**Inleiding**

Mijnheer de voorzitter van de Raad van Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum, dames en heren, de brug als metafoor is van toepassing op talloze situaties. In mijn vak, de brug tussen medische kennis en individuele zorg of de translationele brug tussen fundamenteel onderzoek en vragen uit de kliniek. Of zelfs de brug tussen optimaal medisch-technische zorg en optimaal door de patient gewenste zorg

Ik zal proberen een brug te slaan tussen U als toehoorder enerzijds en ervaringen uit mijn professionele leven van de afgelopen 34 jaar anderzijds. Dat is een formidabele taak in 45 minuten en ik heb het volste besef dat dat maar zeer gedeeltelijk en fragmentarisch kan, maar ik ga het toch proberen.

Ik ben mijn hele professionele loopbaan in beslag genomen door de heelkundige aspecten van mijn vakgebied. Ook in mijn tijd als afdelingshoofd en in de periode als voorzitter van een van de drie klinische divisies van het LUMC, ben ik altijd blijven opereren. Ik heb het heel veel gedaan, op allerlei plaatsen, ik heb het heel veel gezien, ik heb er veel verschillende aspecten van bestudeerd en ik heb er veel over geschreven. Over handvaardigheid, technieken, learning curves, chirurgische attitude en over de eigenschappen van de ideale chirurg. Met betrekking tot dat laatste aspect, de ideale chirurg, heeft de metafoor van de brug mij misschien nog het meest aangesproken.

Een goede chirurg combineert handvaardigheid, anatomische kennis, klinisch inzicht, chirurgische ervaring, kennis van materialen en instrumenten, beheersing van chirurgische technieken, stress bestendigheid, een positieve instelling, goede ogen en goede rugspieren. Maar een ideale chirurg heeft nog iets meer.

In de beschrijving van iemands karakter zou je een spectrum kunnen zien dat loopt van het chirurgische prototype aan een kant tot de antipode daarvan aan de andere kant. Het prototype van de chirurg kent iedereen. Het is iemand die zich thuis voelt in de schijnwerpers, met weinig of geen twijfel aan zichzelf, een leidend type (met een korte ei), met een branie die onwillekeurig doet terugdenken aan de corporale studententijd en met altijd bovengemiddelde aandacht voor de OK zusters. Tijdens de operatie zijn ze vooral dooortastend, meestal snel, soms robuust, en bijna altijd zonder second thoughts. Hier in de zaal zijn er een aantal van aanwezig.

De antipode van dit type is werkelijk het tegendeel. Eerder bescheiden en liever op de achtergrond. Zachtaardig en weinig narcistisch. Tijdens de ingreep kenmerkt de antipode zich door nadenkendheid, voorzichtigheid, bedachtzaamheid en fijnzinnigheid. Ook wel door twijfel en afweging. Het gaat minder snel maar vaak met meer gevoel en delicate handling. Iedere operatie kent momenten dat er behoefte is aan de aanpak van het chirurgische prototype: een grote bloeding, een plotselinge complicatie, een acuut probleem, een levensbedreigende situatie. Maar iedere operatie kent ook momenten dat er juist behoefte is aan de antipode chirurg: een lymphkliermetastase die tussen twee grote bloedvaten en een zenuw uitgehaald moet worden of het losprepareren van de blaas na voorafgaande bestraling. Beide situaties kunnen zich binnen korte tijd tijdens een en dezelfde operatie voordoen. De ideale chirurg bezit het vermogen om een brug te slaan tussen zijn of haar prototypische en antipodale eigenschappen en zo te schakelen tussen beide, al naar gelang de chirurgische situatie daarom vraagt.

Dames en heren, om mijn liefde voor de chirurgie beter te kunnen begrijpen was een Engelse schrijver nodig om te verwoorden welk gevoel het verrichten van een intensieve operatie kan oproepen. Ik heb het over Ian McEwan die voor zijn boek Saturday, dat een dag beschrijft in het leven van de neurochirurg Henri Perowne, twee jaar lang meeliep met een bevriende neurochirurg in Londen. Hij beschrijft de overpeinzing van de hoofdfiguur nadat deze een gecompliceerde subarachnoidale bloeding tot staan heeft gebracht tijdens zijn weekenddienst op zaterdag. Ik citeer:

*For the past two hours he has been in a dream of absorption that has dissolved all sense of time, and all awareness of the other parts of his life. Even his awareness of his own existence has vanished. He has been delivered in a pure present, free of the weight of the past or any anxieties about the future. In retrospect, though never at the time, it feels like profound happiness. It’s a little like sex, in that he feels himself in another medium, but it’s less obviously pleasurable, and clearly not sensual. This state of mind brings a contentment he never finds with any passive form of entertainment. Books, cinema, not even music can bring him to this. Working with others is part of it, but it’s not all. This benevolent dissociation seems to require difficulty, prolonged demands on concentration and skills, pressure, problems to be solved, even danger.*

*He feels calm, and spacious, fully qualified to exist. It is a feeling of clarified emptiness, of deep, muted joy. Back at work and, lovemaking aside, he is happier than at any other point of his day off, his valuable Saturday. There must, he concludes as he stands to leave the theatre, be something wrong with him.*

Dat is nog eens een andere brug. Een brug naar wat gedragspsychologen hebben beschreven als flow en wat al duizenden jaren onderwerp van studie is geweest door Chinese filosofen. En daaruit voortkomend ook een brug naar geluksgevoel, tenminste zolang als het duurt.

Dames en heren, ik neem U mee over mijn brug die een landschap ontsluit van 34 jaar hartstochtelijk beleefde gynaecologie, gynaecologische chirurgie en gynaecologische oncologie. Voor mij is het omzien in verwondering. Verwondering over hoe snel het is gegaan. En ik voel mee met Herman van Veen als hij zegt: *ik voel me achttien maar als ik in de spiegel kijk, sta ik mijn vader te scheren.*

**Jongensboek**

Soms denk ik aan mijn tijd als afdelingshoofd in het LUMC als aan een jongensboek. Vrijwel alle jongensboeken die ik ken hebben een paar gemeenschappelijke elementen: kameraadschap; uitdagingen, problemen en moeilijkheden overwinnen en een happy end.

Kameraadschap staat daarin misschien wel centraal. Ik heb het voorrecht gehad om bij het aansturen van de afdeling Gynaecologie de onvoorwaardelijke hulp en steun te hebben gehad van twee andere stafleden: mijn vrouw Trudy -er doen ook meisjes mee in dit jongensboek- en mijn waarnemend afdelingshoofd Lex Peters. Een dergelijke support in een dergelijke functie is belangrijk om een aantal redenen. Het gevoel problemen te kunnen delen is er een van maar misschien nog belangrijker is de zekerheid van kritische bijsturing zonder voorbehoud bij dreigende verkeerde afslagen. En daarnaast input over van alles op de werkvloer omdat je nu eenmaal niet overal tegelijk kunt zijn en ook niet overal de beste voelsprieten voor hebt. Onderling respect, kameraadschap en vaak ook humor zijn randvoorwaarden om van zo een baksel een goed rijzende taart te maken. En ook onderlinge overeenstemming over een aantal fundamentele basisprincipes zoals de benadering van patienten. Het feit dat wij gedrieeen uit dezelfde opleidingsschool afkomstig waren, heeft daar zeker bij geholpen. Er is een rijmcitaat over eenzaamheid aan de top, en het gaat over stierenvechten:

*bullfight critics, ranked in rows*

*crowd the enormous plaza full*

*but only one is there who knows*

*and he’s the man that fights the bull*

Dat gevoel heb ik eigenlijk nooit gehad.

Uitdagingen, problemen en te overwinnen moeilijkheden. Die waren er genoeg. Mijn voorganger Eylard van Hall had grote naam gemaakt op het gebied van psychosomatiek en op het gebied van vrouwen- en patientenemancipatie. Dat was in de tijdgeest van de zeventiger en tachtiger jaren van de vorige eeuw. Wij begonnen in 1992 en ons doel was om de gynaecologische chirurgie en de gynaecologische oncologie in Leiden beter op de kaart te zetten. In mijn opleidingstijd verwezen wij patienten met baarmoederhalskanker naar het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam en wat betreft onze ideeen over de chirurgie was er nog een hele generatie gynaecologen in de omgeving met veel meer chirurgische ervaring dan wij en die helemaal niet onder de indruk waren van de opvattingen van een paar jonge gasten uit de academie. Het zou een uitgebreid project worden dat alleen maar op basis van aanzien tot een goed einde kon komen. Aanzien heeft vele gezichten. Sommige hebben te maken met uitstraling, sommige met leeftijd maar de meeste met inhoud en het ontwikkelen daarvan kost tijd.

Kreeg het boek een happy end? Ik denk van wel met de aantekening dat het natuurlijk nooit een echt end is want de ontwikkeling van een afdeling gaat altijd door en krijgt onder nieuw leiderschap altijd weer nieuwe accenten. Maar er is in de afgelopen jaren wel veel gebeurd. Leiden is langzaam maar zeker toonaangevend geworden in de gynaecologische chirurgie in Nederland. Vanuit Leiden wordt de belangrijkste bij- en nascholing op gynaecologisch chirurgisch gebied verzorgd, waarbij de praktische cursussen verplicht zijn voor alle aios gynaecologie in Nederland. Tot de IVF zich sterk begon uit te breiden hadden wij in het LUMC de beste fertiliteitschirurgie in het land. We deden en doen bijzondere bekkenbodemchirurgie van het achterste compartiment. In de minimaal invasieve chirurgie, een van de belangrijkste chirurgische ontwikkelingen van de laatste 15 jaar, is er een hechte samenwerking ontstaan tussen onze afdeling en de TU Delft. Uniek en vooral praktisch gericht onderzoek op het gebied van chirurgische innovatie en quality assessment komt daaruit voort.

In de oncologie zijn er in het LUMC nieuwe operatietechnieken ontwikkeld vooral op het gebied van sparende chirurgie: het sparen van autonome zenuwen in het kleine bekken belangrijk voor de blaas-, rectum- en sexuele functie, het sparen van de eierstokfunctie en het sparen van de fertiliteit. Op dit moment verrichten wij in het LUMC per gynaecologisch oncoloog de meeste radicale hysterectomieen in Nederland en dat is niet alleen omdat het WG niet meer bestaat.

Er speelt veel op het gebied van benchmarking in de oncologie. Dit jaar heeft de NFU, de federatie van universitaire medische centra, samen met het ministerie van VWS een uitgebreide beoordelingsronde gedaan naar de kwaliteit van de UMC’s op het gebied van bijzondere ziekten, waaronder kanker. De minister heeft in dat kader vorige maand predikaten van expertise centra verleend voor de periode van vijf jaar. Het LUMC is daarbij erkend als expertisecentrum voor de vier belangrijkste gynaecologische maligniteiten. Dat lijkt me in ieder geval een happy beginning voor onze opvolgers.

**Veranderende wereld**

Dames en heren, bij een wandeling over een brug van 34 jaar, kan het niet anders dan dat je de wereld ziet veranderen. Soms langzaam en geleidelijk, soms plotseling en met grote sprongen. Zonder enige twijfel is de automatisering, met daaruit voortkomend het digitale tijdperk, het internet en de sociale media, de grootste verandering van de afgelopen dertig jaar. Ik heb de gegevens van mijn proefschrift nog met ponskaarten ingevoerd in een computer die zo groot was als een serieuze vrachtwagen. Mijn eerste laptop had een harde schijf van 500Mb en mijn bureaucomputer van nu van terabytes. Ik kom op de betekenis van de digitale wereld nog terug als ik het heb over leiderschap.

Maar er zijn nog andere veranderingen geweest, met eveneens belangrijke gevolgen voor mijn vakgebied. Een ervan is de afname van vlieguren in de opleiding.

Met name in beroepen waar hoge complexiteit, handvaardigheid, precisie en een hoog risico bij verkeerde handelingen centraal staan, zijn praktische training en ervaring van eminent belang. Talent alleen is niet genoeg. Dat geldt voor schakende grootmeesters, piloten, concertmusici, goochelaars, circusartiesten, topsporters en….. chirurgen. Er is voor benodigde vlieguren bij dergelijke beroepen een richtgetal: niet bewezen, niet evidence based, maar met de signatuur: dat zou best kunnen. Dat is het getal 10.000. 10.000 uren aan de operatietafel om het vak in werkelijke excellentie te kunnen uitoefenen. In de huidige opleiding lijkt dat een onhaalbare utopie.

De oorzaak van deze terugval in chirurgische exposure is een samenloop van zeer uiteenlopende ontwikkelingen. Die ontwikkelingen zijn bekend en een logisch gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen: parttime werken, werktijdenbesluit, compensatie overdag voor avond-, nacht- en weekenddiensten, zwangerschapsverlof, ouderschapsverlof, verplichte theoretische cursussen en een sterk toegenomen administratieve belasting, zowel wat opleidingsaspecten zelf betreft als allerlei bureaucratie in de zorg. Ik heb in dit kader de chirurgische opleiding in de gynaecologie wel eens een schriftelijke cursus goochelen genoemd.

Het wijzen op de gevolgen van deze ontwikkelingen klinkt als kritiek op de ontwikkelingen zelf. Dat is een misvatting. De meeste van deze ontwikkelingen ondersteunen een betere balans tussen werk en thuis en ondersteunen de ontplooingsmogelijkheden van vrouwen hierbij. Dat is prima. Ik zou de laatste zijn om te pleiten voor het teruggaan naar 100 werkuren in de week, 36 uur aan een stuk werken, geen andere rol voor de vrouw dan achter het aanrecht en de opleiding via een oncontroleerbaar meester-gezel model. Maar wat niet prima is zijn de gevolgen voor de zorg.

Ik noem de drie meest belangrijke: verlies van excellentie, verlies van verantwoordelijkheid en probleemhouderschap, en verlies van empirisch inzicht.

Uitmuntende vakuitoefening in de chirurgie hangt nauw samen met ervaring, met vlieguren dus. Stel dat U in het tornadoseizoen naar het Caraibisch gebied moet vliegen dan denk ik dat U liever niet zou kiezen voor een gezagvoerder op die vlucht met een opleidingstraject achter de rug van af en toe een vluchtje Rotterdam - Luxemburg en verder alleen maar simulatietrainingen. Johan Cruijff was begenadigd met een uitzonderlijk voetbaltalent maar hij had ook een opleidingstraject gehad van misschien wel meer dan 10.000 uur straatvoetbalpraktijk in Betondorp.

Een tweede gevolg van te weinig vlieguren heeft te maken met de continuiteit van patiëntcontact in het algemeen, breder dan de chirurgie alleen. Een constante bemoeienis met patiënten en medische problemen kweekt automatisch verantwoordelijkheid en probleemhouderschap. De klinische afdelingen in ons vak worden vaak door opleidingsassistenten gerund. Maar als een assistent door alle roosteringen, diensten en andere afwezigheden maar twee dagen per week op de afdeling aanwezig kan zijn, dan móet dat invloed hebben op verantwoordelijkheidsgevoel en probleemhouderschap. Als ik dinsdagmiddag betrokken wordt bij een probleem, er woensdag en donderdag niet ben en pas vrijdag weer wel, ga ik dinsdagavond anders naar huis dan wanneer ik alle dagen van de week op de afdeling zou zijn, want woensdag en donderdag is het probleem niet meer mijn probleem. Is dat erg? Ja, voor de patiënt wel. Patiënten willen probleemhouders, mensen met wie ze schouder aan schouder de strijd kunnen aangaan, en liefst steeds dezelfde schouder. Als ik een probleem heb met mijn telefoonprovider wil ik een naam van een levend mens die, als ik terugbel, nog steeds levend is en nog weet van mijn probleem. Ik wil niet steeds wisselende personen aan wie ik het probleem iedere keer opnieuw moet uitleggen ook al staat het in de computer. De zoetsappige antwoorden en de onmogelijkheid om deze mensen boos te krijgen, allemaal het gevolg van vele cursussen telefoongesprekken voeren, maken de ergernis alleen maar groter. Wat ik hiermee wil zeggen is dat te weinig continuïteit van zorg het probleemhouderschap erodeert en daarmee de echte kwaliteit van zorg uitholt.

En een derde gevolg van te weinig vlieguren is verlies van empirisch inzicht. Empirie in de geneeskunde is tot nu toe een belangrijk onderdeel van medische vooruitgang geweest. Ik bedoel échte vooruitgang, en ik durf te zeggen dat empirie misschien wel belangrijker is geweest voor werkelijke vernieuwingen dan veel gerandomiseerd onderzoek of eindeloze meta-analyses. Empirie betekent het gebruik van eigen waarneming. Daarvoor is een praktijksituatie nodig, en liefst heel veel praktijksituaties. Heel veel praktijk, niet alleen om de kans op een significante waarneming te verhogen maar ook om de nodige ervaring op te doen om het gewone te kunnen onderscheiden van iets dat significant ongewoon zou kunnen zijn.

De tijd ontbreekt mij om uitgebreid in te gaan op voorbeelden van empirisch inzicht maar ik noem U de namen van Alexander Fleming (ontdekking van penicilline), Semmelweiss (kraamvrouwenkoorts), Arthur Herbst (DES), Horace Wells (lachgas) en Edward Jenner (pokkenvaccinatie).

Dames en heren, nu we het toch over bedenkelijke of zelfs gevaarlijke ontwikkelingen hebben, is de brug naar de toegenomen bureaucratie en regeldruk in de zorg snel gemaakt. Dit fenomeen is op verschillende manieren beschreven: cijferfetisjisme, geeplodeerde zorgbureaucratie, ongekend administratiecircus, grenzeloze dataverzameldrift, geforceerde transparantiepogingen en veiligheidswaan.

Het volgende bericht zou in het jaar 2116 zomaar in een plaatselijke digitale krant kunnen verschijnen:

*We schrijven het jaar 2116, precies 100 jaar na de dramatische, onverwachte aardbeving die de Benelux, een deel van het Ruhrgebied en het noordelijk deel van Frankrijk in één nacht deed verdwijnen onder tientallen meters aarde en puin. Het zal wel altijd een raadsel blijven hoe de tektonische breuklijn, die van Dordrecht tot Karlsruhe liep, door wetenschappers onopgemerkt is gebleven. Feit blijft dat Nederland op dat moment ophield te bestaan. De afgelopen decennia slaagden Amerikaanse archeologen erin om een deel van het van het voormalige Zuid-Holland uit te graven. In de vette kleigrond bleek veel bewaard te zijn gebleven, vaak in nog onberispelijke staat. Veel kunstwerken werden ongeschonden teruggevonden en verder natuurlijk een schat aan informatie over het leven in de Lage Landen in het begin van de 21e eeuw. Maar even zovele vragen blijven. Zo werd onlangs naast het voormalige Leidse treinstation een uitgebreid gebouwencomplex blootgelegd dat werd geïdentificeerd als een enorme drukkerij en papierfabriek. Raadsel blijft wat de functie is geweest van de talloze bedden die in deze fabriek werden teruggevonden. Eenzelfde situatie werd eerder beschreven in soortgelijke papierfabrieken in de voormalige steden Amsterdam, Rotterdam en Utrecht.*

Onze bureaucratie hangt voor een deel samen met angst. Angst voor onveiligheid. En de reflex is regelgeving, protocollen, richtlijnen, werkdocumenten en voorschriften. In de loop der tijd is de regeldichtheid uitgemond in een schier ondoordringbaar woud van administratieve lasten. Voeg daarbij het toegenomen claimgedrag en de dreiging van de gigantische mediadruk in het geval er iets fout gaat, en een cultuur van angst, wantrouwen en indekgedrag is geboren. Kortom, we hebben een cultuurprobleem. En een cultuurprobleem is meestal niet van de ene dag op de andere op te lossen.

Teveel regels schieten hun doel voorbij. Het LUMC heeft op dit moment 20.135 medische protocollen. Niet alleen schieten al die regels en al dat papier hun doel voorbij; ze dragen ook nog het intrinsieke risico met zich mee van een averechts effect. Een 100% veilige zorg is een illusie en toch houden we die illusie krampachtig in stand. Het eerste hulpmiddel hierbij is de mythe dat veiligheidsstreven en kwaliteit synoniemen zijn. Niemand zal kunnen ontkennen dat een onveilige zorg kwaliteitsarm is maar wat er nu gebeurt speelt zich af aan de andere kant van het spectrum. De curve van de veiligheidswinst is daar exponentieel geworden en zal de asymptoot van 100% nooit raken, wat we ook doen. Toch blijven we het proberen, met een weerzinwekkende hoeveelheid papier, voorschriften, regels en richtlijnen, alles onder het mom van het sleetse mantra: transparantie. En al dit papier werkt averechts. In plaats van te werken aan realistische kwaliteit en veiligheid, aan werkelijke communicatie met onze patiënten, aan verbeteringen op de werkvloer, zitten we zuchtend achter ons bureau en staren droevig naar de stapels papier die steeds hoger worden. En maken we steeds minder vlieguren.

Gerlach Cerfontaine oud voorzitter van de Raad van Bestuur van het UMCU in Utrecht, een plaats ten oosten van Woerden, heeft recent ook al aandacht gevraagd voor dit probleem. Hij heeft ook nog een andere oorzaak van de bureaucratie belicht, namelijk de grote focus op kosten, bekostiging en doelmatigheid. Hij krijgt bijval uit een hele andere hoek van buiten de sector, van de accountantsvereniging NBA. Die waarschuwt: *dat* *er in de zorg een onwerkbare situatie dreigt door een woud aan regels en een teveel aan informatievragers.*

Het ziekenhuis waar Cerfontaine baas van was berekende in 2012 dat het meer dan tweeduizend verschillende indikatoren had aangeleverd aan tachtig partijen. Het invullen en opzoeken daarvan kostte het ziekenhuis zo’n zestig fte aan manuren. En Cerfontaine verzuchtte: *het systeem heeft een bijeffect dat steeds duidelijker wordt: er is geen tijd meer voor geneeskunst.*

Ik lees in mijn eigen logboeg bij maandag 4 mei van dit jaar.

Het was een drukke operatiedag met drie grote oncologische operaties. Ik was van kwart over acht tot kwart over vijf op de operatiekamer. Teruggekomen op mijn werkkamer vond ik op mijn beeldscherm 64 nieuwe emails. Zestien daarvan, dat is 25%, waren vragen over indikatoren, getallen, kortom lijstjes. Van deze zestien noem ik er vijf:

* Vraag om een lijst van gehouden jaargesprekken op de afdeling
* Vraag om cijfers over de problematiek van fragmentatie van aanwezigheid van de aios en hun rol in het productieproces
* Vraag om een lijst met ondernomen acties in het kader van de laatste kwaliteitsaudit
* Reminder om een lijst van kerngetallen aan te leveren voor de komende midterm review van het lopende onderzoek
* Vraag om een lijst van geleverde onderwijsinspanningen over het afgelopen jaar

Het zou mij een dag kosten om al die vragen te beantwoorden. Maar die heb ik niet. Dus wat doe ik dan, en ik ben bang vele professionals in de zorg met mij,:

* Ik laat het liggen tot de rappels en de reminders komen
* Ik beantwoord ze half of onvolledig in de hoop er even van af te zijn
* Of ik breek in, in tijd die voor mijn eigenlijke kerntaken was bestemd. Maar inbreken in acute patientenzorg kan niet en inbreken in onderwijsuren kan ook niet. Je kunt niet iemand laten doodgaan en ook geen studenten naar huis sturen. Dus wordt het inbreken in onderzoekstijd, niet acute patientenzorg en privetijd.

Dames en heren, dit alles is een gecompliceerd probleem. En het gevaarlijke ervan is dat een vicieuze cirkel opdoemt. Door al het papierwerk hebben we steeds minder patientencontact en vlieguren. En door de afkalvende klinische ervaring dreigt er steeds meer behoefte aan richtlijnen en het houvast van kookboeken in de geneeskunde. En daarmee trekt de strop van verstikkend papierwerk zich steeds verder aan. Maar richtlijnen in de geneeskunde zonder overkoepelende klinische ervaring leveren confectie op en geen maatwerk en als patient wil ik graag een maatpak, daarin beweeg ik me beter in een moeilijke situatie.

**Valse hoop**

Dames en heren, hoe smal is het ideale evenwicht tussen professioneel richtinggevende doortastendheid enerzijds en inleving, compassie en empathie anderzijds. Teveel nadruk op het twijfelloze aangeven van de marsroute laat weinig ruimte voor inspraak en eigen verantwoordelijkheid van de patient en shared decisicion making is dan ver weg. Maar de professional die zichzelf verliest in smartelijkheid over het voorliggende ziektegeval en gebroken naar huis gaat voor een nieuwe slapeloze nacht, is ook van onvoldoende steun voor de angstige patient.

Ik herinner me nog goed de geschiedenis van een vrouw van eind twintig die wij hadden geopereerd voor baarmoederhalskanker. De afwijking kon radicaal verwijderd worden maar microscopisch onderzoek wees uit dat het om een zeldzame tumorsoort ging waarvoor chemotherapie nodig was. Zij kreeg die in een ander ziekenhuis omdat zij van buiten de regio kwam en dat praktischer was en zij vertelde mij later over haar ervaringen. Toen zij voor de chemotherapie werd opgenomen als jonge, goed uitziende vrouw tussen veelal oudere en zieke mede-patienten met catheters, infusen, zuurstofslangen, rollators en andere hulpmiddelen, werd zij omringd door het medisch personeel van de afdeling, alle van haar eigen leeftijd. De groep was zichtbaar aangedaan over haar lot en deed uitlatingen als: “wat erg, he”, “ verschrikkelijk” en “je bent nog zo jong”. Dat veroorzaakte alles behalve troost en geruststelling bij onze patient. Het enige dat zij dacht was: “hoe moet ik in vredesnaam deze oorlog winnen met deze mensen die allemaal zelf van slag zijn door mijn ziekte”. Niet goed dus.

Een zelfde delicate balans bestaat er tussen hoop bieden en een realistische voorstelling van zaken geven. Naar mijn mening raakt deze balans regelmatig uit evenwicht door een overwaardige angst voor het geven van valse hoop. In de oncologie hangt deze materie samen met kennis over het verloop van de ziekte. Het probleem daarbij is dat de gehanteerde gegevens, veelal de vijf jaarsoverleving, gaat over gemiddelde getallen van grotere groepen patienten. De individuele patient bevindt zich ergens binnen een vaak uitgespreide puntenwolk rondom dat gemiddelde en die positie wordt beinvloed door een veelheid van individuele factoren. Hier past dus enig terughoudendheid bij het kritiekloos hanteren van gemiddelde percentages. En dat geldt ook voor de etikettering van een palliatieve behandeling, gericht op levensverlenging en symptoombestrijding, en een curatieve behandeling, gericht op genezing. Voor de patient heeft het woord palliatief de etikettering van een doodsvonnis maar dat weerhoudt vele oncologische afdelingen er niet van om dit predikaat te hanteren als het belangrijkste administratieve kenmerk van een patient: “O, U bent mevrouw de Vries. Komt U voor palliatieve of curatieve behandeling?”

Naar mijn mening is het verschil tussen palliatief en curatief gradueel. Een overlevingskans van 95% zullen de meeste van U in aanmerking vinden komen voor een curatieve behandeling, en van 5 % voor een palliatieve behandeling. Maar bij 30, 50 of 60 procent wordt het lastiger. Vooral als de genoemde spreiding rondom deze percentages daarbij betrokken wordt. In dit landschap van individuele onzekerheid overheerst vaak de angst om valse hoop te geven en de dingen mooier te maken dan zij zijn. Liever aan de pessimistische kant dan kan het in ieder geval niet tegenvallen. Maar dit goed bedoelde pessimisme heeft een gitzwarte keerzijde, namelijk het ontnemen van alle hoop die het leven nog de moeite waard maakt. Dat brengt het risico met zich mee van een self fulfilling prophecy. Hoop verloren, al verloren. Wanneer alle hoop is weggenomen, is de kans op falen van de behandeling het grootst.

Ik opereer in de nacht een vrouw met een acute complicatie van haar baarmoederhalskanker. Het is een zeldzaam type dat enerzijds heel langzaam groeit maar anderzijds vrijwel ongevoelig is voor bestraling of chemotherapie. Wanneer de tumor te ver gevorderd is voor chirurgische behandeling, is de situatie uitzichtloos maar het kan lang duren voor het einde daar is. Hoelang is niet goed te voorspellen omdat de aandoening zo zeldzaam is. Bij deze patient was er een dergelijke situatie. Ze was twee jaar eerder in een ander ziekenhuis tevergeefs geopereerd en bij ons gekomen voor verdere behandeling. Haar complicatie die nacht is ernstig en haar toestand kritiek. Het lukt om het probleem chirurgisch bij te sturen en ze komt weer in een stabielere situatie maar postoperatief is er een duidelijke indikatie voor opname op de intensive care. De anesthesist heeft telefonisch overleg met de IC om een bed te reserveren. Dat is niet makkelijk, er staat grote druk op die bedden. Ik hoor via de intercom de dienstdoende IC dokter zeggen: “ik begreep dat deze patient niet meer beter zal worden van haar ziekte, we hebben het dus over een palliatief traject en misschien is het dan beter dat de patient na de operatie gewoon teruggaat naar de vepleegafdeling. We liggen nog al vol”.

Ik loop naar de telefoon en een OK zuster houdt de hoorn tegen mijn oor. We hebben contact en ik praat met de IC dokter. Ik vertel hem dat de patient 28 jaar oud is en twee maanden geleden nog op vakantie was in Costa Rica. Dat zij zeker dood zal gaan aan haar ziekte maar dat niemand weet hoelang dat zal duren, misschien drie maanden, misschien drie jaar. En dat hij maar moet zeggen hoe palliatief hij dat vindt. Hij zegt: “ O, dat wist ik allemaal niet, ik dacht dat het gewoon palliatief was”. Ik weet niet wat gewoon palliatief is maar er kwam in ieder geval wel een IC bed die nacht.

**Cultureel leiderschap**

Dames en heren, als afdelingshoofd en divisievoorzitter hek ik bijna dertig jaar bestuurlijke ervaring opgedaan in een erkend moeilijke sector, gekenmerkt door autonome professionals. Terugkijkend heb ik dat met plezier gedaan vooral omdat ik met enige regelmaat invloed kon uitoefenen vanuit standpunten die direkt met de werkvloer te maken hadden. En dan bedoel ik vooral met de mensen op de werkvloer en met wat hen beweegt.

Ik heb veel verschillende leiderschapstijlen gezien in die jaren: souverein leiderschap (dat is een ander woord voor dictatuur), ondernemend leiderschap, visionair leiderschap, consistent leiderschap en, op dit moment modisch: dienend leiderschap. Ik heb in die tijd een toenmenede allergie ontwikkeld voor een zesde type: technocratisch leiderschap. Technocratisch leiderschap werkt met cijfers en percentages en claimt ratio. Technocratie lijkt op het eerste gezicht objectief, omdat cijfers nu eenmaal niet kunnen liegen en voor iedereen duidelijk zouden moeten zijn. Maar cijfers kunnen heel manipulatief gebruikt worden. Stel, ik loop de marathon van Londen in 3 uur en 59 min. Ik kan ook zeggen: net onder de vier uur of, korter, onder de vier uur. Allemaal waar maar de gevoelswaarde verschuift. Want als ik verder ga, wordt het: 2 uur en 119 minuten en tenslotte 2 uur en nog wat en dan heb ik er bijna twee uur van af gesnoept. Daarin schuilt het gevaar van technocratie.

Er zijn recente inzichten over een nieuw type leiderschap en dat is het leiderschap dat mij het meeste aanspreekt. Dat type heet: cultureel leiderschap. Cultureel leiderschap is een nieuwe stroming en onder andere gepropageerd door de Engelsman Joe Zammit Lucia. Het is in zekere zin een tegenhanger van technocratisch leiderschap en heeft kunnen ontstaan doordat de invloed van de technocratie aan het verdampen is en dat heeft weer alles te maken met de opkomst van het internet en de digitale wereld.

We leven nu in een tijd van transformatie, gestoeld op een samenleving die bepaald wordt door het world-wide-web. Het is moeilijk om de enorme invloed van het internet op onze samenleving, te overschatten. Ik kan in een oogwenk vinden hoe oud de filmster Cher is, hoeveel mensen er in Bilbao leven, voor hoeveel Memphis Depay verkocht is aan Manchester United en of Poetin wel of niet getrouwd is. Van iedere mening, uitkomst, getal, percentage of rapport kan ik zonder moeite binnen vijf minuten op het internet het omgekeerde vinden. Dat geeft een totaal ander wereldbeeld met een enorme extensie van kennis. Onze eigen hersenen worden als het ware uitvergroot, hebben er een enorme harde schijf met informatie bijgekregen. Het gevolg is dat feiten en getallen hun vroegere gezag verliezen en de autoriteiten en instanties die ze genereerden eveneens. Het maakt dat feiten, getallen en bewijzen vervagen tot meningen en interpretaties. In dit nieuwe wereldbeeld werkt men minder met evidence en cijfers maar met het begrip ‘meaning’, betekenis.

Meaning is daarin het leidende begrip geworden van wat mensen beweegt. Waar het bij materialiteit ging om feiten, wetenschap, getallen, bewijs, technocratie en ratio, gaat het bij meaning om gevoel, emotie, cultuur, verhalen, taal, publiek debat, kunst en spelen er zelfs legende, mythe en achterklap een rol.

Cultureel leiderschap is een benadering waarin de eigentijdse cultuur en de betekenis van dingen centraal staan om te kunnen doorgronden wat mensen motiveert en waarom ze in beweging komen of juist niet in beweging komen. En dat begrip kan worden gebruikt om leiding te geven, richting te bepalen en aan te sturen.

Ik geeft U twee voorbeelden

Het Engelse Lake District werd nog niet zo lang geleden opgeschrikt door een tuberculose uitbraak. Onderzoek wees uit dat de belangrijkste verspreiders de dassen in dat gebied waren. Er werd een plan gelanceerd om de dassen in die regio systematisch uit te roeien. De cijfers leken robuust en de oplossing eveneens maar het plan werd niet alleen verworpen, de onderzoekscommissie werd op non-actief gesteld, er werden vragen in het Lagerhuis gesteld en de positie van de minister voor volksgezondheid kwam serieus in gevaar. Waarom? Omdat de meaning over dassen in Engeland iets bijzonders is. Iedere Engelsman is opgegroeid met de kinderboeken van Beatrix Potter. Die boeken hebben de betekenis van thuis en gezellig en veilig en waarschijnlijk van thee en koekjes. In die boeken komt een das voor die Tommy Brock heet en die slim is, een held en alle problemen die zich voordoen oplost. En hij is vooral heel aaibaar. Geen denken aan dat de gemiddelde Engelsman een das ook maar een haar zou krenken, laat staan systematisch uitmoorden. Dat gebeurde dus ook niet en uiteindelijk kwam er een ander plan. Maar wel na veel tijdverlies en heel veel consternatie.

Het omgekeerde kan ook gebeuren. Wist U dat er iedere dag wereldwijd 270.000 haaien worden gestroopt om hun vinnen en tanden? Dat is een enorm aantal en normaal gesproken genoeg voor een gezamenlijke internationale actie van het WNF en Wakker Dier achtige instanties uit vele landen. Maar dat is nog nooit van de grond gekomen en de haai is toch een respectabel dier: een van de oudste en grootste vissoorten ter wereld, het zijn indrukwekkende roofdieren, ze krijgen nooit kanker en ze hebben bijzondere eigenschappen zoals het altijd moeten blijven bewegen anders gaan ze dood. De meaning van een haai is anders dan de meaning van een das. Wie haai zegt, zegt Jaws. En Jaws betekent gevaar, bloed in het water, kille moordenaars, afgerukte armen en iets dat opeens uit de donkere diepte opduikt. En die meaning zegt: uitroeien, hoe eerder hoe beter. En dat betekent: geen reddingsactie.

Voor cultureel leiderschap zijn er essentiele randvoorwaarden. Gevoel voor mensen en gevoel voor zeitgeist zijn er twee. Maar ook kunnen luisteren en communiceren. En misschien wel vooral: voeling houden met de werkvloer. In dat opzicht biedt het werkend voormanschap grote voordelen. Een werkend voorman weet niet alleen van conjunctuur en sfeer op het werk, hij of zij ervaart ze aan den lijve en dat is fundamenteel anders dan er kennis van nemen achter de bestuurstafel of af en toe een geensceneerd werkbezoekje afleggen.

**Brug naar de toekomst**

Geachte aanwezigen, de laatste brug van dit college is een brug naar de toekomst. Ik wil graag afsluiten met het bespreken van mogelijke oplossingen om bedreigingen van nu om te buigen naar mogelijkheden van morgen.

Het is evident dat de steeds toenemende regeldruk in de zorg moet stoppen, maar dat kan niet anders dan samengaan met een verandering in ons veiligheidsdenken. De illusie van een 100% veilige zorg moet van tafel en dat is niet meer of minder dan een cultuuromslag. Verder moet het kwaliteitsdenken en het veiligheidsmanagement weer vanuit de zorg zelf komen. En dan bedoel ik niet vanaf de vergadertafels van de managers in de zorg maar vanuit de klinisch actieve professionals die nog weten wat een vol OK programma is en een volle poli en hoe het voelt om om drie uur ’s nachts gebeld te worden om een acuut klinisch probleem op te lossen. Alleen vanuit die groep kan bepaald worden wat kwalitatief goede zorg is en alleen vanuit die groep kan de balans bewaakt worden tussen regels en richtlijnen enerzijds en weer voldoende tijd voor de daadwerkelijke zorg anderzijds. Het is hoog tijd dat de professionals in de zorg die autonomie weer terugnemen. Minder quasi kwaliteitsbevorderend bureauwerk, meer tijd voor zorg en organisatie op de werkvloer. Daarbij hoort ook meer samenwerken, minder stammenstrijd en meer cohesie tussen professionals. Daar heeft het tot nu toe erg aan ontbroken.

Dat te bewerkstelligen is een formidabele opgave. Het zal een up-hill fight zijn om de hindernis van het maatschappelijk wantrouwen te slechten maar het kan niet anders, ook kostentechnisch niet. Wanneer de zorgvraag toeneemt en de professionals alsmaar meer tijd kwijt zijn aan het maken van lijstjes om zich te verantwoorden aan allerlei derden, komt het systeem vroeg of laat onder water te staan.

Er zijn gelukkig initiatieven in goede richting. Vooral de huisartsen lijken hierin het voortouw te nemen. Het manifest “het roer moet om” is inmiddels door meer dan tweederde van de Nederlandse huisartsen ondertekend. In dat manifest, gericht aan de Tweede Kamer, de minister van VWS en de zorgverzekeraars, wordt geeist dat de ongebreidelde dataverzameling geminimaliseerd wordt, dat de administratieve overbelasting beperkt wordt en de patient niet langer als product benaderd wordt maar als persoon. Het manifest stelt dat de beroepsgroep veel te hard van stapel is gelopen met de standaarden en richtlijnen. Die worden nu gebruikt door zorgverzekeraars en inspectie om professionals op af te rekenen, terwijl ze daarvoor niet bedoeld zijn en dus ongeschikt. Wordt vervolgd.

Wat doen we aan het vliegurenprobleem? Dat is kijken naar de structuur van de gynaecologische opleiding. Het vakgebied van de Gynaecologie en Verloskunde loopt tegen de grenzen aan van wat de spagaat tussen steeds toenemende differentiatie van onderdelen van het vak enerzijds en het ten koste van alles bijeen willen houden van het vakgebied anderzijds, nog kan overspannen. Dat is een brug geworden die op instorten staat. Er zijn zeker voordelen om daadwerkelijk praktische ervaring te hebben gehad in alle drie de basispijlers van het vakgebied: de Verloskunde (perinatologie), de Voortplantingsgeneeskunde (endocrinologie en technologie) en de Gynaecologie (chirurgie). Maar ook hier is het woord proportioneel van belang. Bij teveel versnippering, kan men aan het eind van de opleiding geen enkel onderdeel adequaat uitoefenen. Dan dreigt het gevaar van een groep lemmingen die door een te dunne spoeling van noodzakelijke voedende elementen, allemaal in de afgrond storten. Dit gevaar is het grootste voor de chirurgische onderdelen van het vak omdat een onderwerp als chirurgie praktische handvaardigheid en ervaring behoeft, en dus voldoende vlieguren, en omdat een schriftelijke cursus chirurgie nu eernmaal lachwekkend is.

Tijdens de Cobradagen hebben wij de afgelopen jaren bij herhaling aandacht gevraagd voor deze problematiek en is er heftig debat over gevoerd. Peter Heintz, oud afdelingshoofd van het UMC Utrecht heeft een plan gelanceerd om het specialisme op te knippen en tot een nieuw specialisme bekkenchirurgie te komen, samen met de urologen en colorectaal chirurgen. Dat voorstel heeft het niet gehaald maar het was aantrekkelijk radicaal. Die radicaliteit heeft de uitvoerbaarheid belemmerd maar dat geldt ook voor de emoties bij de aios om het vak als één geheel te willen blijven beoefenen. Het brede pallet van de combinatie van verloskunde, voortplantingsgeneeskunde en gynaecologie is nog steeds de standaardmotivatie van iedere kandidaat voor een opleidingsplaats.

Tijdens de Cobradagen van vorig jaar heb ik een pleidooi gehouden om een eerder geformuleerde oplossingsrichting opnieuw in de verf te zetten. Die herstructurering van de opleiding heet Cosmos, dat juiste orde of evenwichtige verhouding betekent. Het voorziet in een basisopleiding van twee jaar in alle drie de pijlers die opleidt tot de kleine kaart die Otto Bleker, oud afdelingshoofd in het AMC, heeft voorgesteld. Daarmee wordt bedoeld dat men daarna 75% van de acute tweede lijnszorg in de gynaecologie en verloskunde kan verzorgen. Dat is van belang voor het bemannen van de avond en nachtdiensten die gekenmerkt worden door een grote disutility. Daarna volgt een differentiatie in een van de drie genoemde pijlers : Verloskunde, Voortplantingsgeneeskunde en Gynaecologie. Die vervolgopleiding kan dan weer worden uitgebreid met een specifiek fellowshipprogramma voor derde lijnsdifferentiatie. Het resultaat van een dergelijk systeem is dat 75% van de diensten door iedere gynaecoloog gedaan kan worden, in ieder geval de eerste vijf jaar na de opleiding. Dat daarnaast een bereikbaarheids achterwacht moet bestaan voor de resterende 25% en dat de dagactiviteiten van de grote kaart alleen vanuit ieders eigen differentiatiegebied verricht kunnen worden.

Voor wat betreft de gynaecologische chirurgie zal deze in het Cosmos systeem alleen nog onderwezen worden aan die aios die daarin differentieren en dat maakt de spoeling minder dun en de vlieguren talrijker. De koek wordt domweg onder minder mensen verdeeld en dat geldt ook voor de andere pijlers binnen het vak. Het zal leiden tot beter opgeleide specialisten met toch voldoende wortels in het moederspecialisme om de ‘andere” gynaecologen te blijven verstaan en een beter begrip voor en communicatie met de patient te garanderen.

Ik wijd nog een enkel woord aan de gynaecologische oncologie. Die is in Nederland opvallend goed georganiseerd. En dan bedoel ik de concentratie en spreiding, de kwaliteitsbewaking, de criteria waaraan de centra moeten voldoen en de volumenormen. Ik kijk met voldoening terug naar de bijdrage die ik in de afgelopen 15 jaar daarin heb kunnen leveren. Ik beschouw de organisatiegraad van de gynaecologische oncologie als een sterk voorbeeld van hoe goed het kan gaan als een beroepsgroep zelf verantwoordelijkheid neemt en de kwaliteitsbewaking uit de klauwen van de beleidsmakers, inspectie en verzekeraars kan houden.

Zoals professor Pinedo 10 jaar geleden al voorspelde, lijkt kanker steeds meer een chronische ziekte te worden. Dat is een reden om over de logistiek van de zorgpaden over het hele traject van 1e tot 2e tot 3e lijn tot expertisecentra opnieuw na te denken. Er zullen grotere oncologische samenwerkingsverbanden in de regio's moeten komen met een verdere definiëring van welke behandelingen waar en door wie kunnen worden verricht. Samenwerking met de andere oncologische en chirurgische specialismen staat daarbij centraal. Maar altijd met de gynaecologisch oncoloog aan het roer.

**Dankwoord**

Dames en heren, ik kom toe aan mijn dankwoord en ik houd het noodgedwongen kort. Ik bedank iedereen met wie ik gewerkt heb voor de waardevolle contacten en de dierbare samenwerking. Dat geldt voor mijn patienten, voor de staf en alle medewerkers van mijn afdeling, voor de collega’s uit het LUMC, de afdelingshoofden van divisie 3, de medewerkers van het bureau van divisie 3, de bestuurders van het LUMC en mijn collega’s in het land. En ik noem een paar bijzondere namen.

Mijn opleider Eylard van Hall ben ik dankbaar voor zijn steun en vriendschap en zijn invloed op mij in het omgaan met patienten en het analyseren van problemen. En ook voor het feit dat wij vijf jaar in harmonie hebben kunnen dakpannen op de afdeling toen ik net afdelingshoofd was en hij niet meer.

Gertjan Fleuren wil ik noemen, oud afdelingshoofd Pathologie in het LUMC en mijn vice-voorzitter in het bestuur van divisie 3. Ik heb veel van hem geleerd zowel op onderzoeksgebied als op bestuurlijk gebied en vooral op het gebied van bestuurlijke rolvastheid. Ons functioneren in het divisiebestuur was complementair en ik bewaar er hele goede herinneringen aan.

Ik heb in de afgelopen dertig jaar uitmuntende secretariele ondersteuning gehad van een drieluik. Het langste van Ineke Lut. Zij is zonder twijfel de beste technische secretaresse die ik ken en zij heeft mij beter dan wie dan ook afgeschermd van het beslag van de buitenwereld op mijn agenda.

Haar functie is een aantal jaren geleden over genomen door Marijke Hendriks. Haar werklust, positieve instelling en vooral haar communicatieve vaardigheden naar patienten en verwijzers toe, zijn uitzonderlijk. En dat geldt ook voor de cappucino die zij maakt. Ik dank haar voor haar niet aflatende steun en de enorme hoeveelheid werk die zij heeft verzet bij de organisatie van deze dag.

Aty van der Leden was mijn management assistent voor de divisie in de tijd dat ik divisievoorzitter was. Zonder haar had ik nooit de werkende voorman kunnen zijn die ik gelukkig heb kunnen blijven. Voor haar belangstelling voor mijn well being, haar rust en wijsheid, maar ook voor haar humor op lastige momenten, zal ik haar altijd dankbaar zijn.

De samenwerking met Lex Peters dateert van het begin van de tachtiger jaren. Er was vanaf dat begin een natuurlijke klik die nooit meer verdwenen is. Die klik was persoonlijk maar werd versterkt door gemeenschappelijk denken op allerlei gebied: de chirurgie, een afkeer van papier maar vooral een individuele benadering van onze patienten waarbij een positieve instelling centraal stond. En een grote voorkeur voor geneeskunst boven de kookboekgeneeskunde van de protocollen. Ik ben Lex dankbaar voor zijn steun, zijn humor en optimisme en zijn heldenrol in het jongensboek. Het is een enorm voorrecht om zo lang, zo goed en zo veilig met een gelijkgestemd iemand te hebben kunnen samenwerken.

Over mijn gezin hoef ik niet lang uit te wijden. Dat is mij liever dan wat dan ook. In een interview met een tijdschrift van paar jaar geleden staat, dat ik voor het welzijn van mijn gezin al mijn tolerantie voor de buitenwereld zou kunnen verliezen en dat ik, als het nodig was, voor hen dingen zou doen die ik beter niet zou kunnen doen. En dat is nog onverminderd zo.

Ik ben twee keer verliefd geworden op dezelfde vrouw. De eerste keer toen ik veertien was maar dat had geen bestendig vervolg. En de tweede keer toen ik twintig was en dat duurt nog steeds door. Haar steun en bijsturing in mijn professionele leven is een conditio sine qua non geweest voor waar ik nu sta. Mijn dankbaarheid daarvoor en voor nog heel veel meer is te groot voor woorden. En ook dat is een schamel understatement.

Dames en heren, dit was de laatste bladzijde van het jongensboek. Het is tijd voor een volgende generatie en een nieuw boek en wat mij betreft voor de borrel.

Ik heb gezegd.