

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/157816>

Please be advised that this information was generated on 2019-01-19 and may be subject to change.

In dienst van de patiënt

AFSCHEIDSREDE DOOR PROF. DR. ALBERT VAN KAMPEN

afsc
heids-
redo

change perspective

Radboud Universiteit



AFSCHEIDSREDE

PROF. DR. ALBERT VAN KAMPEN



Na 35 jaar als orthopedisch chirurg in dienst van de patiënt te zijn geweest kijkt Albert van Kampen terug op veranderingen in de zorg, specifiek gericht op een aantal orthopedische aandoeningen zoals instabiliteit van de knieschijf (patellofemorale instabiliteit).

Hij beschouwt hoe chirurgen tegenwoordig het resultaat van operaties beoordelen met *patient related outcome measures* (PROMS). De beoordeling van de patiënt van het behandelingsresultaat speelt hierbij een veel grotere rol dan vroeger. Ook besteedt Albert van Kampen aandacht aan de relatie en samenwerking tussen chirurgen en traumatologen om in dienst van de patiënt de zorg te kunnen blijven optimaliseren.

Albert van Kampen (1950) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Na zijn studie werkte hij twee jaar in Suriname, alvorens te starten met de opleiding tot orthopedisch chirurg. Vanaf 1986 was hij als orthopedisch chirurg verbonden aan het Radboudumc, waar zijn onderzoek zich vooral heeft gericht op aandoeningen rond het kniegewricht. In 2002 is hij benoemd tot hoogleraar Orthopedische traumatologie en vanaf 2012 is hij hoofd van de afdeling Orthopedie.

IN DIENST VAN DE PATIËNT

In dienst van de patiënt

Rede uitgesproken bij het afscheid als hoogleraar Orthopedische traumatologie aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc op vrijdag 15 april 2016

door prof. dr. Albert van Kampen

*Opmaak en productie: Radboud Universiteit, Facilitair Bedrijf, Print en Druk
Fotografie omslag: Bert Beelen*

© Prof. dr. Albert van Kampen, Nijmegen, 2016

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Mijnheer de rector magnificus, waarde toehoorders,

‘De op zich onvriendelijk aandoende uitdrukking *pappen en nat houden* is, ten aanzien van patiënten met klachten op basis van kraakbeenafwijkingen van de knieschijf patiënt vriendelijk’. Dit was een van de stellingen uit mijn proefschrift dat ik op 19 juni 1987 verdedigde. De betekenis van deze uitdrukking staat niet vast. De bekendste betekenis is ‘de zaak zo goed en zo kwaad als het gaat aan de gang houden’, of ‘ergens halfslachtig mee doorgaan’ zoals ik las bij het genootschap *Onze Taal*. Volgens *Van Dale* werd *pappen en nathouden* oorspronkelijk gezegd van het behandelen van een verwonding. *Pappen* was iets wat gedaan werd met gezwellen: de dokter legde er een *pap* (mengsel van bepaalde stoffen) op om het gezwel week te maken, in plaats van het gezwel uit te snijden zoals een behoorlijk chirurg betaamt. Zo’n papje zou het genezingsproces kunnen bevorderen en de toestand er in elk geval niet slechter op maken. Vooral het negatieve aspect hiervan: ‘het wordt er niet slechter op, maar ook niet beter’, klinkt tegenwoordig sterk door in *pappen en nathouden*: ‘de zaak wordt niet flink aangepakt, zodat de toestand niet echt verbeterd’ of ‘men blijft doorgaan op de ingeslagen weg, terwijl drastische maatregelen nodig zijn’. Wat ik er destijds mee bedoelde was dat wij ons als orthopedisch chirurgen vooral niet moesten wagen aan operatieve behandelingen rond de knieschijf, omdat het merendeel van de klachten als idiopathisch geduid kon worden, dat wil zeggen zonder aanwijsbare oorzaak. Deze stelling is niet echt houdbaar gebleken zoals ik u later in dit betoog zal uitleggen. Mijn toenmalige opleider in de orthopedie, professor Van Rens, vond direct bij de aanvang van mijn opleiding dat ik onderzoek moest gaan doen naar het normale bewegingspatroon van de knieschijf, iets wat mij totaal niet interessant leek op dat moment. Bovendien moest dat onderzoek geschieden met behulp van röntgenstereofotogrammetrie, een ingewikkelde techniek die zeer nauwkeurig bewegingen van bijvoorbeeld botstukken ten opzichte van elkaar kan meten, die ik mij eigen moest maken. Maar goed, om je opleidingsplaats niet te verliezen en de toenmalige autoriteit van een opleider indachtig, begon ik daar toch maar aan. Ik had - zij het met enige moeite - nog wel voor elkaar gekregen ook te mogen kijken naar effecten van operaties rond de knieschijf op dat bewegingspatroon, om het nog een chirurgisch tintje te geven. Allengs vorderde mijn manuscript, waar mijn promotor altijd van vond dat de hoofdstukken wel goed waren, maar dat ze weinig woorden bevatten. Kon het niet wat langer, kon ik niet wat meer uitweiden. Zelfs het aantal voornamen dat ik had meegekregen was tot zijn verbazing slechts tot één beperkt. Als gevolg daarvan was mijn proefschrift nogal dun, het bevatte slechts een kleine 110 pagina’s, inclusief voor- en nawoord. Als ik dat vergelijk met de proefschriften van een aantal van mijn promovendi, dan steekt het mijne er maar schril bij af. Ik heb het ze natuurlijk nooit laten zien, als het niet strikt noodzakelijk was. Dat zult u voor de motivatie van hen begrijpen. Enfin, doctorstitel redelijk snel binnen en daarna jarenlang geen oog meer gehad voor de knieschijf, mede ingegeven door mijn stelling van destijds.

Pas aan het einde van de jaren negentig kwam er een ommekeer in mijn denken, ingegeven door een bezoek aan Werner Muller, een beroemd kniechirurg in Basel, Zwitserland, die een operatie aan de knieschijf uitvoerde. Hij verrichtte een soort Albee-procedure - voor de kenners hier aanwezig - waarbij de zijkant van het bovenbeen wordt opgehoogd, om het uit de kom schieten van de knieschijf te voorkomen, een ingreep die mij zeer aansprak. Hij vertelde deze operatie al jaren met succes uit te voeren bij jonge patiënten bij wie de knieschijf regelmatig uit de kom schoot. Toen ik hem vroeg waarom hij hier nooit over gepubliceerd had antwoordde hij mij: 'Albert, als ik dit publiceer dan gaat iedereen te pas en te onpas deze operatie uitvoeren en dat lijkt mij niet goed'. In dezelfde tijd hoorde ik op een congres Henri Dejour, orthopedisch chirurg uit Lyon, hierover spreken en las ik zijn eerste publicatie in het Engels hierover in het tijdschrift *Knee Surgery, Sports Traumatology and Arthroscopy* uit 1994. De Fransen waren een stuk verder dan wij met de operatieve behandeling van dit soort knieschijfproblemen, alleen waren wij ons dat niet bewust, omdat wij nauwelijks de Franse literatuur daarover lazen. Zoals wel vaker waren wij vooral gericht op de Angelsaksische literatuur en de Fransen, tja, dat zijn nu eenmaal Fransen. Via de contacten in Lyon en Basel ben ik langzaam gestart met de operatieve behandeling van patiënten met patella luxaties hier in Nijmegen en werd ik steeds meer gefascineerd door dit fenomeen van luxaties. Waardoor trad dit op en hoe dit probleem chirurgisch het beste aan te pakken?

Interessant in dit kader is het aspect van de patella ten opzichte van zijn groeve, het gootje in het bovenbeen, bij verschillende zoogdieren en de vergelijking met de mens. Bij hoefdieren, zoals het paard en de ezel, vergeleken met tenenlopers, zoals de katachtigen en de hond, en dat weer in vergelijking met de mens die op de hak van de voet staat, zien we het aspect van het gootje steeds vlakker, dus ondieper worden waardoor een luxatie bij de mens relatief gemakkelijker op kan treden.

Bij hoefdieren is er sprake van een volledig gescheiden kraakbeengedeelte tussen de knieschijf - bovenbeen en tussen boven- en onderbeen, als gevolg van het feit dat de knie nooit volledig gestrekt wordt gebruikt, de knie in feite niet gestrekt kan worden. Bij de katachtigen kan dit wel, maar is het gootje nog fraai diep, wat hardlopen goed mogelijk maakt waarbij geen luxatie optreedt. De mens kan de knie volledig strekken, heeft normaal gesproken een gering X-been waardoor er altijd een zijwaartse kracht naar buiten optreedt ter hoogte van het kniegewricht op het moment dat de spieren worden aangespannen en dat kan al snel tot een luxatie leiden. Daarnaast staat de knieschijf soms hoger dan normaal. Als gevolg daarvan is er geen contact tussen gootje en knieschijf en wordt de knieschijf niet belemmerd in zijn beweging naar opzij, en kan dus een luxatie relatief eenvoudig optreden. De etiologie van een dergelijke hoogstand is nog volledig onbekend. Ja, een relatief lange strekpees van de patella kan natuurlijk een oorzaak zijn, maar waarom die dan langer is? Hoe dan ook, door de ingrepen die hier werden verricht en als gevolg daarvan de toestroom van patiënten, kon klinisch en mo-

leculair onderzoek van humane syndromen met aangeboren knieschijfaandoeningen in samenwerking met Ernie Bongers van de afdeling klinische genetica gedaan worden. Van het bekendste en meest voorkomende syndroom met een verstoorde ontwikkeling en groei van de patella, het autosomaal dominant overervende nagel patella syndroom (NPS) met afwijkingen aan de nagels van de vingers, soms een halve aanleg van de nagel en heel vaak de vorm van de balba (dat is het witte deel aan het begin van de nagel) driehoekig in plaats van een normale halve maanvorm. Zij heeft vastgesteld dat dit syndroom veroorzaakt wordt door een genetisch defect van het gen LMX1B dat zich bevindt op het 9e menselijke chromosoom. Zij promoveerde in 2006 en heeft vanochtend het belang van het stellen van de diagnose in verband met begeleidende afwijkingen aan ogen en nieren nogmaals uitgelegd.

Over de eerste klinische resultaten van patiënten geopereerd in het Radboudumc promoveerde Sander Koeter, nu werkzaam als orthopedisch chirurg in het CWZ, een jaar later. Inmiddels is een werkgroep patellofemorale aandoeningen van de Nederlandse Orthopedische Vereniging opgericht en is er een website voor patiënten en professionals genaamd www.knieschijfuitdekom.nl verschenen. De belangrijkste reden om deze website te maken, voor zowel patiënten als zorgverleners, was dat ons bleek dat er vaak een groot delay bestond tussen het herkennen van de symptomen en een uiteindelijke behandeling van deze aandoening. Tenslotte is recent een app gelanceerd in het Radboudumc waarin het behandelpad wordt gegeven voor patiënten die de afdeling orthopedie bezoeken en voor een operatie in aanmerking komen in verband met patella instabiliteit. Deze app bevat informatie over de op handen zijnde operatie, ondersteund met filmpjes en plaatjes, en de patiënt kan van dag tot dag volgen hoe het verloop is, vanaf de voorbereidingen van zijn operatie tot en met de revalidatie. Ook biedt de app de mogelijkheid tot het versturen van zogenaamde push-berichten met informatie die voor de patiënt op dat moment van belang kan zijn. Wij vragen bijvoorbeeld enkele dagen voor de ingreep of de patiënt zich op dat moment gezond voelt of niet. Is het laatste het geval dan vragen wij of hij of zij telefonisch contact wil opnemen, het nummer staat er uiteraard bij, om te beoordelen of de geplande operatie wel door kan gaan. Een fraaie nieuwe patiëntvriendelijke ontwikkeling die wij momenteel al gebruiken bij patiënten die in aanmerking komen voor een heup- of knieprothese, bij patellofemorale instabiliteit en daarnaast bij bottumoren en heupdysplasie bij kinderen.

Ten slotte hebben wij gisteren hier een masterclass gehouden voor orthopedisch chirurgen uit Nederland waarbij vijf operatieve ingrepen zijn besproken, gedemonstreerd en zelf geoefend door 32 orthopedisch chirurgen om nog meer aandacht voor deze problematiek te krijgen. Ik ben ervan overtuigd dat in de komende jaren onder leiding van Sebastiaan van der Groes, die mijn klinische taken overneemt, met zijn initiatieven tot onderzoek meer duidelijkheid zal komen ten aanzien van patellofemorale klachten en

-instabiliteit; de resultaten van operatieve ingrepen daardoor zullen verbeteren; de term idiopatisch minder gebruikt zal worden; en *pappen en nathouden* definitief tot het verleden gaat behoren, dit alles in dienst van de patiënt.

Terug naar mijn proefschrift uit 1987. De tweede stelling van destijds luidde: 'Wegens gebrek aan gerandomiseerd prospectief onderzoek is een gezonde twijfel bij vele aanbevolen orthopedische behandelmethoden op zijn plaats'. Ik doelde destijds, als ik mij dat goed herinner, vooral op het ontbreken van vergelijk in resultaat tussen conservatief en operatief handelen bij diverse aandoeningen in de orthopedie en traumatologie. Is dat nu veranderd in de afgelopen 29 jaar? Natuurlijk zijn er vele prachtige dubbelblinde- en gerandomiseerde studies verricht, maar nog steeds blijkt het uitermate moeilijk daadwerkelijk significante verschillen aan te tonen. De meta analyses die de *Cochrane collaboration* uitvoert op het gebied van orthopedische behandelingen eindigen praktisch altijd met de zin dat onvoldoende bewijs aanwezig is om een bepaalde behandeling al dan niet als superieur te beschouwen ten opzichte van een andere, vaak conservatieve behandeling. Dus met al die studies is de patiënt, maar ook de dokter, nog niet echt veel opgeschoten met betrekking tot wat geadviseerd en gekozen kan worden. Maar daar is iets anders voor in de plaats gekomen. Waar wij vroeger ons vooral richtten op hoe lang een prothese vast blijft zitten, waardoor een revisieoperatie van de prothese vooralsnog niet plaats zou hoeven vinden, of dat bijvoorbeeld een fractuur door de ingestelde behandeling al dan niet genezen was, is nu veel meer aandacht voor: hoe functioneert de patiënt eigenlijk na of als gevolg van de ingestelde behandeling. Is de patiënt wel tevreden over het resultaat van onze behandeling. Heeft hij of zij geen pijn meer, kan hij of zij daadwerkelijk beter functioneren. Ik spreek hier over *PROMS: patient related outcome measures*. Dat zijn gevalideerde relatief eenvoudige vragenlijsten, die aan patiënten worden voorgelegd en die inzicht geven in de effectiviteit van de geleverde zorg. Of in andere woorden: Is en zo ja hoeveel is de patiënt nu beter geworden door de operatie die wij verricht hebben? Daarbij is het overigens wel van belang te bedenken dat het geheel van patiënttevredenheid complex is en onder meer afhangt van de context waarin het zorgproces plaatsvindt, waaronder de aard van de behandeling, maar ook de omgeving waarin die plaatsvindt, en vooral de verwachting van patiënten voorafgaand aan de behandeling, waarbij communicatie een zeer belangrijke rol speelt. Met deze kanttekening kunnen we stellen dat hiermee de effectiviteit van een behandeling wordt gemeten vanuit het perspectief van de patiënt.

Orthopedie is voor het meten van PROMS een ideaal vak: De operatieve ingrepen van de orthooped zijn in het algemeen gericht om de kwaliteit van leven te verbeteren, zoals pijnklachtvermindering bij artrose van heup of knie, naast bijvoorbeeld verbetering van loopafstand. In Engeland werden deze PROMS al meerdere jaren gebruikt en in Nederland is door de Nederlandse orthopaedische vereniging (NOV) in 2012 het gebruik van

specifieke PROMS ondersteund en in een advies voorgelegd aan haar leden. Inmiddels worden deze PROMS-data landelijk verzameld en geregistreerd. Wat wordt dan geregistreerd? Er wordt gevraagd naar algemene zaken betreffende kwaliteit van leven met behulp van een gevalideerd meetinstrument. Dan volgen een aantal vragen die betrekking hebben op de operatie die is uitgevoerd aan bijvoorbeeld heup of knie, met gevalideerde vragenlijsten. Dit geheel geeft een goed beeld in hoeverre patiënten wel of niet zijn verbeterd door de operatieve ingreep. Wat kunnen we met deze PROMS? In eerste plaats kunnen wij patiënten beter en eerlijker voorlichten ten aanzien van het te verwachten resultaat na een operatie. Ook kunnen wij, als operateurs, behandelaars, ons vooraf afvragen hoeveel de patiënt moet verbeteren qua punten ten opzichte van voor de operatie, om te spreken van een gunstig resultaat. Ook hiervoor zijn instrumenten ontwikkeld zoals de *Smallest Detectable Change* (SDC) en de *Minimal Important Change* (MIC), waarover mijn zoon Derk vanochtend heeft gesproken tijdens het symposium en waarop hij in 2013 promoveerde. Tenslotte kan het zo zijn dat bepaalde operaties onvoldoende gunstig effect hebben op de kwaliteit van leven/functioneren van de patiënt en dus niet meer uitgevoerd dienen te worden.

Het wordt dus de hoogste tijd om de PROMS in te voeren voor een groot aantal andere operatieve ingrepen dan heup- en knieprothesiologie, die nu voornamelijk onderwerp van PROMS zijn. De PROMS gaan in de komende jaren een belangrijke rol spelen in de afweging of een operatieve dan wel conservatieve behandeling bij een patiënt zinvol is. Een afweging die samen met de patiënt wordt gemaakt. Graag citeer ik hier professor Haddad, de editor van de *Bone and Joint journal* die in juli 2015 het volgende schreef: 'We have now adopted PROMS in our daily lives and works, and it will be only a matter of time before patients reported experiences play a greater role in our strategies and our day-to-day clinical practise.' En in feite spelen ze die rol al op basis van verkregen gegevens in de afgelopen jaren op onze eigen afdeling. Graag geef ik u een voorbeeld om te laten zien hoe een PROMS-meting ook mijn wijze van samenwerken met de patiënt heeft gewijzigd. Dankzij de vooruitziende blik van Tom Slooff, voormalig afdelingshoofd orthopedie, en mijn huidige collegae Wim Schreurs en Maarten de Waal Malefijt, beschikken wij in het Radboudumc over een unieke database met PROMS-data, die al twintig jaar bij patiënten die een heup- of knieprothese kregen, verzameld zijn. Dit zijn echt unieke data. In samenwerking met IQ health care zijn die data recent verwerkt.

De PROMS-metingen werden voorafgaand aan de operatie afgenomen, en 3, 6 en 12 maanden na de ingreep. Tevens werd bij deze patiënten de mate van pijn vastgesteld met een VAS-meting op een schaal van 0 tot 100, waarbij 0 geen pijn betekent en 100 de meest maximaal denkbare pijn. Van ruim tweeduizend patiënten met een heupprothese en ruim zevenhonderd met een knieprothese waren voldoende gegevens bekend om ze te includeren in deze studie. Ik beperk mij hier tot de pijnklachten voor en na de operatie. Bij de heupprothesiologie nemen de pijnklachten zeer fors af na de ingreep maar dat

dit in mindere mate het geval is bij de patiënten die een knieprothese kregen. Zo'n 20 procent van de patiënten met een knieprothese ervaart nog pijnklachten. Dat resultaat viel mij enigszins tegen, maar heeft mij er wel toe gebracht dit ook zo te bespreken met de patiënt. Ik laat onder andere graag deze grafiek zien die overigens ook op de Radboud-site staat. Neem goed in ogenschouw dat een prothese geen zekerheid biedt op een volledig gunstig resultaat bijvoorbeeld ten aanzien van pijnklachten. PROMS-uitkomsten kunnen naast het beoordelen van het functionele resultaat, ook gebruikt worden om de kwaliteit van zorg van de ene zorgaanbieder te vergelijken met die van een andere. Dat wordt nog een interessant aspect denk ik op termijn, niet in de laatste plaats voor de zorgverzekeraars of wij dit nu willen of niet. Tevens stelt het de zorgaanbieder in staat zijn kwaliteit van zorg te verbeteren, door te gaan kijken en te overleggen met de buurman wiens PROMS-resultaten beter zijn, iets dat wij hier in Nederland, in dienst van de patiënt, naar mijn mening te weinig doen.

Terug naar mijn stelling: 'Wegens gebrek aan gerandomiseerd prospectief onderzoek is een gezonde twijfel bij vele aanbevolen orthopedische behandelmethoden op zijn plaats,' stel ik nu dat deze nog steeds geldt, zoals ik u heb uitgelegd. Op basis van deze stelling is het gezamenlijk een keuze maken met de patiënt zo belangrijk geworden. In het kader van de *Shared Decision Making* (SDM) was vorig jaar september Glyn Elwyn, een autoriteit op dit gebied, te gast tijdens een *Grand Round* van het Radboudumc. Het principe van shared decision making is bij uitstek geschikt binnen de orthopedie, zowel bij acute letsels als chronische aandoeningen. Op basis van informatie uitwisseling (choice talk) en het bespreken van keuzemogelijkheden (option talk) wordt met de patiënt een keuze gemaakt (decision talk), vaak aan de hand van een zogenaamde *option grid*, een keuzekaart, wat het voor de patiënt optimaal inzichtelijk maakt. Laat ik u één voorbeeld noemen dat zo binnen de orthopedie/traumatologie gebruikt kan worden: U loopt tijdens sporten een acute scheur, ruptuur van de achillespees op. U hebt daarbij als patiënt de keus tussen een operatieve of conservatieve behandeling. Hoe kunt u die keuze nu maken? Aan de hand van de kaart, de option grid, kunt u zien wat de twee behandelwijzen conservatief of operatief (beide behandelingen inclusief twee weken gips), gebaseerd op een systematische review van 667 behandelde patiënten inhouden en wat eventuele complicaties zijn van de verschillende methoden.

| | Infectie | Recidief scheur | Litteken klachten | Zenuw beschadiging | Thrombose | Werkhervatting |
|--------------------|----------|--------------------|----------------------|-----------------------|-----------|------------------|
| Met operatie | 2,5% | 4% | ??? | 8% | 7% | Mogelijk sneller |
| Zonder operatie | nvt | 8% | nvt | nvt | 8% | |

Op basis hiervan kan een goede afweging samen met u plaatsvinden. Het lijkt mij een uitdaging de komende jaren dergelijke keuzekaarten voor tal van orthopedische aandoeningen te produceren. Zowel de PROMS als de shared decision making, bijvoorbeeld middels de keuzekaart, zijn een onderdeel van *value based* patiëntenzorg waarin diagnostiek en therapie zowel objectief, dus wetenschappelijk onderbouwd, maar ook vanuit patiëntenperspectief en patiëntenbeleving toegevoegde waarde heeft voor de patiënt. De Nederlandse Orthopaedische Vereniging, toont zich op dit gebied vooruitstrevend en startte vorig jaar het project agenda Zorgevaluatie Orthopedie waaruit een top tien van onderzoeksvragen zijn geformuleerd, die momenteel in een samenwerkingsverband tussen vele ziekenhuizen wordt uitgewerkt. Ik noem u één voorbeeld van de onderzoeksvragen: Wat is de duur en keuze van antistolling bij totale heup- en knieprothese? De tromboseprofylaxe gedurende zes weken na een ingreep, zoals wij die toepassen, stamt nog uit de tijd dat patiënten na een ingreep een week aan bed gekluisterd waren en dus een behoorlijke kans op trombose hadden. Tegenwoordig zitten patiënten vaak op de dag van de ingreep al in de stoel, en verlaten na twee dagen lopend het ziekenhuis. Het is onwaarschijnlijk dat de kans op trombose in deze laatste groep net zo hoog is als vroeger. Industrie onafhankelijk vergelijkend onderzoek met als doel de duur en dus de kosten van een dergelijke behandeling te verminderen, is hiervoor noodzakelijk. En, zeker zo belangrijk: de patiënt vindt het vast niet erg zichzelf minder lang te hoeven prikken, of minder kans op allerlei bijwerkingen te hebben. In het voorbeeld van de keuzekaart heb ik bewust voor een traumatologisch onderwerp gekozen, omdat de traumatologie zoals u weet ook een aandachtsgebied van mij is geweest in de afgelopen jaren. Binnen de traumatologie dient regelmatig afgewogen te worden of een bepaalde botbreuk al dan niet operatief behandeld dient te worden, of dat kan worden volstaan met een conservatieve behandeling met bijvoorbeeld gipsimmobilisatie. Ik noem hier als voorbeelden: fracturen rond de schouder zoals de *proximale humerus of clavícula*, aandoeningen waarbij het zeker niet altijd duidelijk is of een operatieve behandeling beter is dan een conservatieve benadering en dus dergelijke keuzekaarten een belangrijke hulp kunnen zijn voor de patiënt om een keuze in overleg met de behandelaar te maken

Dit brengt mij nader op mijn relatie met de traumatologie, de traumatologen. In de rede die ik uitsprak op 20 september 2002, bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de orthopedische traumatologie, sprak ik uitvoerig over de historie met betrekking tot de

verhoudingen tussen orthopedisch chirurgen en algemeen chirurgen, waar het ging over de verdeling van de traumatologie tussen die twee specialismen. Ik sprak de wens uit te komen tot een maximale samenwerking met als doel verbetering van kwaliteit van traumazorg voor de patiënt. Ik noemde dat een middel hiervoor zou kunnen zijn een gezamenlijke trauma afdeling oftewel een multidisciplinaire trauma unit. Wat is er veranderd in de afgelopen veertien jaar om die kwaliteit van zorg te verbeteren? De algemeen chirurgen hebben hun opleiding tot chirurg gewijzigd met de keuze tot differentiatie in de laatste twee jaar van de opleiding. Traumachirurgie is een van de vier te kiezen subspecialismen/differentiaties, waaronder verder oncologie, vaatchirurgie en gastro-intestinale chirurgie vallen. Het gevolg van dit beleid zal zijn dat in de nabije toekomst vanuit de heelkunde alleen gecertificeerde traumachirurgen betrokken zijn bij de opvang en behandeling van ongevalslachtoffers. Ongeveer vijf jaar geleden heb ik samen met enkele in de traumatologie geïnteresseerde orthopedisch chirurgen het initiatief genomen ook binnen de NOV een aparte trauma certificering te ontwikkelen. In 2012 is een register geopend waar alle orthopeden met affiniteit op traumagebied zich konden laten registreren. Herregistratie zal volgend jaar starten op basis van aangetoonde participatie en accreditatiepunten binnen de traumatologie. Ook hier zal dus op termijn, net als bij de heelkunde alleen een orthopedisch chirurg-traumatoloog betrokken kunnen zijn bij de opvang en behandeling van ongevalslachtoffers. Wat is er landelijk nog meer gebeurd? Tussen de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging bestond al sinds 1989 een convenant aangaande de behandeling van niet verwezen acute letsels van het steun- en bewegingsapparaat. Dat. convenant kwam er min of meer op neer dat beide disciplines in het belang van kwaliteit waar nodig dienden samen te werken. Dit werd om de zoveel jaar verlengd met soms enige aanpassing. Al lang werd door enkelen gepleit voor afschaffing van dit convenant en het kiezen van een andere ingang. Toen het convenant op 1 januari 2014 afliep werd deze oproep eindelijk gehoord en is een taskforce traumatologie samengesteld uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging Traumatologie (NVT) en de NOV, met als opdracht scenario's van de toekomstige traumazorg te verkennen en aan de hand daarvan te bezien hoe verdere samenwerking en kwaliteitsborging kan worden verkregen.

Wij hebben binnen die taskforce vijf scenario's beschreven van het behouden van de huidige situatie via alle traumachirurgie onder de orthopedie of heelkunde tot aan het ontwikkelen van een volledig nieuw specialisme. Als meest reële scenario, en ook als zodanig omarmd door beide verenigingen, is het scenario waarbij er uitgegaan wordt van 1 multidisciplinaire trauma-unit (mtu), dus in uitvoering door meerdere verschillende medisch specialisten. De zorg voor dergelijke traumapatiënten vindt in dit model bij voorkeur plaats op één fysieke locatie. Het model toont hoe een dergelijk mtu eruit kan zien, met centraal de patiënt, daar direct omheen in het algemeen traumachirurgen/orthopeden die de acute opvang kunnen verzorgen met de damage control orthopedics, wat wil zeggen chirurgie die direct nodig is om de patiënt in leven te houden, waarna op een later tijdstip electief andere letsels behandeld kunnen worden. Daarvoor staat dan tevens de

tweede ring ter beschikking, waarin diverse expertgroepen zich bevinden, ingedeeld naar anatomische regio's. De specialisten in de tweede ring behoeven niet perse specifiek trauma gecertificeerd te zijn. U ziet in deze tweede ring bijvoorbeeld links boven 'aangezicht' staan waar dus mond-kaakchirurgen de specialisten voor zijn. Het voorbeeld dat ik u hier schets, is de lijn waarin de NOV en de Nederlandse Vereniging Traumatologie verder willen, en ook zo besloten hebben in haar algemene ledenvergaderingen van mei 2015. Verdere afstemming met de Nederlandse Vereniging van Heelkunde/Traumatologie wordt uitgewerkt in een opvolgende taskforce, die momenteel de laatste hand legt aan haar rapport.

En wat is er in het Radboudumc vanaf 2002 gedaan om in dienst van de patiënt de kwaliteit op het gebied van de traumatologie te verhogen? Wij hebben al jaren een uitstekende samenwerking met de traumatologen van de afdeling Heelkunde, dat staat buiten kijf. Bij problemen riepen en roepen wij elkaars hulp in. Voor een deel gaat dit nog verder waarbij specifieke letsels, bijvoorbeeld bekken- en calcaneusfracturen bijna uitsluitend worden behandeld door diegenen die daarvoor specifieke kennis en vaardigheden hebben ontwikkeld. Een voorloper van de eerder genoemde expertgroepen eigenlijk. In ons level 1 traumacentrum gaat de aandacht natuurlijk vooral uit naar de ernstig gewonde patiënt met multipiele letsels. Vaak hebben deze patiënten tevens wervelkolomletsels, in de ernstigste gevallen gepaard gaande met partiële- of volledige dwarslaesies. In samenwerking met de traumatologen, neurochirurgen, anesthesiologen, IC-specialisten en revalidatieartsen van zowel het Radboudumc als de Sint Maartenskliniek is hiervoor recent de acute ruggenmergletsel unit ARU opgericht, om daar waar nodig deze patiënten optimale zorg te kunnen verlenen 24 uur per dag, 7 dagen per week met een continuüm vanaf de plaats van het ongeval tot en met de revalidatie van deze soms ernstig geïnvalideerde patiënten. Al bij mijn oratie in 2002 heb ik gepleit voor een gezamenlijke trauma-unit, evenals collega Michael Edwards, hoogleraar Traumatologie dat deed in zijn RLIM-studie in 2007. En dankzij de thematisering die nu ingevoerd wordt binnen ons ziekenhuis, lijkt het toch eindelijk te gaan lukken een multidisciplinaire trauma-unit van de grond te krijgen. Binnenkort liggen alle traumapatiënten geconcentreerd op een grote verpleegafdeling binnen het thema *brein, trauma en reconstructie* met alle *dedicated* zorg om hen heen om hen letterlijk zo snel en zo goed mogelijk weer op de been te krijgen. Ik denk daarbij aan specialisten, verpleging, maatschappelijk werk, revalidatie, fysiotherapie enzovoorts, allen in dienst van de patiënt. Hartelijk dank van mijn zijde aan politiek Den Haag, dat ik vanwege het uitstel van mijn AOW met een half jaar, nog net de laatste voorbereidingen hiervoor kon meemaken. Tot mijn spijt maak ik de daadwerkelijke start, nu gepland op 1 oktober van dit jaar, niet meer mee. Regelmatig wordt mij gevraagd of ik het erg vind dat ik nu moet stoppen met mijn klinische taken. Enkele jaren geleden zou mijn antwoord daarop zeker 'ja' zijn geweest. Inmiddels is er toch iets veranderd, in die zin dat de patiëntenzorg mij zwaarder is gaan vallen.

Ik doel hier vooral op het verwerken en om kunnen gaan met complicaties die als een gevolg van operatief ingrijpen optreden, en zeker niet altijd te vermijden zijn. Tot enkele jaren geleden meen ik dat ik daar goed mee om kon gaan. Niet dat het me niets deed, verre van dat, maar ik nam de problematiek toch minder mee naar huis, kon het daar laten waar het hoorde: in het ziekenhuis. De laatste jaren vallen mij de complicaties, die bijvoorbeeld optreden bij jonge meisjes die ik opereer vanwege een patella instabiliteit, zwaar. De spanning die ik voel als een dergelijke jonge patiënte voor een controle afspraak op de poli komt, het moment van de vraag: hoe gaat het met je?' en de opluchting als zij dan zegt: 'Oh, goed hoor, alleen soms doet het nog een beetje pijn als ik hardloop'. Ik las daarover met veel interesse het boek *Do No Harm* van de Engelse neurochirurg Henry Marsh, die dit boek na zijn pensionering in 2014 schreef en met pijnlijke nauwkeurigheid het feilbare van ons chirurgen beschrijft en de doorstane wroeging bij optredende complicaties. Ik citeer hem hier graag: 'Slaagt de operatie dan is de chirurg een held, maar als er iets misgaat, is hij de boosdoener. In werkelijkheid ligt het uiteraard genuanceerder. Artsen zijn mensen, net als wij allemaal. Veel van wat er in ziekenhuizen gebeurt, is een kwestie van geluk of pech, en op slagen en falen heeft de arts vaak weinig invloed. Weten wanneer je maar beter niet kunt opereren is net zo belangrijk als weten hoe je opereert, en als vaardigheid veel lastiger te verwerven'. De conclusie uit bovenstaande is dat ik graag mijn klinische taken nu overlaat aan mijn vakinhoudelijke opvolger, en niet meer in dat opzicht in dienst van de patiënt sta. Ik schat dat ik in de afgelopen 35 jaar zo ongeveer vijftienduizend nieuwe patiënten op de polikliniek zag en zo'n achtduizend operaties heb uitgevoerd. Het is wel mooi geweest.

Tenslotte wil ik nog iets met u delen, dat slechts weinig mensen weten. Toen ik in het jaar 2001 werd aangesteld als hoogleraar Orthopedische traumatologie zijn op de avond daarvoor de weduwen van respectievelijk Theo van Rens en Fredo San Giorgi bij ons thuis langsgekomen. Zij vertelden mij dat de oorspronkelijke toga van San Giorgi via Van Rens was doorgegeven door hen aan Rene Veth, toen hij zijn ambt aanvaardde alhier in 1991, maar dat de baret nog in hun bezit was. De reden was dat Theo van Rens die in 1986 overleed, tegen zijn echtgenote had gezegd dat ik hem later ooit zou opvolgen. Zij vonden daarom dat de baret mij toekwam, en zij hoopten dat er een dag zou komen dat de toga en baret weer verenigd zouden kunnen worden in één persoon. Wij, Rene Veth, die uiteraard op de hoogte is van dit bijzondere feit, en ik hebben met respect de afgelopen jaren toga en baret gedeeld. Mijn opvolger, die overigens zeer tot mijn spijt op dit moment nog niet bekend is, zal weer volledig gekleed zoals de eerste hoogleraar Orthopedie in Nederland zijn ambt kunnen aanvaarden in de oorspronkelijke toga met deze baret, in de combinatie die waarschijnlijk in 1986 voor het laatst gedragen is.

Tot slot van dit college wil ik gaarne gebruik maken van de mogelijkheid een aantal personen te noemen en te bedanken die hebben bijgedragen aan mijn vorming en ontwikkeling in de 35 jaar dat ik verbonden ben geweest aan het Radboudumc.

Ik start met de hooggeleerde Van Rens, die mij als assistent in opleiding aannam, mede door het aandringen van dr. Hoogendam, algemeen chirurg, mijn opleider in de algemene heekunde te Enschede, nadat de mij de beloofde opleidingsplaats in Utrecht werd ontnomen omdat ik geen Surinamer bleek te zijn. Wel grappig nog te vermelden dat in het sollicitatiegesprek dat ik destijds moest voeren mij gevraagd werd wat ik zou doen mocht ik de positie van assistent in opleiding te Nijmegen niet verwerven. Ik antwoordde daarop dat ik nog twee jaar zou proberen een opleidingsplaats elders in Nederland te veroveren, maar dat ik na die twee jaar een andere richting zou kiezen. Later bleek mij dat de helft van de toen zittende staf, waaronder Van Rens, dit een antwoord met realiteitszin vond, de andere helft was echter van mening dat ik te weinig echte drive toonde om orthopeed te worden.

Ik dank het college van bestuur van de Radboud Universiteit alsmede de raad van bestuur van het Radboudumc voor het in mij gestelde vertrouwen en hoop u niet teleurgesteld te hebben. De jaren van mijn hoogleraarschap Orthopedische traumatologie en, misschien nog meer, de laatste jaren als kernhoogleraar en afdelingshoofd Orthopedie, hebben mij erg geïnspireerd en positieve energie gegeven, niet in de laatste plaats gevoed door de innovatieve kenmerken van de huidige- en vorige raden van bestuur.

Ik dank mijn medebestuurders uit de vele besturen en commissies waar ik deel van uitmaakte. Hoewel dergelijke besturen natuurlijk altijd tijdrovend waren, in tijd die je ook op een andere wijze kon besteden, heb ik er nooit spijt van gehad ook op een dergelijke wijze verbonden te zijn geweest bij de verdere ontwikkeling van het fraaie vak orthopedie in de ruimste zin van het woord.

Ik dank de verpleegkundigen van de afdeling en polikliniek orthopedie en wel in het bijzonder diegenen die ik bijna of helemaal al ken vanaf 1981 toen ik in Nijmegen kwam werken. Jullie dwingen nu en in het verleden respect af voor de toewijding aan de patiënten die wij jullie toevertrouwen. Wat heb ik op een plezierige wijze met jullie samengewerkt.

De fysiotherapeuten verbonden aan de afdeling orthopedie. Met het binnenhalen van een grote subsidie voor het project *ban bedcentricity* laten jullie zien niet alleen goede zorg te kunnen verlenen, maar ook visie te hebben waar het in de zorg naartoe gaat. Dank voor de prettige samenwerking .

Ik dank het secretariaat onder aanvoering van de altijd opgewekte, nooit humeurige, goedlachse, maar wel immer telefonerende Helen van den Broek.

Het Orthopedisch Research Laboratorium onder leiding van Nico Verdonschot. Wij weten allen hoe moeilijk het is geworden subsidies te verwerven. De concurrentie is moordend. Dankzij jullie sprankelende onderzoek ideeën, en in samenwerking met de klinici, gaan jullie niet alleen overleven maar blijven jullie aan de top op orthopedisch onderzoek gebied.

De huidige en oud-assistenten in opleiding tot orthopedisch chirurg. Mijn hele werk-

zame leven heb ik genoten van jullie humor, kritische opmerkingen en levenslust. Dat houdt je jong. Ik hoop dat ik ook middels het meester-gezelprincipe een bijdrage aan jullie opleiding heb kunnen leveren.

De staf orthopedie Allard, Bart, Esther, Ingrid, Maarten, Micha, Nico, Pieter, Sebastiaan en de beide Wimmen alsmede alle oud collega stafleden. Het is al vaker geconstateerd maar kan totaal geen kwaad nogmaals hier te herhalen: de reden voor een stabiele en dus sterke staf heeft zijn oorzaak in het feit dat wij wat voor elkaar over hebben en bereid zijn de ander te helpen als die het even moeilijk heeft. En dat fenomeen: het even moeilijk hebben, kennen wij als chirurgen onder de staf maar al te goed. Dank voor jullie kameraadschap in de afgelopen jaren.

Dan Karin Pol, bedrijfsleider orthopedie, medegenoot van het duaal leiderschap zoals dat destijds door Lohman is neergezet. Hoe jij je de kennis van de gezondheidszorg en in het bijzonder de orthopedie hebt eigen gemaakt, met als studieachtergrond Internationale Organisaties, dwingt respect af. Jij weet op een bijzondere manier om te gaan met mensen en middelen, en brengt vaak net dat extra mee door goed luisteren zonder waardeoordelen, wat mij soms ontbreekt.

Mijn kinderen Paul, Derk en Pim. Wat Paul ons niet kon brengen is door jullie ruimschoots gecompenseerd. Het is bijzonder uiteindelijk een zoon te hebben die hetzelfde vak gekozen heeft, ik heb het vak ook thuis blijkbaar goed verkocht, maar net zo bijzonder is het van de andere zoon te horen wat er zich afspeelt in het internationale bedrijfsleven. Wij genieten bijna dagelijks, met behulp van de moderne communicatiemiddelen die ons tegenwoordig ter beschikking staan zoals onze *van kampen app*, van jullie belevenissen, echtgenotes en kleinkinderen.

Tenslotte Hetty of Jans voor ingewijden. Ooit hebben we samen besloten voor mijn carrière te gaan in plaats van die van jou. Dat was voor jou destijds een moedige beslissing met een onzekere toekomst, wat andersom zeker niet het geval was geweest. Dat heb ik me toen minder gerealiseerd dan nu. Vanaf dat ik jou ken, uit onze studietijd in Groningen 1972, heb ik geen enkel tentamen meer gemist en ik hoop dat ik ook vandaag voor jou geslaagd ben.

Ik heb gezegd.