

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/2066/26991>

Please be advised that this information was generated on 2019-03-22 and may be subject to change.

Een streven naar optimale zorg

in de gynaecologische oncologie

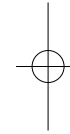
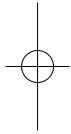
AFSCHEIDSREDE DOOR PROF. DR. HENK BOONSTRA



Radboud Universiteit Nijmegen



EEN STREVEN NAAR OPTIMALE ZORG IN DE GYNAECOLOGISCHE ONCOLOGIE



Een streven naar optimale zorg in de gynaecologische oncologie

Rede uitgesproken bij het afscheid als hoogleraar Gynaecologische oncologie aan het UMC St Radboud op vrijdag 16 september 2005

door prof. dr. Henk Boonstra

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen
Drukwerk: Thieme MediaCenter Nijmegen

Mijnheer de rector magnificus, geachte aanwezigen,

Nadenkend over mijn afscheidsrede vroeg ik mij af wat voor doel deze rede zou moeten hebben. Wat zou ik willen zeggen bij het scheiden van de markt? In de eerste plaats meen ik verantwoording te moeten afleggen over mijn beleid en handelen in de jaren dat ik hier werkzaam ben geweest. In de tweede plaats wil ik u mijn visie geven op de wijze waarop het vak en de opleiding in de toekomst ingevuld zouden moeten worden. Dus een terugblik en een blik vooruit.

Hierbij wil ik opmerken dat ik in mijn rede spreek van gynaecologische oncologiepatiënten. Met deze ingeburgerde, maar afschuwelijke en taalkundig onjuiste benaming, duid ik de patiënt aan die lijdt aan kanker van de vrouwelijke geslachtsorganen. Ik zal proberen de nog veel afschuwelijker benaming kankerpatiënten te vermijden.

TERUGBLIK

In mijn medische loopbaan heeft het streven naar optimale zorgverlening aan de patiënt altijd centraal gestaan. In onze regio hebben wij als team geprobeerd de gynaecologisch-oncologische zorgverlening te optimaliseren door:

- I Verbetering van de gynaecologisch-oncologische zorg in de regio;
- II Verbetering van de vakinhoudelijke, directe patiëntenzorg;
- III Uitvoering van wetenschappelijk onderzoek;
- IV Intensivering van onderwijs en opleiding in de gynaecologische oncologie.

I. VERBETERING VAN DE GYNAECOLOGISCH-ONCOLOGISCHE ZORG IN DE REGIO

Bij mijn aantreden in maart 1998 kreeg ik de opdracht de gynaecologisch-oncologische zorg in de regio Oost-Nederland, de regio van het Integraal Kankercentrum Oost-Nederland (het IKO) te organiseren en het UMC St Radboud als gynaecologisch-oncologisch centrum op de kaart te zetten. In deze rede zal ik u uitleggen hoe ik gemeend heb deze opdracht uit te moeten voeren. Laat ik eerst voor niet-ingewijden kort uitleggen wat het vakgebied obstetrie en gynaecologie behelst en hoe de gynaecologische oncologie daarin past.

Het vakgebied obstetrie en gynaecologie zou het vak van de voortplanting genoemd kunnen worden. In de meeste academische centra bestaat het vak uit drie onderafdelingen: verloskunde, vruchtbaarheidsstoornissen, tegenwoordig vaak voortplantingsgeneeskunde genoemd en gynaecologie. De gynaecologische oncologie is in dit geval onderdeel van de algemene gynaecologie. In Nijmegen is dit anders. Bij mijn aantreden heb ik de gynaecologische oncologie verzelfstandigd. Hiermee heb ik vorm willen geven aan mijn overtuiging dat de gynaecologische oncologie een vak apart is.

ISBN 90-9019935-7

© Prof. dr. Henk Boonstra, Nijmegen, 2005

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.

Ik heb overwogen mijn rede de titel 'Een vreemde eend in de bijt' te geven. Hiermee wil ik zeggen dat naar mijn mening de gynaecologische oncologie niet thuis hoort binnen de verloskunde en gynaecologie. Gynaecologische oncologie richt zich op diagnostiek en behandeling van gynaecologische kankers. Het is in wezen een oncologisch vak en niet een voortplantingsvak. Om deze reden zal ik steeds spreken over gynaecologische oncologie en niet over oncologische gynaecologie.

Verder blijkt uit verscheidene publicaties dat er minder complicaties optreden en zelfs minder sterfte indien complexe kankerchirurgie, zoals bij slokdarmkanker, darmkanker en eierstokkanker, uitgevoerd wordt in ziekenhuizen met speciale expertise in dit soort operaties en door operateurs die deze ingrepen regelmatig doen. Dit blijkt bijvoorbeeld ook uit het rapport *Het resultaat telt* van de Inspectie van de Gezondheidszorg. Men heeft in verschillende ziekenhuizen gekeken naar de resultaten van een aantal technisch moeilijke operaties, zoals resectie van het aneurysma van de abdominale aorta en de oesophagus-cardia-resectie. Indien deze operaties worden uitgevoerd in ziekenhuizen met een te klein aantal van dergelijke complexe operaties en bovendien door minder ervaren chirurgen, treden er meer en grotere complicaties op en ligt het sterftecijfer hoger. In een recent artikel in Medisch Contact stellen Kievit en Legemaate dat niet het aantal verrichtingen alleen een optimale maat is om de kwaliteit van de chirurgie te meten. Kwaliteitsmeting is complexer en meer factoren spelen een rol. Volgens hen gaat het om bekwaamheid en dat is een optelsom van opleiding, kennis en ervaring.

Neville Hacker merkt in zijn voortreffelijk artikel 'Organization of gynaecological cancer care: a time of change' op, dat adequate behandeling van gynaecologische kankers gepaard gaat met hoge kosten, maar dat de kosten in termen van menselijk lijden door niet optimale behandeling niet in te schatten is.

Het is duidelijk dat subspecialisatie voor de gynaecologische oncologie een must is. In 2001 is de gynaecologische oncologie door de Nederlandse Vereniging van Obstetrie en Gynaecologie, de NVOG, officieel als subspecialisme erkend. Een consequentie hiervan is dat de gynaecologische oncologie door een in de oncologie gespecialiseerd gynaecoloog mee uitgevoerd dient te worden. Afgezien van enkele grotere centra zijn er slechts weinig regioziekenhuizen of gynaecologenmaatschappen die een gynaecologisch oncoloog in dienst hebben. De oncologische zorgverlening moet dus anders georganiseerd en verzorgd worden.

Verscheidene mogelijkheden zijn hiervoor denkbaar. De eenvoudigste en beste oplossing zou zijn om alle gynaecologisch-oncologische patiënten naar een gespecialiseerd centrum te verwijzen.

Een andere mogelijkheid is om een selectie te maken van patiënten die voor diagnostiek en behandeling naar het centrum moeten en die in regioziekenhuizen blijven. Echter in dit geval moet nog wel aan de voorwaarde worden voldaan dat deze zorg in

regioziekenhuizen zo optimaal mogelijk is. Hiervoor is een gespecialiseerd gynaecologisch oncoloog nodig die de patiënten (mede) opereert. Deze selectie is ook aanbevolen door de Werkgroep Oncologische Gynaecologie (WOG) en overgenomen door de NVOG. In de *Notitie 2000* heeft de WOG hiervoor richtlijnen opgesteld die door de NVOG zijn geaccrediteerd. Hierin wordt aangegeven dat de chirurgische behandeling van baarmoederhalskanker (cervixcarcinoom) en van huidkanker aan de uitwendige geslachtsorganen (vulvacarcinoom) in een centrumziekenhuis moet geschieden. Eierstok-eileiderkanker (ovarium- en tubacarcinoom) en baarmoederlichaamkanker (endometriumcarcinoom) kunnen in regioziekenhuizen geopereerd worden, zolang met behulp van een gynaecologisch oncoloog.

Toch benadruk ik het belang en de noodzaak van volledige centralisatie en wel om de volgende redenen. Allereerst uit het oogpunt van kwaliteit. Voor gynaecologische kankers geldt, vooral voor eierstokkanker, dat behandeling door een gespecialiseerd gynaecologisch oncoloog die werkt in een multidisciplinair team binnen een centrum, betere resultaten oplevert.

Ten tweede komen gynaecologische kankers relatief gezien weinig voor. Zonder centralisatie betekent dit dat elke gynaecoloog per jaar een beperkt aantal van deze patiënten ziet en opereert. Hierdoor zal hij of zij nooit voldoende routine en ervaring opdoen en onderhouden.

Ten slotte heeft het gynaecologisch-oncologisch centrum patiënten nodig voor het opbouwen en onderhouden van ervaring in de patiëntenzorg, voor de opleiding tot gynaecologisch oncoloog en voor onderzoek en onderwijs.

Echter in de organisatie van de gynaecologische oncologie werd ik geconfronteerd met het dilemma dat de noodzaak tot centralisatie duidelijk aanwezig was, maar dat de gynaecologen in de regioziekenhuizen, vooral wat betreft het ovarium- en endometriumcarcinoom, hiertoe maar moeilijk konden komen. Dit is historisch verklaarbaar. Voor het endometriumcarcinoom is de voorgeschreven behandeling het verwijderen van baarmoeder en eierstokken; een ingreep die elke gynaecoloog geleerd heeft en regelmatig doet. Voor een dergelijke ingreep is behandeling in een centrum onnodig. Voor eierstokkanker geldt in principe hetzelfde. In het verleden bestond de behandeling uit het verwijderen van de eierstokken met daarin de tumor. Ook dit is een ingreep die best kon plaats vinden in regioziekenhuizen door niet-oncologisch opgeleide gynaecologen.

Na de komst van chemotherapie bleek dat bij het ovariumcarcinoom om verschillende redenen uitgebreide chirurgie noodzakelijk was. Dit vereiste een expertise die eigenlijk alleen oncologisch opgeleide gynaecologen voldoende bezitten. Dit zou een reden zijn om deze patiënten door te verwijzen naar een centrum met ervaren gynaecologisch oncologen. Maar voor de regioziekenhuizen was het heel moeilijk de oude

gewoonte te doorbreken en patiënten met ovariumcarcinoom of verdenking daarop voortaan door te verwijzen naar een centrum. Overigens is dit niet specifiek voor de regio Oost-Nederland, maar was en is het een landelijk probleem.

Om dit in de Nijmeegse regio op te lossen heeft men mij in 1998 binnengehaald. In mijn Groningse periode hebben wij dit opgelost door in regioziekenhuizen op indicatie mee te opereren bij patiënten met ovariumcarcinoom en sporadisch bij het endometriumcarcinoom. In de Nijmeegse regio was dit ook al in gang gezet door collega Charles Schijff. Ik heb zijn werk verder uitgebouwd en gestructureerd. Voor mijn komst naar hier was ik al tot het inzicht gekomen dat het bij het regiowerk niet alleen gaat om extra expertise toe te voegen aan de chirurgische ingreep, het operatieve trucje, maar dat het breder gezien moet worden. De gynaecologisch oncoloog die geconsulteerd wordt en de operatie uitvoert, moet ook meer betrokken worden bij de diagnostiek en het opstellen van het beleids- en behandelingsplan. Dit komt de kwaliteit ten goede en bovendien kunnen zo patiënten geselecteerd worden voor onderzoek en onderwijs. Daarnaast moet deze operateur een patiënt voor de operatie zien, spreken en voorlichten.

Deze overwegingen hebben ertoe geleid dat we een samenwerkingsverband met tien regioziekenhuizen zijn aangegaan. Met deze ziekenhuizen is op niveau van de raden van bestuur enerzijds en met de gynaecologenmaatschappen anderzijds een samenwerkingscontract afgesloten. Zo is het Gynaecologisch Oncologisch Centrum Nijmegen, het GOCN tot stand gekomen.

Grote waardering wil ik uitspreken voor de collegae gynaecologen in de regio. Zij hebben hun autonomie willen opgeven en zijn bereid geweest om samen met ons een netwerk op te bouwen, met als doel optimale zorg te geven aan vrouwen met een gynaecologische kanker.

Contractueel is afgesproken dat vanuit het centrum de volgende activiteiten zullen worden uitgevoerd in de regioziekenhuizen:

1. Het houden van spreekuur voor gynaecologisch oncologische patiënten. Op dit spreekuur vindt de intake plaats van in principe alle patiënten lijdende aan of verdacht wordende van een gynaecologische maligniteit. In grote lijnen gaat het om de volgende drie categorieën van patiënten:
 - A. Patiënten die niet door een gynaecologisch oncoloog gezien hoeven te worden, bijvoorbeeld een patiënt met een ongecompliceerd laag stadium, low risk endometriumcarcinoom. Van deze patiënt wordt alleen de intake gedaan, zij hoeft niet gezien te worden door de gynaecologisch oncoloog en kan door de gynaecoloog van het betreffende regioziekenhuis geopereerd worden. Na de operatie wordt de pathologie-uitslag en een eventuele vervolgbehandeling uiteraard wel weer samen besproken.

- B. Patiënten die wel door de gynaecologisch oncoloog gezien moeten worden. Dit zijn in de eerste plaats de patiënten die hij of zij mee-opereert, maar ook de patiënten die op verzoek van de gynaecoloog uit het regioziekenhuis gezien moet worden, bijvoorbeeld patiënten met een recidief of andersoortige ingewikkelde problematiek.
 - C. Patiënten die doorverwezen moeten worden naar het centrum. In principe zou het eerste onderzoek van deze patiënten door de gynaecologisch oncoloog plaats kunnen vinden in het regioziekenhuis, al dan niet in samenwerking met de verwijzende gynaecoloog aldaar.
2. Het bijwonen van de oncologiebespreking. Dit is een bespreking waarbij meer disciplines betrokken zijn zoals medisch oncologie, radiotherapie, pathologie, radiodiagnostiek en chirurgie. De oncologiebespreking kan ook een specifiek gynaecologisch oncologisch karakter hebben, waar wel andere disciplines bij zijn, maar waar uitsluitend patiënten besproken worden met een gynaecologische kwaadaardigheid. Op de oncologiebesprekingen wordt vaak mede op basis van de pathologie-uitslag het verdere beleids- en behandelingsplan opgesteld.
 3. Het op locatie mee-opereren bij daarvoor geïndiceerde patiënten. Dit gebeurt vooral bij patiënten met een ovariumcarcinoom en bij patiënten met een bepaald soort endometriumcarcinoom, de zogenaamde high risk carcinomen. Voor dit soort operaties is expertise en ervaring vereist die de meeste gynaecologen in regioziekenhuizen niet hebben.

Gesteld kan worden dat samenwerking kwaliteitsverhogend werkt en wel om de volgende redenen:

- De patiënte kan in een regioziekenhuis in haar woonomgeving door haar eigen gynaecoloog in samenwerking met een specialist oncoloog behandeld worden.
- De gynaecologisch oncoloog van het centrum krijgt inzicht in alle oncologie die zich in de periferie voordoet. Hij of zij heeft hierdoor volop de gelegenheid om zijn of haar mening over en commentaar op de diagnostiek en de behandeling kenbaar te maken.
- Doordat de gynaecologisch oncoloog in het verwijzen naar het centrum een sturende rol heeft, kunnen er meer patiënten naar het centrum verwezen dan in het verleden het geval was. In eerste instantie gingen er geluiden op dat het tegengestelde effect zou optreden: het zou niet meer nodig zijn om patiënten door te verwijzen, stelde men. In de praktijk is dat niet waar gebleken.
- De specialist oncoloog kan ook bij deze patiëntencategorie zijn of haar ervaring in diagnostiek en behandeling opbouwen, uitbreiden en blijven behouden.

- De regioziekenhuizen kunnen gemakkelijker in onderzoek en onderwijs betrokken worden.

Er zijn echter ook nadelen:

- De grote tijdsinvestering van de gynaecologisch oncoloog uit het centrum. Een relatief dure, hooggekwalificeerde functionaris brengt vele uren door in zijn of haar auto, op weg naar de regioziekenhuizen. Gezien de huidige verkeersproblematiek is met de bewering vele uren niets te veel gezegd.
- Door deze vorm van zorgverlening wordt de volledige centralisatie nog niet gerealiseerd. Zoals eerder aangegeven is dat nadelig voor het centrum. Men heeft daar de patiënten die in de regioziekenhuizen behandeld worden nodig voor onderzoek, opleiding en onderwijs.
- Doordat de patiënt niet in het centrum geopereerd wordt, vinden de pre- en postoperatieve zorg plaats in het regioziekenhuis. Nog te vaak wordt de gynaecologisch oncoloog hierbij, met name bij het postoperatief beleid, onvoldoende betrokken en is het risico groot dat hij of zij daarover te weinig geïnformeerd wordt. Daardoor is de kans groot dat dit vaak buiten zijn of haar gezichtsveld en daardoor ook buiten zijn of haar verantwoordelijkheid plaats vindt.

De zojuist genoemde samenwerkingsvorm, die ook beschreven is in de samenwerkingsovereenkomst, is datgene wat idealiter bereikt zou moeten worden. Dit is echter in de meeste ziekenhuizen nog niet het geval. Het regelmatig bijwonen van de multidisciplinaire oncologiebesprekingen laat nog te wensen over, vooral in de kleine ziekenhuizen. Het is, zoals aangegeven, een grote en eigenlijk ook een onverantwoorde tijdsinvestering om drie uur in de auto te zitten om twee patiënten te bespreken. Videoconferentie, welke hopelijk binnenkort op meer locaties operationeel zal gaan worden, lijkt in de nabije toekomst hiervoor de oplossing.

Op vele locaties wordt nog onvoldoende uitgebreid spreekuur gehouden en gebeurt de patiëntenintake en het preoperatief onderzoek van de patiënten nog niet naar wens. Dit laatste komt enerzijds doordat men het in de perifere praktijk vaak erg druk heeft met verloskundige en algemeen gynaecologische patiënten. Anderzijds ligt het probleem bij personele onderbezetting van het centrum. Het bijwonen van de oncologiebespreking is een activiteit die behoort tot de consultantendienst van de Integrale Kankercentra. Deze wordt ook door het IKO gestimuleerd en ondersteund. Voor de overige taken zullen we financiering moeten zien te krijgen. Gedeeltelijk is dat gelukt, we zijn erg gelukkig dat we van de zorgverzekeraar 1.0 fte ontvangen hebben. Deze formatie-uitbreiding is echter onvoldoende om in tien regioziekenhuizen deze zorgvernieuwend activiteiten goed te kunnen uitvoeren. Als geen financiën beschikbaar komen met als gevolg geen formatie-uitbreiding, dan zullen we noodgedwongen deze regioactiviteiten geheel of gedeeltelijk moeten afschaffen. Alle patiënten met een high risk endometriumcarci-

noom en ovariumcarcinoom of verdenking daarop zullen dan naar het centrum gestuurd moeten worden. Maar zolang de NVOG hiervoor geen richtlijnen geeft en centralisatie niet indringend adviseert aan haar leden, zal dat niet gebeuren. Dat betekent verlies van kwaliteit. Laten we hopen dat we in de nabije toekomst in samenwerking met de regioziekenhuizen als nog de financiering rond krijgen.

II. VERBETERING VAN DE VAKINHOUDELIJKE, DIRECTE PATIËNTENZORG

Ook in de directe patiëntenzorg hebben we gestreefd naar optimale zorg door de verbetering van behandelingsresultaten en door het toepassen van minder ingrijpende chirurgische therapie met behoud van dezelfde genezingsresultaten.

Allereerst de behandelingsresultaten. Helaas is het ons niet gelukt duidelijk betere resultaten te behalen, wat voor het cervix-, vulva- en endometriumcarcinoom ook voor de hand liggend is. De behandelingsresultaten in de vroege stadia van deze kwaadaardige ziekten zijn over het algemeen zo goed dat op korte termijn daarin geen revolutionaire verbetering bereikt kan worden.

Voor het ovariumcarcinoom zijn de resultaten nog steeds slecht. Dat komt vooral doordat deze aandoening meestal in een laat stadium wordt vastgesteld. Om verbetering te bereiken zal vooral geprobeerd moeten worden de ziekte te voorkomen of in een vroeg stadium op te sporen. Voor sommige kankersoorten zijn zulke opsporings- of screeningsprogramma's ontwikkeld. Een goed voorbeeld daarvan zijn de bevolkingsonderzoeken voor borstkanker en baarmoederhalskanker. Vrouwen in de leeftijd van 50 tot en met 75 jaar krijgen één keer per twee jaar een oproep voor mammografie. Vrouwen in de leeftijd van 30 tot en met 60 jaar krijgen één keer per vijf jaar een oproep voor een strijkje van de baarmoedermond. Zowel voor borstkanker als cervixcarcinoom is dit succesvol gebleken. Met het strijkje is het mogelijk om het voorstadium van baarmoederhalskanker op te sporen. Deze voorstadia kunnen met succes behandeld worden, waardoor geen echte kanker van de baarmoedermond meer ontstaat. Het gevolg is dat het aantal nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker gedaald is en nu stabiel is. Verder valt op dat baarmoederhalskanker vaker op jonge leeftijd optreedt. Dat heeft alles te maken met infectie van het Human Papilloma Virus (HPV) en dat is gerelateerd aan veranderde gewoonten op seksueel gebied en andere gewoonten zoals roken, wat het immuunsysteem nadelig beïnvloedt. Samen met de afdeling virologie doet onze afdeling onderzoek naar HPV en baarmoederhalskanker. Vaccinatie, een methode waarnaar in het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) veel onderzoek wordt verricht, lijkt veelbelovend voor de toekomst.

Om verschillende redenen is screenings- en bevolkingsonderzoek voor ovariumcarcinoom niet voorhanden. Anders dan bij baarmoederhalskanker is er geen op te sporen voorstadium van ovariumcarcinoom bekend en bovendien ontbreekt ons een onderzoeksmethode waarmee ovariumcarcinoom in een vroeg stadium op te sporen is.

Bovendien is de incidentie van het ovariumcarcinoom onder Nederlandse vrouwen zo laag dat een bevolkingsonderzoek niet zinvol is. Echter deze incidentie ligt anders in hoge risicogroepen, zoals in de groep vrouwen uit families met erfelijke kankers. Binnen de gynaecologische oncologie kennen we twee soorten erfelijke kankergroepen namelijk erfelijke borst-eierstokkanker en baarmoederlichaamkanker.

Vrouwen behorende tot de eerste groep hebben een vergrote kans op het krijgen van borst- en eierstokkanker met name op jongere leeftijd. De vrouwen behorende tot de groep met erfelijke baarmoederlichaamkanker, hebben niet alleen een vergrote kans op baarmoederlichaamkanker, maar vooral op darmkanker en in mindere mate ook op eierstokkanker en kanker van de urinewegen.

Speciaal voor patiënten met een erfelijke aanleg voor kanker is mede op ons initiatief en in samenwerking met andere afdelingen, in het bijzonder met de afdeling medische oncologie en klinische genetica, in het UMC St Radboud de zogenaamde Polikliniek Familiaire Tumoren (PFT) opgericht. Momenteel functioneert deze polikliniek onder de bezielende leiding van collega dr. Nicoline Hoogerbrugge. Vanuit onze discipline wonen we wekelijks de PFT-bespreking bij. Verder bieden wij vrouwen die daarvoor in aanmerking komen screening aan, in een poging het ovarium- en endometriumcarcinoom in een vroeg stadium op te sporen.

Helaas lijkt de screening ook binnen deze groep met verhoogde incidentie van ovariumcarcinoom niet erg effectief. Daarom gaan we op strikte indicatie en uiteraard na zeer uitgebreid overleg met de patiënte, er nu steeds vaker toe over om de eierstokken preventief te verwijderen.

In ons streven naar optimale zorg in de gynaecologische oncologie hebben we ons vooral gericht op het ontwikkelen van minder ingrijpende, mutilerende therapie. Ik geef u hiervan enkele voorbeelden.

Bij de chirurgische behandeling van het vroege stadium van het cervixcarcinoom, stadium IB₁ wordt de operatie volgens Wertheim Meigs uitgevoerd. Bij deze operatie wordt de baarmoeder met omliggende structuren, een gedeelte van de schede en de bekkenlymfklieren verwijderd. Als deze operatie uitgevoerd wordt bij jonge vrouwen is een zwangerschap uiteraard niet meer mogelijk. In 1994 publiceerde dr. Daniel Dargent over de zogenaamde trachylectomie, een operatie waarbij alleen de door kanker aangedane baarmoedermond met omliggende structuren wordt verwijderd en het baarmoederlichaam gespaard wordt. De lymfklieren van het kleine bekken worden laparoscopisch verwijderd. In principe wordt bij deze operatie de mogelijkheid tot zwangerschap en het krijgen van kinderen behouden. Deze trachylectomie operatie is bij ons in het UMCN door collega dr. Leon Massuger geïntroduceerd en wordt door hem verder ontwikkeld en uitgevoerd.

Een ander voorbeeld is de behandeling van het zogenoemde vulvacarcinoom. Deze kanker gaat uit van de huid van de uitwendige genitalia. Tot begin jaren negentig was de standaard behandeling chirurgische verwijdering van de uitwendige genitalia, de vulva en beiderzijds de lieslymfklieren. Deze verwijdering werd zogenaamd *en block* verricht; klieren en vulva werden in één geheel verwijderd. Dit is een uitgebreide operatie die gepaard gaat met ernstige mutilatie en slechte wondgenezing. In de loop der jaren is hierin verandering gekomen. Eerst is de *en block* methode als standaardmethode verlaten en in speciale gevallen zijn we ertoe overgegaan om de zogenaamde triple-incisie-methode toe te passen. In dat geval wordt de verwijdering van de lieslymfklieren en de vulvectomie door aparte incisies verricht. Later is een verdere vereenvoudiging toegepast en tegenwoordig wordt bij een tumor van beperkte omvang niet meer de hele vulva verwijderd, maar wordt de tumor met ruime marges lokaal verwijderd. De complicaties van de liesklierdissectie zijn slechte wondgenezing, vorming van lymfcyste en oedeemvorming aan de benen. Ter voorkoming van oedeemvorming zijn de patiënten gedwongen dikke elastische kousen te dragen. Gezien deze bijwerkingen is gezocht naar een alternatieve behandeling. Dat is gevonden in de zogenaamde sentinel node-methode. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de uitzaaiingen naar de lymfklieren in de lies volgens een vast patroon verlopen. De uitzaaiing gaat altijd naar een eerste klier en vandaar uit naar de andere klieren. Deze eerste lymfklier noemen we de poortwachtersklier. Door bepaalde methoden lukt het deze klier op te sporen en te verwijderen, waarvoor maar een klein sneetje nodig is. Als blijkt dat deze klier geen uitzaaiingen bevat, kunnen we ervan uitgaan dat ook de anderen klieren niet aangedaan zijn, zodat deze klieren niet meer verwijderd hoeven te worden. Dat maakt de operatie veel minder uitgebreid en de patiënten hebben daarna niet de complicaties van lymfvochtophoping en oedeem van de benen. Deze vereenvoudigde operatiemethode is een enorme verbetering en betekende een geweldige doorbraak. Collega dr. Joanne de Hullu is binnen ons team de deskundige hierin en heeft de ontwikkeling van deze methode gestimuleerd en gepromoot.

Een derde voorbeeld is de primaire behandeling van het ovariumcarcinoom. Dit is chirurgisch, ook van de vergevorderde stadia III en IV. Met een operatie wordt geprobeerd de buik zoveel mogelijk tumorvrij te maken, wat dikwijls niet lukt. Soms lukt het wel met een zeer uitgebreide operatie die gepaard gaat met hoge morbiditeit en soms met mortaliteit. Door de patiënte eerst te behandelen met chemotherapie bestaat de mogelijkheid dat de tumorbulk slinkt en gemakkelijker te verwijderen is. Het gevolg is een minder grote en minder risicovolle operatie.

Ten slotte heeft de ontwikkeling van de laparoscopie in sommige gevallen ook bijgedragen tot een minder ingrijpende chirurgische behandeling. Laparoscopie wordt in de volksmond kijkoperatie genoemd. Bij deze operatiemethode worden via drie- tot vier kleine openingen in de buikwand een kijkbuis en buizen voor instrumentarium inge-

bracht. Zo langzamerhand kunnen vele operaties op deze manier uitgevoerd worden. Deze operaties duren over het algemeen lang, maar het postoperatief herstel is vaak veel korter, waardoor patiënten veel sneller naar huis kunnen. Deze techniek is bruikbaar voor diverse operaties en wordt in onze kliniek in toenemende mate toegepast. Bijvoorbeeld bij het preventief verwijderen van de eierstokken bij een erfelijke aanleg voor eierstokkanker. De eierstokken worden er met laparoscopische techniek uitgehaald en de volgende dag kan de patiënte al naar huis.

Ik wil hierbij benadrukken dat we deze minder ingrijpende methoden alleen mogen toepassen als we aan de voorwaarde voldoen dat het uiteindelijke eindresultaat, het genezingspercentage op zijn minst niet slechter is. Daarom worden er ook zeer strenge voorzorgsmaatregelen genomen. De meeste technieken worden in onderzoeksetting uitgevoerd en uitsluitend in geselecteerde gevallen toegepast. In alle gevallen is er een zeer zorgvuldige evaluatie van de resultaten.

III. WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Ook wetenschappelijk onderzoek moet uiteindelijk leiden tot betere zorgverlening aan de patiënt. In de relatief korte tijd van mijn functioneren alhier en door de extra taken die ik toebedeeld kreeg als interim afdelingshoofd en opleider, ontbrak mij de gelegenheid en tijd om wetenschap te initiëren en hier structureel aan te werken.

Dat wil niet zeggen dat dit niet gebeurd is. Onder leiding van dr. Leon Massuger is veel basaal wetenschappelijk onderzoek van de grond gekomen. Dit heeft geleid tot promoties en nog lopende promotieonderzoeken. Tevens participeren wij in meerdere klinisch gerichte EORTC- en andere studies. De tijd ontbreekt mij om al deze studies met u door te nemen. Maar ik kan u verzekeren dat wij met alle door ons opgezette en uitgevoerde studies uiteindelijk betere zorg aan de gynaecologisch oncologische patiënt nastreven.

IV. INTENSIVERING VAN ONDERWIJS EN OPLEIDING IN DE GYNAECOLOGISCHE ONCOLOGIE

De opleiding tot gynaecoloog verloopt in stages. De assistent in opleiding doorloopt twee stages oncologie. Door het laten bijwonen van patiëntbesprekingen en multidisciplinaire oncologiebesprekingen en het doen van patiëntenzorg onder supervisie op de afdeling en polikliniek proberen we het zelfstandig oncologisch denken van de assistent te ontwikkelen. Door de assistent te laten assisteren bij oncologische operaties hebben we getracht zijn of haar inzicht in de bekkenchirurgie te vergroten.

VOORUITBLIK

In het kort wil ik met u enkele, naar mijn mening voor de toekomst belangrijke aspecten bespreken, betreffende:

- I. De klinische patiëntenzorg;
- II. De ontwikkeling van het vakgebied gynaecologische oncologie en de opleiding daartoe.

I. DE KLINISCHE PATIËNTENZORG

Voor de klinische patiëntenzorg zijn chirurgische vaardigheden van groot belang. Zowel binnen de obstetrie als de gynaecologie wordt gebruik gemaakt van de chirurgie. Binnen de obstetrie beperkt zich dat tot het uitvoeren van een keizersnede, het aanbrengen en hechten van een episiotomie en het herstellen van de door de bevalling ontstane laceraties en rupturen, waaronder de totaalruptuur.

Binnen de gynaecologie is de chirurgie veel uitgebreider en er kunnen zich daarbij ingewikkelde chirurgische bekken- en bekkenbodempromblematiek voordoen. In toenemende mate is ook binnen de gynaecologie de minimale invasieve chirurgie doorgedrongen. Vroeger werd de baarmoeder verwijderd, als bloedverlies uit de baarmoeder niet medicamenteus of hormonaal te behandelen was. Inmiddels is dat veranderd en zijn er behandelingsmethoden ontstaan waarbij de uterus niet verwijderd hoeft te worden. Ook de technisch moeilijke incontinentieoperaties worden in toenemende mate vervangen door vereenvoudigde technieken. Dit verklaart de bevindingen in een publicatie van Brölmann, dat het aantal uterusextirpaties sterk is teruggelopen en dat ook andere types gynaecologische operaties steeds minder worden uitgevoerd. De kans bestaat dat straks niet elke gynaecoloog voldoende operaties uitvoert om zijn of haar vaardigheden goed op te bouwen en te onderhouden. Komt het aantal verrichte operaties of handelingen beneden een bepaalde grens, dan is het onverantwoord een dergelijke handeling of operatie nog uit te voeren.

Om dit probleem te voorkomen zou het goed zijn dat een beperkt aantal gynaecologen de operatieve kant van het vak beoefent. De opleiding zou daarop aangepast moeten worden. Ik ben voorstander van vroegtijdige differentiatie bijvoorbeeld na drie jaar basisopleiding. Dat betekent dat men dan de keuze moet maken voor een specialisatie: obstetrie, fertiliteit en endocrinologie, operatieve gynaecologie of oncologie. Kiest men de chirurgische richting, dan zal de specialisatie daarin ook goed moeten gebeuren. Helaas moet ik vaststellen dat de chirurgische vooropleiding landelijk binnen onze opleiding onvoldoende is. Ik pleit ervoor dat de assistent op zijn minst één jaar chirurgische basisopleiding en opleiding in de buikchirurgie moet hebben. Dat betekent niet dat men dat ene jaar moet doorbrengen met het doen van acute poli, fractuurbehandeling en kleine traumatologie, maar dat het een echte stage abdominale chirurgie moet zijn.

Zoals u wellicht begrepen heb, ben ik met name in academische ziekenhuizen waar topzorg vereist is, voor zo'n gedifferentieerde opleiding en praktijkvoering. Al deze zaken zijn al dikwijls besproken binnen de NVOG. Tot nu toe heeft het niet tot wezenlijke veranderingen geleid. Op korte termijn zullen er maatregelen moeten worden genomen, voor het te laat is.

Een ander aspect dat aandacht behoeft in de klinische patiëntenzorg is de palliatieve en terminale zorg. In de dagelijkse praktijk van het zien van veel patiënten, opereren en andere vormen van behandelingen staat de cure sterk op de voorgrond en wordt de care naar achteren gedrongen, mede door tijdgebrek. Ik heb de care altijd een warm hart toegedragen en heb in mijn patiëntencontacten daarvoor tijd genomen en geprobeerd dat tot uiting te brengen. Ik ben echter van mening dat het binnen het onderwijs en de opleiding van assistenten meer aandacht had moeten en moet krijgen.

In dit verband zijn de begeleiding van de patiënt die aan kanker lijdt, de palliatieve zorg en de terminale zorg met daarbij de stervensbegeleiding, onderdelen van het vakgebied die zowel in de directe zorgverlening als in de opleiding grote aandacht verdienen.

Zoals in het hele medische vak speelt ook in de begeleiding van de patiënt die aan kanker lijdt, communicatie een cruciale rol. De ene dokter is van nature communicatief vaardiger en empathischer dan de andere. Echter iedereen kan het zich door oefenen proberen eigen te maken. Nog te vaak wordt er onvoldoende zorg besteed aan het slecht nieuwsgesprek. Dit gesprek vindt nog te vaak, door tijdgebrek plaats in grote haast, staand op afstand van de patiënt, in een onrustige omgeving met piepers, telefoon et cetera, in een slechte ruimte zoals de koffiekamer van de verpleging, op zaal. Nog te vaak ook worden uitslagen besproken en doorgegeven per telefoon.

De laatste jaren heeft de palliatieve zorg, de zorg voor de ongeneeslijke patiënt in toenemende mate aandacht gekregen binnen ons vakgebied. Onder de palliatieve zorg vallen onder meer klachtenbestrijding: pijnklachten, mictiebezwaren, braken, diarree en andere klachten. Hierbij horen tevens psychologische en sociaal-maatschappelijke ondersteuning en hulpverlening. Palliatieve zorg vereist een grote betrokkenheid en ervaring. Het is een apart specialisme. Om in de woorden van collega dr. Stans Verhagen te spreken: "Er is nog veel onbewuste onbekwaamheid." In dit verband is het goed om op te merken dat elke gynaecologisch oncoloog en fellow in opleiding daartoe, lid zou moeten zijn van de Nederlandse Vereniging van Psychosociale Oncologie (NVPO).

Meestal vindt de begeleiding van de patiënt in de eindfase van zijn ziekte en de terminale zorg thuis of in een hospice plaats. Zo hoort het ook, het sterven dient bij voorkeur plaats te vinden binnen een vertrouwde omgeving en niet in een onrustig druk bedrijf. In beide gevallen onttrekt deze fase zich aan het gezichtsveld van de specialist in het academisch ziekenhuis. Ik heb, als specialist, deze begeleiding dikwijls erg gemist en heb soms met moeite afstand gedaan en afscheid genomen van mijn patiënt.

Zo nu en dan lukte mij dat niet en ben ik voor de verleiding bezweken om patiënte toch maar thuis of in het hospice te bezoeken.

Om meerdere redenen betreur ik het dat deze terminale zorg zich aan ons gezichtsveld onttrekt. In de eerste plaats omdat ik van mening ben dat de begeleiding en terminale zorg essentiële onderdelen zijn van het vakgebied van de oncoloog. Doordat de terminale fase zich vaak thuis afspeelt, zal de assistent of fellow in de opleiding hierin onvoldoende interesse en ervaring krijgen. Zo gaan helaas leermomenten verloren. Ik ben van mening dat het belangrijk is dat de assistent in opleiding ook hiermee geconfronteerd wordt en leert hoe hij/zij hier straks mee om moet gaan. Ik heb het als een van mijn belangrijkste taken gezien de co-assistent en assistent te leren hoe om te gaan met de patiënt, vooral in de begeleiding. Dit valt niet uit boeken te leren, maar moet hij of zij ervaren, horen en zien. Bovendien is het risico groot dat dit onderdeel binnen een academische setting wordt verwaarloosd en dat alle aandacht zich richt op de techniek: diagnostiek, chemotherapie, bestralen en snijden.

De begeleiding van de patiënt in de allerlaatste fase van het leven, de stervensbegeleiding, krijgt nauwelijks aandacht in de opleiding. Dit is begrijpelijk. We houden de dood liefst op een afstand, als niet behorende bij het leven. Pas als je geleerd hebt de dood te zien als onderdeel van het leven en je daardoor ook bewust bent van je eigen sterfelijkheid, ben je in staat om een patiënt in de eindfase van zijn of haar leven te begeleiden. Het gaat om de zorg voor de stervende patiënt: de zorg rondom de laatste uren of dagen van het leven. In het lezenswaardige artikel 'Care of the dying patient: the last hours or days of life' van John Ellershaw in de British Medical Journal van januari 2003 maakt de auteur een aantal statements. Een enkele geef ik vrij vertaald graag door:

- Te veel patiënten sterven een mensonwaardige dood, overstuurt, met niet onder controle gehouden symptomen.
- Het kunnen stellen van de diagnose 'de patiënt is stervende' is een belangrijke klinische vaardigheid, waarvoor veel klinische ervaring nodig is.
- In het onderwijs voor de training van alle betrokken gezondheidswerkers behoren kernthema's betreffende de zorg voor de stervende patiënt opgenomen te worden.
- Middelen moeten beschikbaar gesteld worden om patiënten in staat te stellen om op een waardige manier te sterven in een omgeving die zij verkiezen.
- Landelijke richtlijnen voor de zorg van de stervende patiënt moeten vastgesteld en geregistreerd worden.

Uit deze citaten blijkt dat zich in de stervensfase nog te vaak situaties voordoen waarbij oncontroleerbare pijn, paniek, angst en radeloosheid optreden en waarbij op lichamelijk en/of geestelijk gebied een volledige ontluistering van de mens ontstaat. Persoonlijk ben ik van mening dat het in dergelijke situaties onmenselijk en mensonwaardig is om deze patiënten terminale palliatieve sedatie te onthouden, ook al zou dit een versnelde dood tot gevolg hebben.

II. DE ONTWIKKELING VAN HET VAKGEBIED GYNAECOLOGISCHE ONCOLOGIE EN DE OPLEIDING DAARTOE

In het voorgaande heb ik duidelijk gemaakt dat de oncologie eigenlijk niet thuis hoort binnen het vakgebied voortplanting, het is de vreemde eend in de bijt.

De basis van de gynaecologische oncologie is niet de gynaecologie, maar de oncologie. Alle daarin werkzame specialisten moeten gespecialiseerd zijn in de oncologie en niet noodzakelijkerwijs in de voortplanting. Verloskunde en voortplanting laten zich moeilijk combineren met de oncologie. De combinatie oncologie met verloskunde en fertiliteitstoornissen klopt niet. De denkwerelden zijn anders en ook de benadering van de patiënt is nauwelijks onderling vergelijkbaar. De praktische benadering verschilt ook; verloskunde is voor een groot gedeelte een acuut vak met vele nachtelijke werkzaamheden, een echt doe-vak, in tegenstelling met de gynaecologische oncologie welke zich meestal niet in de nacht afspeelt en zelden een acuut karakter heeft. Het is fysiek niet te doen om de hele nacht verloskunde te bedrijven en de volgende dag zeven uur lang aan de operatietafel te moeten staan om één of meer grote oncologische operaties te verrichten. Persoonlijk zie ik het in de toekomst als ideaal dat de gynaecologische oncologie een zelfstandig vak wordt, losstaand van de verloskunde-gynaecologie.

De ontwikkeling gaat zeer snel binnen de meeste specialismen, vooral binnen de oncologie, op moleculair-biologisch gebied. Het is ondoenlijk om van zulke diverse vakken de ontwikkeling goed bij te houden. Als de vakken bij elkaar blijven, dan zal het een zeker ten koste gaan van het andere. Het mes snijdt echt aan twee kanten. Het is ook niet ideaal dat een zeer moeilijke bevalling in de dienst soms gehanteerd wordt door een oncoloog die het obstetrisch vak zo nu en dan alleen nog maar in de dienst uitoefent. Het vak gynaecologische oncologie moet zich vooral chirurgisch ontwikkelen. Mogelijk zou in de toekomst dan ook de mammachirurgie bij de gynaecologische oncologie ondergebracht kunnen worden. Ik pleit er niet voor dat de gynaecologische oncologie overgaat in de chirurgische oncologie. Het heeft een eigen plaats verworven en dat moet ook zo blijven.

Dit standpunt van gescheiden vakken en ontwikkeling in die vakken zal zich ook moeten weerspiegelen in de opleiding tot gynaecologisch oncoloog. Voor niet insiders zal ik de huidige opleiding in het kort uitleggen. De opleiding tot vrouwenarts duurt zes jaar, waarin men stages verloskunde, vruchtbaarheidsstoornissen, algemene gynaecologie en oncologie loopt. Men doet operatiekamerstages, polikliniekstages, verloskamers et cetera. Momenteel wordt drie jaar hiervan doorgebracht in een academisch centrum en drie jaar in een niet-academisch opleidingsziekenhuis. In deze regioziekenhuizen krijgen de assistenten vooral in de verloskunde, vruchtbaarheidsstoornissen en algemene gynaecologie veel praktische ervaring. Als je tijdens of na je opleiding tot gynaecoloog besluit gynaecologisch oncoloog te worden, moet je daarvoor nog minimaal twee jaar in opleiding. Tevens is het een voorwaarde dat je gepromoveerd bent, in elk geval moet

je wetenschappelijk onderzoek verricht hebben op oncologisch gebied. Van deze twee jaar opleiding wordt bij voorkeur een half tot één jaar doorgebracht in een bekende buitenlandse gynaecologisch-oncologische kliniek. Samengevat betekent het dat als men gynaecologisch oncoloog wil worden men eerst de gehele opleiding obstetrie en gynaecologie moet volgen. In mijn visie is het volkomen nutteloos dat een gynaecologisch oncoloog de hele opleiding verloskunde-gynaecologie doet. Hij of zij kan de tijd veel beter en effectiever besteden.

De opleiding tot gynaecologisch oncoloog zou ik dus willen loskoppelen van de opleiding verloskunde-gynaecologie. Nog wel een opleiding van zes jaar, maar dan als volgt ingedeeld: Het eerste jaar basale, moleculair-biologische, oncologische wetenschap en onderzoek. Dan één jaar algemene gynaecologie, daarna twee jaar opleiding in de buikchirurgie en eventuele mammachirurgie en tenslotte twee jaar chirurgische gynaecologie en gynaecologische oncologie. Na deze gedegen chirurgische vooropleiding zal de gynaecologisch oncoloog in staat zijn darmchirurgie en grote exenteratieve ingrepen voor een groot deel zelf op te lossen.

Hierdoor zal de gynaecologische oncologie een zelfstandig heelkundig vak worden, niet langer afhankelijk van de chirurgische discipline. Ik ben mij ervan bewust dat het nog heel lang zal duren voordat dit ideaalbeeld werkelijkheid zal worden. Ik betwijfel zelfs of dit ooit zal gebeuren. Ik ben mij ervan bewust dat het op veel praktische bezwaren zal stuiten. Bovendien zullen er veel persoonlijke en maatschappelijke belangen een rol spelen en veel heilige huisjes zullen omver moeten.

SLOTWOORD

Aan het einde van mijn rede wil ik in de eerste plaats het stichtingsbestuur en het college van bestuur van de Radboud Universiteit Nijmegen en de raad van bestuur van het Universitair Medisch Centrum St. Radboud danken dat zij mij in de gelegenheid hebben gesteld mijn taak hier uit te voeren. Bovenal wil ik mijn dank uitspreken naar de drie decanen die ik in deze relatief korte periode heb meegemaakt: prof. Vooijs, prof. van Herwaarden, nu voorzitter van de raad van bestuur van het UMCN en de huidige decaan prof. Ruiter, voor het in mij gestelde vertrouwen, de goede samenwerking, de prettige verstandhouding, maar bovenal voor alle blijken van waardering die u aan de dag gelegd hebt over mijn functioneren alhier.

Prof. Merkus wil ik dank zeggen, omdat vooral hij het is geweest die het initiatief heeft genomen mij naar Nijmegen te halen. Hans, het is mij heel goed bevallen, jammer dat onze samenwerking maar van korte duur was.

Graag wil ik prof. Braat bedanken voor haar hulp en samenwerking, vooral toen ik onverwachts voor een moeilijke opdracht kwam te staan en haar hulp inriep. Didi, in die beginfase hebben we het zwaar gehad, maar terugkijkend geeft het een goed gevoel dat we samen met behulp van anderen veel voor elkaar hebben gekregen.

Alle stafleden en assistenten wil ik dank zeggen voor de samenwerking, in het bijzonder de collegae stafleden van de onderafdeling gynaecologische oncologie. Het was voor sommigen niet altijd gemakkelijk om die nieuwkomer uit Groningen met zijn eigen ideeën over allerlei zaken te accepteren. Het viel niet altijd mee om een ingeroeste gewoonte gewijzigd te krijgen. Toch is het ons gelukt om met elkaar een gerenommeerde afdeling gynaecologische oncologie op de kaart te zetten in het UMCN en in de regio. Jullie inzet daarbij was onontbeerlijk en heb ik zeer gewaardeerd. Nogmaals dank daarvoor. Maaïke van Ham en Ruud Bekkers: ik ben blij aan jullie opleiding bijgedragen te hebben en ik heb er het volste vertrouwen in dat jullie samen met Charles Schijf, Joanne de Hullu en Leon Massuger het werk en de ingeslagen koers daarbij zullen voortzetten.

Heel in het bijzonder wil ik de collega's uit de regioziekenhuizen dank zeggen dat ze bereid waren met mij samen te werken en mij geholpen hebben mijn plan tot uitvoer te brengen.

Bijzondere dank wil ik uitspreken naar al het personeel van het IKO. De samenwerking met jullie was uiterst plezierig.

In april 1998 zei prof. Eskes in zijn afscheidscollege: "Het gebeurt maar zelden dat in een afscheidsrede een secretaresse wordt genoemd." Hij noemde zijn secretaresse Gerda Theunissen. Destijds, ongeveer twee maanden na mijn aantreden begreep ik eigenlijk niet wat hij met die lovende woorden bedoelde. Nu begrijp ik het maar al te goed. Zonder jouw hulp, Gerda, had ik het waarschijnlijk niet gered in de beginfase. Veel dank daarvoor. Echter deze dank heb ik al bij je afscheid naar voren gebracht en recentelijk bij een heel speciale gebeurtenis nog eens extra benadrukt.

Alle secretaresses, in het bijzonder het oncologiesecretariaat, verpleegsters en verplegers, op de poli en op de afdeling, in de regioziekenhuizen, op de OK's of waar dan ook, jullie allen zeg ik heel hartelijk dank voor jullie hulp, medewerking en vriendelijkheid.

Yvonne Lawson, dank voor al het werk dat je verzet hebt om deze dag tot een succes te maken.

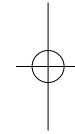
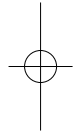
Tot slot Tiny, de kinderen en schoonkinderen, die natuurlijk ook onze kinderen zijn, jullie heb ik al zo vaak mijn dank laten blijken, met name jou, Tiny. Ik ga dat verder publiekelijk niet opnieuw doen. Ik bewaar dat voor morgen. Eén ding is zeker, nu we de leeftijd van 65 jaar bereikt hebben, gaan we de prioriteiten verschuiven en in de tijd die ons nog gegeven is uitbundig genieten van de kinderen en kleinkinderen.

Ik heb gezegd.

LITERATUUR

- Bensing, J.M., 'Impliciete theorieën in onderzoek naar de arts-patiënt communicatie', in: *Huisarts Wet* 1991; 34 (7): p. 311-319.
- Begg, C.B., L.D. Cramer, W.J. Hoskins, M.F. Brennan, 'Impact of Hospital Volume on Operative Mortality for Major Cancer Surgery', in: *JAMA*, 1998; 280, p. 1747-1751.
- Birkmeyer, J.D., T.A. Stukel, A.E. Siewers, P.P. Goodney, D.E. Wennberg, F.L. Lucas, 'Surgeon Volume and Operative Mortality in the United States', in: *N Engl J Med* 2003; 349, p. 2117-27.
- Boonstra, H., 'Grenzen van een nieuw specialisme . Gynaecologische oncologie behoeft erkenning van anderen', in: *Medisch Contact*, 2002, 57, nr. 20 p. 782-784.
- Boonstra, H., 'Gynaecologisch-oncologische ondersteuning van de tweede lijn. Hoe kun je aan deze samenwerking gestalte geven?', in: *Infertilititeit, gynaecologie en obstetrie anno 2001. Proceedings and test van het congres, gehouden op 28, 29 en 30 mei 2001, De Doelen, Rotterdam. Redactie: dr. E. Slager et al; 2001; p. 232-236.*
- Brölmann, Hans A.M., Harry A.M. Vervest, J. Heineman Maas, 'Declining trend in major gynaecological surgery in The Netherlands during 1991-1998. Is there an impact on surgical skills and innovative ability?', in: *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, July 2001, vol. 108, p. 743-748.
- *Concentratie en spreiding gynaecologisch-oncologische zorg. Nota NVOG, aanvaard op 23 april 1993 door de 543-ste plenaire ledenvergadering.*
- De Hullu, J.A., M.H. Oonk, A.G. van der Zee, 'Modern management of vulvar cancer. Review', in: *Curr Op Obstet Gynecol.* 2004 Feb; 16 (1), p. 65-72.
- Ellershaw, J. & C. Ward, 'Care of the dying patient: the last hours or days of life', in: *BMJ* volume 326; 2003, p. 30-34.
- Hacker, N.F. 'Organization of gynecological cancer care: A time for change', in: *Int J Gynaecol Cancer*, 1998; 8 (1), p. 1-5.
- Haeck, J., 'Graadmeter voor kwaliteit van ziekenhuiszorg', in: *Medisch Contact*, nr 21, mei 2005, p. 894-898.
- Heintz, A.P.M., J.B.M.Z. Trimbos, J.G. Aalders, M.P.M. Burger, 'De gynaecoloog als oncologisch specialist. Subspecialist levert in teamverband de beste resultaten', in: *Medisch Contact* 2001, 56 nr. 44, [welke pagina's?](#)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg, *Het resultaat telt. Rapport mei 2005.*
- Junor, E.J., D.J. Hole, L. McNulty, M. Mason, J. Young, 'Specialist gynaecologists and survival outcome in ovarian cancer: a Scottish national study of 1866 patients', in: *Br J Obstet Gynaecol.* 1999 Nov; 106(11), p. 1130-1136.
- Kievit, J. en J. Legemate, 'Statistiek fluit de volumenorm terug. Aantal verrichtingen geen optimale maat voor kwaliteit chirurgie', in: *Medisch Contact* 2005, 60 nr. 33, [welke pagina's?](#)
- *Nota oncologie 2000. Nota door NVOG, op 21 april 2001 geaccordeerd door de 568-ste plenaire vergadering.*
- Paulides, J.J., C.A.L.M. Lennards, en B. Jongejan, 'Cultuuromslag in de oncology. Verdergaande samenwerking in kankerzorg noodzakelijk', in: *Medisch Contact*, 2005, 60 nr. 9, p. 348-350.
- Schrag, D., K.S. Panageas, E. Riedel, L. Hsieh, P.B. Bach, J.G. Guillem, C.B. Begg, 'Surgeon Volume Compared to Hospital Volume as a Predictor of Outcome Following Primary Colon Cancer Resection', in: *Journal of*

- Surgical Oncology*, 2003, nr. 83, p. 68-79.
- *Programma voor opleiding tot gynaecologisch oncoloog*. Notitie, door NVOG geaccordeerd op 21 april 2001 door de 568-ste plenaire vergadering.
 - Schuurmans, J.J. Fokke, J. Haaijman, R. van Dongen, J. Prins, M. Gribling, C. Verhagen, 'Gevaarlijk terrein. Grijs gebied tussen euthanasie en palliatieve sedatie minimaliseren' in: *Medisch Contact*, 2004, 59 nr. 45, p. 1787-1790.
 - Van der Velden, J. A.C.M. van Lindert, C.H.F. Gimbrere, H. Oosting, A.P.M. Heintz, 'Epidemiologic Data on Vulvar Cancer: Comparison of Hospital with Population-Based Data', in: *Gynecol Oncol.* 1996 Sep; 62(3), p. Het risico is groot dat dit onderdeel binnen een academische setting wordt verwaarloosd en dat alle aandacht zich richt op de techniek: diagnostiek, chemotherapie, bestralen en snijden 379-83.
 - Van der Burg, S.H., 'Afweer tegen humane papillomavirus. Vaccinatie tegen baarmoederhalskanker', in: *Kanker*, april 2005, nummer 2, p. 20-23.
 - Wemekamp, H., L.M. Gualthérie van Weezel, 'De huisarts en de begeleiding van patiënten met kanker', in: *Ned Tijdschr Geneeskd* 1996 6 juli; 140 (27), p. 1389-1391.



AFSCHEIDSREDE
PROF. DR. H. BOONSTRA



Gynaecologische oncologie is een vak apart, betoogt Henk Boonstra in zijn afscheidsrede. Louter gynaecologische dan wel verloskundige kennis is onvoldoende om vrouwen met kanker van de geslachtsorganen optimale zorg te bieden. Als hoogleraar en hoofd van de

afdeling Gynaecologische oncologie heeft hij een belangrijke bijdrage geleverd aan de totstandkoming van een samenwerkingsverband tussen een gespecialiseerd gynaecologisch-oncologisch centrum en tien regioziekenhuizen in Oost-Nederland. Dankzij deze samenwerking, nieuw en uniek in Nederland, is de zorg aan patiënten verbeterd. Een tweede verbetering is de ontwikkeling en komst van minder ingrijpende behandelingsmethoden.

De auteur pleit voor een meer gerichte en gespecialiseerde opleiding tot gynaecologisch oncoloog. Palliatieve zorg zou in deze opleiding een belangrijk onderdeel moeten zijn.

Henk Boonstra (1940) werkte na zijn afstuderen vijf jaar als arts in een klein zendingsziekenhuis in Transkei (Zuid-Afrika). Hij specialiseerde zich gedurende anderhalf jaar in de chirurgie. Na ruim vier jaar huisarts volgde een specialisatie in de gynaecologie en gynaecologische oncologie. Hij was als gynaecologisch oncoloog werkzaam op de afdeling obstetrie en gynaecologie van het Academisch Ziekenhuis Groningen. Sinds maart 1998 was hij hoogleraar Gynaecologische oncologie in het Universitair Medisch Centrum Nijmegen St. Radboud.