Herziening van deze wetgeving zou big data analyse in het kader van wetenschappelijk onderzoek op nationaal en ook internationaal niveau mogelijk maken. Vergrijzing is immers een fenomeen waar de hele westerse wereld mee geconfronteerd wordt.

Als we de zorg daadwerkelijk waardegedreven willen maken, en passend bij de groeiende groep oudere patiënten, dan hoort daar acceptatie bij van het feit dat andere uitkomsten van zorg van waarde zijn dan genezing.

Niet alles is maakbaar, dat is een illusie, maar waardegedreven zorg mag dat niet zijn.

‘Ik heb gezegd’



Illustratie: cake-mixstore.com

Barbara van Leeuwen (1971) rondde haar studie geneeskunde af in Rotterdam en kwam in 2000 in opleiding tot chirurg in de regio Groningen. Na haar opleiding werkte ze in het kader van een KWF fellowship “kanker bij ouderen” in het Uppsala University Hospital, Whiston Hospital Liverpool en MD Anderson Cancer Center, Houston. In 2008 ontving ze een Rosalind Franklin Fellowship van de Rijksuniversiteit Groningen. Sindsdien heeft ze een consortium gevormd dat zich bezig houdt met de oudere chirurgische patiënt. In zowel preklinische als klinische studies worden onderwerpen als besluitvorming, de perioperatieve inflammatoire respons en postoperatief functieverlies onderzocht. De laatste jaren worden resultaten van deze onderzoeken gebruikt in de transitie van ziekte-gedreven naar waardegedreven zorg.

