



# Over grenzen

AFSCHEIDSREDE DOOR PROF. DR. PAUL H.M. SPAUWEN

Radboud Universiteit Nijmegen



## AFSCHEIDSREDE

PROF. DR. PAUL H.M. SPAUWEN



In zijn afscheidsrede bespreekt Paul Spauwen, hoogleraar Plastische en Reconstructieve Chirurgie en Handchirurgie, de grenzen van zijn vak – en hoe die soms overschreden worden. Bijvoorbeeld door het ministerie. Of door onbevoegde artsen, die de naam specialist niet waardig zijn. Spauwen stelt hoge eisen

aan zichzelf en zijn collega's. Alleen zij die weten wat ze doen en daarvoor toetsbaar getraind zijn, zijn in staat grenzen op te zoeken en te verleggen. Bijvoorbeeld naar een nieuw concept van 'integrale geneeskunde', waarin de vraag van de patiënt holistisch wordt benaderd, in nauwe samenwerking met andere competente specialisten, over de grenzen van vakgebieden heen. Een belangrijk doel in zijn leven is het nemen van maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg in landen waar deze zeer beperkt is. De plastische chirurgie leent zich bij uitstek voor het behandelen van mensen met aangeboren afwijkingen en (de gevolgen van) brandwonden.

Prof. dr. Paul Spauwen neemt afscheid als hoofd van de afdeling Plastische Chirurgie van het UMC St Radboud. Spauwen is sinds 1996 hoogleraar met als wetenschapsgebied de reconstructieve chirurgie op het gebied van aangeboren afwijkingen, traumata en tumoren. Vaak kunnen deze problemen opgelost worden door eigen weefsel van de patiënt, maar steeds meer ook door gebruik van biomaterialen. Zijn onderzoeksgroep ontwikkelt deze biomaterialen samen met de afdeling Biomaterialen op basis van tissue engineering. Spauwen benadrukt het belang van ethische vragen in zijn vak: wat kan, wat moet, wat mag?

OVER GRENZEN



## **Over grenzen**

*Rede uitgesproken bij het afscheid als hoogleraar Plastische en Reconstructieve Chirurgie en Handchirurgie aan het Universitair Medisch Centrum van de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 18 december 2009*

**door prof. dr. Paul H.M. Spauwen**

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen  
Fotografie omslag: Bert Beelen  
Drukwerk: Drukkerij Roos en Roos, Arnhem

ISBN 978-90-9025093-9

© Prof. dr. P.H.M. Spauwen, Nijmegen, 2009

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.

## INHOUD

1.	De plastische chirurgie: een veldverkenning	6
2.	De patiënt als klant	9
3.	De andere ondernemers	10
4.	Het product onderwijs en opleiding	12
5.	Het product wetenschap	14
6.	Tot slot	16



## 1. DE PLASTISCHE CHIRURGIE: EEN VELDVVERKENNING

In 1996 mocht ik ook hier staan. Ik heb het toen gehad over *Snijvlakken*.<sup>1</sup> Kort gezegd ging dat over het snijvlak tussen vorm en functie, typisch voor het werkspectrum van de plastisch chirurg; het snijvlak tussen de patiënt en de plastisch chirurg; en de meervoudige snijvlakken tussen de plastisch chirurg en andere disciplines. Vandaag ga ik over grenzen, alvorens het pand te verlaten als emeritus. In de oorspronkelijke betekenis – beschreven in het *Militair Woordenboek* van Landolt – is een Emeritus ‘een Romeinsch krijgsman, die zijnen diensttijd eervol volbragt had. Deze diensttijd bedroeg 20 jaren of beter gezegd veldtogten bij het voetvolk of 10 jaren bij de ruitelij (Landolt HMF, Militair woordenboek, 1861).<sup>2</sup>

Achttien jaar mocht ik als 'n soort krijgsman in het UMC St Radboud veldtochten houden deels bij het voetvolk ( de dagelijkse praktijk) en deels bij de ruitelij (de leidinggevende sector). Daarmee voldoe ik aan het criterium met emeritaat te gaan, voor velen een soort pensioen. Dat gaat wat mij betreft niet gebeuren. Ik ga met FPU, een Fenomenale Persoonlijke Uitdaging. Wat dat precies inhoudt zal ik U later uitleggen.

Het thema van vandaag is *Over grenzen*. Deze titel dekt een breed spectrum van grenzen overschrijden, van grenzen stellen, van over grenzen gaan, grenzen opzoeken en over de grens gaan. Graag neem ik U tegen die achtergrond mee naar een veldverkenning van de plastische chirurgie, de patiënt als klant, de andere ondernemers, het product onderwijs en opleiding en het product wetenschappelijk onderzoek.

Nu eerst een voorbeeld van het overschrijden van de grenzen van de realiteit. Op dinsdag 6 oktober kreeg ik van de communicatieafdeling van de Radboud Universiteit de uitnodiging om in het kader van een mogelijk persbericht een korte toelichtende tekst te schrijven op basis waarvan zo'n 500 journalisten in Nederland eventueel met mij in contact zouden willen treden. 500, dat is veel! En die staan allemaal te lekkerbekken over wat ik hier vandaag ga vertellen. Bijvoorbeeld over de uitwassen van mijn vak, dat in hun perceptie bekend staat als glamourland. Mijn vak blijkt in de media inderdaad heel erg sensationeel. Het prikkelt de fantasie. Het overschrijdt dagelijks de grenzen van de realiteit. Borsten vinden we spannend en 'sucken, fillen en liften' spreken zeer tot onze verbeelding. Dat vind je in geen enkel ander vak.

In het licht van deze journalistieke sensatiezucht heb ik de communicatieafdeling een science fiction verhaal toegestuurd over mensen van het Capaciteitsorgaan die – nu ruim een jaar geleden vonden dat er wel genoeg plastisch chirurgen in Nederland zijn. Een hoge ambtenaar van vws broddelde daarbij nog iets over botoxspuiters en per omegaande werd het aantal instroomplaatsen van plastisch chirurgen teruggebracht van 19 naar 7 per jaar. Ondertekend door de minister... En dan blijkt, – je gelooft het niet – dat dit geen science fiction is, maar harde werkelijkheid. Zeven instroomplaatsen! Ik vraag me dan af: weten die mensen dan niet dat de behoefte aan plastisch chirurgen stijgt door de vraag naar borstreconstructies bij voornamelijk jonge vrouwen die een

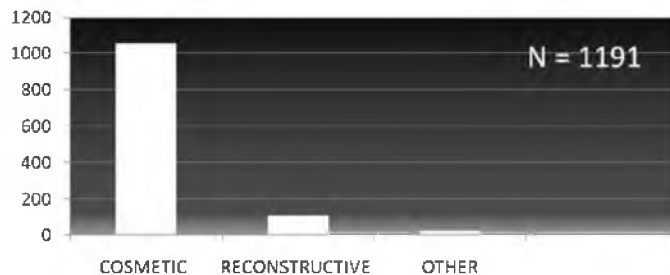
borstamputatie ondergaan voor kanker of vanwege de hoge kans daarop. Dat plastisch chirurgen na een motorongeval bij een patiënt met 'n bedreigd been een nieuwe huidbedekking kunnen aanbrengen en zo kunnen voorkomen dat het been eraf gaat. Dat plastisch chirurgen ook bij deze mensen hun visusklachten van overhangende bovenoogleden die hun blik vertroebelen kunnen verhelpen.

Nee, dat weten deze mensen niet, dat zien zij niet. Maar zo wordt wel beleid gemaakt. Op grond van scheve voorstellingen. Ook al heeft collega van der Hulst in zijn recente oratie 'Zuurvlees'<sup>3</sup> hiermee de krant gehaald, ook al zijn deze mensen door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie subtiel voorgelicht - vandaag permitteer ik mij daarmee iets minder subtiel om te gaan. Het is toch te gek, dat het in Nederland mogelijk is de instroom van gekwalificeerde plastisch chirurgen fors te reduceren en aan de andere kant toe te staan, dat niet-gekwalificeerde personen in privéklinieken werken onder de misleidende titel 'cosmetisch chirurg', 'arts voor plastische chirurgie', 'esthetisch arts' en andere. Recent kreeg ik bezoek van een senior-inspecteur van de Inspectie voor de Volksgezondheid. Zij had vragen over een Grieks algemeen arts, die liposucties uitvoerde en een thoraxchirurg die borstvergrotingen uitvoerde. Zij wilde de kwalificatie van deze artsen achterhalen. 'Bekwaam is bevoegd' heet het. Maar er is geen duidelijk wettelijk kader, waaraan dit kan worden getoetst. Hun bekwaamheid werd gerelateerd aan het gedaan hebben van honderden van deze ingrepen. Maar leidt hoge *turnover* van een technische truc tot bekwaamheid? Ik denk van niet en bepleit, dat de overheid strenge eisen zou moeten stellen aan privéklinieken en aan de daar werkende artsen. Het kan toch niet zo zijn, dat een tweedaagse cursus in een louche hotel in Casablanca leidt tot de kwalificatie 'Plastisch Chirurg'. Integendeel. Een plastisch chirurg is iemand, die na zes jaar opleiding heeft voldaan aan de specifieke eisen van het Besluit Plastische Chirurgie, inclusief het daarbij behorende landelijke of Europees examen. Ik heb die kwaliteitseisen aan de Inspecteur meegegeven. Ik verwacht actie.

In het voorgaande heb ik het gehad over scheve voorstellingen en *malpractice*. De plastisch chirurgische werkelijkheid is anders. Behalve de eerder genoemde borstreconstructies en onderbeenletsels zijn plastisch chirurgen bij uitstek opgeleid om handaandoeningen en handletsels te kunnen behandelen. Wist U dat het werk van plastisch chirurgen voor 40 procent uit handchirurgie bestaat? Wij behandelen kinderen die geboren zijn met te veel, te weinig, te korte, te lange of samengegroeide vingers. Het meeste echter behandelt de plastisch chirurg handletsels. Men zegt wel eens de complexe handletsels, maar eigenlijk is ieder handletsel complex. Je hebt immers maar twee handen. En naast de impact op dagelijkse activiteiten, beroep, sport en hobby zijn de handen vooruitgeschoven posten van de persoon. Kijk maar naar de woorden handreiking, hand in hand gaan, elkaar een hand geven, de betekenis van handlijnen voor de toekomst en de betekenis van de vingerafdruk voor identificatie in het paspoort. Zo be-

langrijk zijn handen, zo belangrijk is een deskundige behandeling van handletsels. Ook zijn plastisch chirurgen bij uitstek geëquipeerd om in derdewerldlanden brandwonden en aangeboren afwijkingen van het gezicht te corrigeren en zo het leven van deze mensen draaglijk maken. Op de lijst van de Amerikaanse organisatie Smile Train staan 10.000 plastisch chirurgen vermeld, die bereid zijn in arme landen lip-kaak-gehemelte-spleten te opereren en lokale dokters daarvoor te trainen. Dat is maatschappelijke verantwoordelijkheid, die bij uitstek bij ons vak past. Dat is nou eens echt over de grens gaan. Daarvoor moeten wij in Nederland toch ook ruim plastisch chirurgen kunnen leveren! Geen zeven instroomplaatsen plastische chirurgie, maar minstens twintig moeten er komen om deze doelen te bereiken.

Ter afronding van deze veldverkenning wil ik U een luchtig intermezzo uit eigen huis niet onthouden. Recent is anesthesioloog Monique Steegers gepromoveerd op het onderwerp *Nerve injury and chronic pain after surgery*.<sup>4</sup> Tezelfdertijd kopt de Radbode op de voorpagina met de titel: 'Chronische pijn na borstvergroting'. Feitelijk komt dat uit paragraaf 2.1 van haar vijf hoofdstukken tellend proefschrift over chronische pijn bij operaties voor borstkanker, thoracotomieën en angina pectoris. Zelfs in haar tien stellingen, de samenvatting voor de leek en haar publicatie in het *Nederlands Tijdschrift der Geneeskunde* acht zij de borstvergrotingen geen statement waard. Blijkbaar bepaalt de omgeving, ook de Radboderedactie wat belangrijk is, zelfs na achttien jaar Spauwen met zijn reconstructieve chirurgie.



Figuur 1 De zoekterm 'plastic surgery' past in 89% van de krantartikelen bij 'cosmetic surgery'. (Reid et al 2008).

Maar troost U, U kunt er ook niets aan doen. Van 1191 artikelen, gepubliceerd in Britse kranten in 2006 met als zoekterm *plastic surgery* bleek 89 procent de term *plastic surgery* te gebruiken in de context van cosmetische chirurgie, terwijl slechts 10 procent gerelateerd bleek te zijn aan reconstructieve chirurgie.<sup>5</sup> Daarbij blijkt er volledige verwarring

te bestaan over de termen ‘cosmetische, esthetische, plastische en reconstructieve chirurgie’.<sup>6</sup>

Het moge duidelijk zijn, dat de perceptie van de werkelijkheid zeer verschillend kan zijn. Een vergelijking: in Australië worden landkaarten gemaakt, waarop Australië bovenaan staat afgebeeld. Het Noorden ligt dan onder. Als U dat niet weet zult U gaan van A naar B precies de verkeerde kant op lopen. Ik meen te kunnen vaststellen, dat er op dezelfde wijze een waarneming van de plastisch chirurgische werkelijkheid is die haaks op die van mij staat. Toch wil ik deze, die van mij, vandaag graag aan U presenteren.

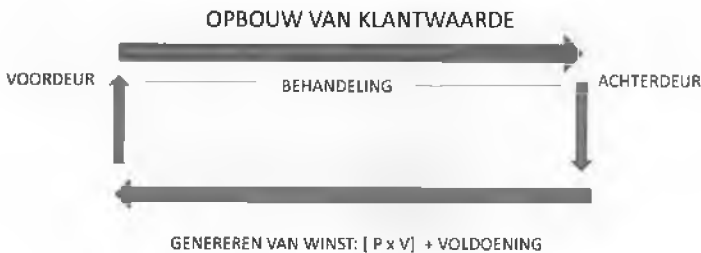
## 2. DE PATIËNT ALS KLANT

Er is zeker één ding dat wij kunnen leren van het commerciële cosmetisch bedrijf. En dat is de klantgerichtheid. Snelle toegang, vlotte behandeling, vriendelijk klimaat. In dat licht heeft onze afdeling gekozen voor een motto, dat boekdelen spreekt: ‘Plastische chirurgie: zichtbaar beter, beter zichtbaar’.

‘Zichtbaar beter’ staat voor kwaliteit, ‘Beter zichtbaar’ voor positionering in de eigen ziekenhuisomgeving, regio, land en daarbuiten. Wat dat betreft heb ik de afgelopen jaren binnen het nieuwe UMC St Radboud veel mogen leren. Meer dan voorheen ligt bij de patiëntenzorg de bal in het spel bij de afdeling zelf. Ik heb recent het begrip ‘klantwaarde’ leren kennen. Feitelijk betekent dat niets anders dan dat een patiënt van de voordeur tot de achterdeur zodanig wordt behandeld, dat hij in voorko-



Figuur 2 Het nieuwe logo van de afdeling Plastische Chirurgie van het UMC St Radboud: ZICHTBAAR BETER, BETER ZICHTBAAR.



Figuur 3 Managementmodel, waarin opbouw van ‘klantwaarde’ leidt tot financiële winst en persoonlijke voldoening.

mende gevallen weer graag terugkomt of tegen anderen zegt: daar moet je wezen. Als dat goed loopt, levert klantwaarde natuurlijk ook iets op. Bedrijfsmatig gezien volgens de formule Prijs x Volume en zeker ook persoonlijke voldoening over het bereikte resultaat.

Toch voelt zo'n bedrijfsmatig model voor een dokter niet compleet. Er ontbreekt iets als we het hebben over een behandelomgeving, die 'veilig is, toegankelijk, betrouwbaar'. En als we het hebben over een behandeling die 'deskundig is, op maat en betrokken'. Wat is de betekenis van deze managementtermen, als die niet vertaald worden naar wat de patiënt aan den lijve ervaart? Wat betekent 'patiënt centraal' als je daar nog steeds in een cirkel omheen kunt lopen. Het gaat bij klantwaarde om 'n één-op-éénsituatie, oog in oog met de patiënt. Voor mij persoonlijk gaat het daarbij om empathie, om sympathie, om inleven en meelevens. Dat maakt een ziekenhuis anders als een bedrijf. Dat maakt een patiënt net anders als een cliënt. Ik wil U drie van onze patiënten voorstellen. Bijvoorbeeld de patiënte, die een borstamputatie heeft ondergaan voor borstkanker. Veiligheid en deskundigheid beginnen bij een goede voorlichting en veronderstellen een adequate behandeling en goede nazorg. Empathie betekent er ook te zijn als er een slechte boodschap is, zoals een gestoorde wondgenezing, huidverlies, het onvoldoende resultaat of opnieuw kanker. Bij een andere patiënt, een kind met een lip-kaakgehemeltespleet, betekent empathie niet over het kind heen praten, maar met het kind. Tenslotte de patiënt met een ernstig handletsel: daar is niet alleen het technisch resultaat van het acute moment van belang, maar tegelijkertijd de zorg om de betekenis van het letsel voor de toekomst. Oog hebben voor het rouwproces over het verlies van een deel van of van de hele hand. Zo worden deskundigheid en betrokkenheid tot 'bewogen zijn', de echte winst boven de grenzen van kaal ondernemerschap.

### 3. DE ANDERE ONDERNEMERS

#### *Van multidisciplinair werken naar integrale geneeskunde*

Als ik in onze nieuwe bedrijfscultuur de andere specialisten definieer als de andere ondernemers, dan heb ik te maken met processen, waar soms concurrentie, soms win-winsituaties aan de orde zijn. Een van die win-winsituaties kunnen de multidisciplinaire teams zijn. Van oudsher zijn wij betrokken bij het schisisteam. Daarnaast werden ontwikkeld het team voor aangeboren handafwijkingen (COHNIJN, Congenitale Handafwijkingen Nijmegen) en het HECOVAN-team (HEMangiomen en Congenitale Vasculaire Afwijkingen Nijmegen). Recent zijn daaraan toegevoegd het Regionaal Expertisecentrum Decubitus (RED), het Wondexpertisecentrum (WEC) en het Nijmeegs Universitair Handenteam (NUHT). Dit multidisciplinair werken is prima, maar is feitelijk een poging tot repareren van de effecten van toenemend separatisme tussen disciplines, leidend tot vergaande opsplitsing. Het doel van zo'n team is het - opnieuw - bereiken van afstemming, waarbij ieder zijn behandeling van het afgesproken behan-

delingsdeel op eigen locatie uitvoert. Mijs inziens kan dat beter. Ik wil als uitgangspunt daarvoor een alinea citeren uit de afscheidsrede van Prof. Jacques van der Meulen, uitgesproken in 1994 met als titel *Creo aut Submergor, over het ontstaan van specialismen*.<sup>7</sup>

*'...specialisatie en fragmentatie hebben nadelen. De verspreiding van kennis blijft beperkt tot de eigen discipline, tot de discussie tussen leermeester en leerling (verticale kennisoverdracht). Collega's ontmoeten elkaar niet meer, zij kennen elkaars werk niet meer, zij spreken elkaars taal niet meer, zij waarderen elkaar niet meer, zij citeren elkaar niet meer... Kruisbestuiving of horizontale kennisoverdracht wordt beperkt, terwijl evolutie juist plaatsvindt op het grensvlak van twee specialismen. Specialismen behoren daarom te zijn als communicerende vaten, waarin de wetenschap voortdurend in beweging is als eb en vloed.'*

Een prachtige passage, uit 1994, over de wetenschap als bindmiddel. Een visie die volledig geldig is in deze tijd en die past bij het overschrijden van de eigen vakgrenzen. Dat staat haaks op solistisch werken met als adagium 'Lapje leggen niemand zeggen'. Het moge duidelijk zijn: ik ben sterk voorstander van het intensiveren van samenwerking met andere – gekwalificeerde – specialisten. Een brede opleiding en wetenschappelijke onderbouwing zijn daarvoor basisvoorwaarden. Dat maakt het mogelijk de grenzen van het eigen kunnen op te zoeken en te verleggen naar een nieuw concept van 'integrale geneeskunde': de vraag van de patiënt holistisch benaderd in nauwe samenwerking met andere competente specialisten, zelfs over de grenzen van mijn en hun vak heen. De oorsprong van een nieuw soort specialist, niet meer vak- maar vraaggeoriënteerd. Niet op basis van disciplines, maar op basis van competenties. Ik wil die stap zetten van multidisciplinair naar integraal. Een patiënt bestaat toch niet alleen uit huid, vet, organen of botten, maar toont een samenhangend systeem. In dit kader wil ik U in herinnering brengen hoe collega Bergé in zijn oratie de integrale benadering van weke delen van het gelaat, de schedel en de tanden naar voren heeft gebracht. In de dagelijkse praktijk krijgt dat zijn beslag in het eerste station waar de patiënt binnenkomt: de diagnostiek. Daarbij worden de 3-D weke delen foto's over de 3-D cone CT gelegd. Integrale diagnostiek voorafgaand aan de daarop volgende integrale behandeling. In het umc St Radboud Nijmegen hebben wij dit integrale concept zichtbaar gemaakt in het Aangezichtcentrum, geïnitieerd door de afdelingen Mond-Kaak-Aangezichtchirurgie, de kNO en de Plastische Chirurgie. De eis van een gedegen opleiding heeft zich geconsolideerd in het fellowship Aangezichtchirurgie leidend tot de kwalificatie Aangezichtchirurg. Zo kan ik mij voorstellen, dat soortgelijke ontwikkelingen zich voordoen op het gebied van de mammachirurgie, de traumachirurgie, de buikwandreconstructies. Ik zie deze ontwikkelingen als onvermijdelijk. Ik zie ze als gewenst. Het vereist wel de kunst van het overschrijden van eigen grenzen.

### *Identiteit van de plastische chirurgie*

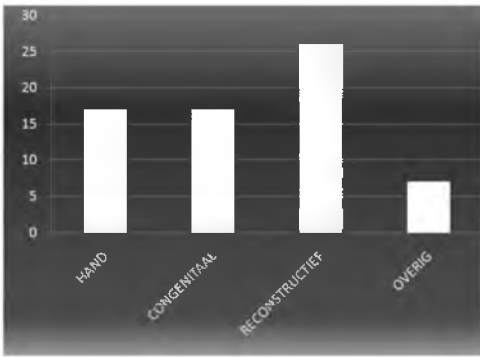
Als we het concept van deze integrale geneeskunde omarmen, kan zich de vraag voordoen hoe het staat met de identiteit van het eigen vak. Staat het concept van integrale geneeskunde deze identiteit in de weg? Het antwoord is nee. Allereerst: identiteit heb je niet, identiteit ben je. Identiteit laat je zien, straalt je uit, maakt je juist sterk binnen het krachtenveld van de integrale geneeskunde. Eigen identiteit bouw je op vanuit het specifieke redeneren van de plastische chirurgie. Aan de grondslag daarvan ligt Aristotelisch systeemdenken, de logica, volgens welk principe plastisch chirurgen een gegeven probleem systematisch kunnen analyseren. Dagelijks zijn plastisch chirurgen bezig op systematische wijze te komen van een gepresenteerd weefseldefect tot de chirurgische oplossing daarvan. Juist deze wijze van denken en werken kan als sterk punt in de integrale geneeskunde worden ingebracht.

Is dat alles geen ideaalbeeld? Bij elkaar in de keuken kijken kan toch ook leiden tot overnemen van delen van het vak? Inderdaad hebben wij in het verleden onderdelen verloren, zoals de hypospadie aan de kinderruologen. Ondanks deze als negatief ervaren effecten blijf ik geloven in het integrale behandelingsconcept, waar deskundige specialisten gezamenlijk het beste geven voor hun patiënt, kijkend over de grenzen van het eigen specialisme, begrijpend hoe de ander denkt en werkt. Omgekeerd hebben wij daarbij ook een kans: dat de ander ziet wat er mogelijk is en iets meer plastisch gaat denken. Ik ken daarvan hele goede voorbeelden hier in het UMC St Radboud. De gynaecoloog, de orthopedisch chirurg, de kinderchirurg, die zo 'plastisch denken', dat zij ons weten te vinden. Van elkaar wetend, waar de deskundigheid ligt, een kwestie van vertrouwen en respect. Dat aantoonbare bekwaamheid daarbij een *conditio sine qua non* is, wil ik niet nog eens ter bespreking brengen.

#### 4. HET PRODUCT ONDERWIJS EN OPLEIDING

##### *Het medisch curriculum*

Plastische chirurgie leent zich bijzonder voor spannend onderwijs. Zichtbaar, tastbaar. Toch komt het vak nauwelijks voor in de bachelorfase van het medisch curriculum en mondjesmaat in de masterfase. Dat kan beter. Plastische chirurgie is het equivalent van wondgenezing en kan bijdragen aan de kennis daarvan. Waarom leren wij medisch studenten de anatomie en fysiologie van arteriën en venen zonder hen te informeren over de zin daarvan in de klinische praktijk: de mogelijkheden om gebaseerd op deze bloedvaten huid, onderhuids weefsel, spier en bot te verplaatsen naar andere lichaamsgebieden, waar door ongeval, ziekte of aandoening dit weefsel ontbreekt. U hoort het goed: ik pleit voor een sterkere vertegenwoordiging van de plastische chirurgie in de medische opleiding als essentiële bijdrage aan de kennis over wondgenezing. Het zou de studie nog leuker maken.



Figuur 4 De wetenschappelijke scripties van 1991-2009 als representatie van het werkspectrum van de afdeling Plastische Chirurgie van het UMC St Radboud (n=67)

In de masterfase zijn wij beter zichtbaar, met name in het begeleiden van co-assistenten en wetenschappelijk stagisten. Met bewondering heb ik gezien wat jonge collega's tot stand kunnen brengen, zelfs in de beginfase van hun wetenschappelijke ontwikkeling. Vaak leverden de onderzoeken een voordracht voor de wetenschappelijke vereniging of een publicatie op. In totaal werden 67 scripties geproduceerd. Ik heb deze naar onderwerp geordend. Dit laat op inzichtelijke wijze het profiel van onze afdeling zien: hand, congenitale afwijkingen, reconstructies.

#### *De vervolgoopleidingen*

Wat de vervolgoopleidingen betreft zijn wij het meest verbonden met de Heelkunde. Echter onderwijsparticipatie van de plastische chirurgie in de heelkunde is gering. Net als de medische opleiding zou de opleiding tot chirurg een stuk spannender zijn met een kijkje in de keuken van de angiosomen volgens Taylor.<sup>8</sup> Waarom sterft huid af als op een bepaalde manier incisies worden gelegd? Anatomische kennis is in de kliniek onontbeerlijk. Met respect noem ik hier prof. John Kauer, die heel goed heeft begrepen wat anatomie kan betekenen voor de kliniek. Een wederkerig conceptueel denken waarin de klinische vraagstelling de anatomie zin geeft en vice versa, een concept waarin anatomie tot leven komt. Ik geef U een voorbeeld van een ingewikkelde kaakreconstructie bij een patiënte die haar onderkaak verloor door een trap van haar paard. Deze operatie werd eerst als proefoperatie uitgevoerd op de afdeling Klinische Anatomie.

#### *De opleiding tot plastisch chirurg*

De opleiding tot plastisch chirurg wil ik plaatsen in het perspectief van maatschappelijke veranderingen. Ik wil daarbij dankbaar gebruik maken van de analyse van Prof. Bart Berden in zijn recente oratie met de titel *Dat wat verstandig lijkt...*<sup>9</sup> Daar beschrijft hij de typering van deze tijd aan de hand van de vijf I's uit het Rapport 2000 van het



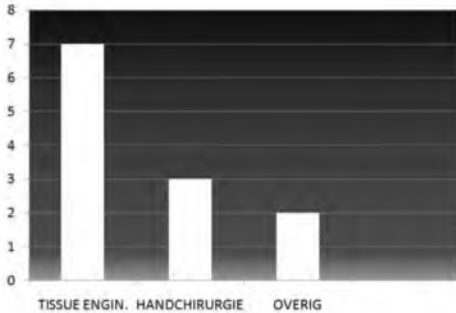
Sociaal Planbureau en past die toe op de Gezondheidszorg. Deze vijf I's zijn *Individualisering*: de mens als ontwerper van zijn eigen leven. *Informalisering*: relaties tussen mensen worden minder bepaald door stand, verstand en welstand en meer door persoonlijke voorkeur. *Informatisering*: internet als kennis- en communicatiemedium. *Internationa-lisering*: overschrijden van fysieke, staatkundige, economische en culturele grenzen. *Intensivering*: drukte als tegenpool van onthaasting en contemplatie. Als voorbeeld: Google geeft 634 miljoen antwoorden in 0,12 sec. Dat is erg druk. Dat bepaalt ons leven.

De Plastisch Chirurg-in-opleiding bevindt zich midden in dit veranderende maatschappelijk veld. Dat is erg druk. De vijf I's worden voortdurend ervaren met betrekking tot het reguliere werk (vaak meer dan acht uur per dag), de spoeddiensten, de eisen van het gezin, sport en hobby. Om hierin structuur te bieden is recent het Opleidingsplan POWER verschenen: *Plastisch Opleiden: Weten* (kennis en vaardigheden), *Ervaren* (kennis breed toepassen in de praktijk met accent op communicatie en samenwerking) en *Reflectie*: terugkoppeling en toetsing.<sup>10</sup> Voor mij persoonlijk heeft daarbij denken vanuit de ethiek een belangrijke toegevoegde waarde. Het ethisch discours zou in de specialistenopleiding een meer prominente plaats moeten krijgen bij het nemen van beslissingen. Immers het uitgangspunt van opleiden is, hoe de patiënt zijn dokter graag ziet. Als iemand die deskundig, respectvol en ethisch verantwoord met hem omgaat. Als specialisten deze eigenschappen goed zouden ontwikkelen zou het aantal klachtmeldingen en tuchtzaken drastisch verminderen. In de NRC van 10 december jongstleden nog stelde hoogleraar onderwijs en opleiding Jan Borleffs: voorkom meer lompe dokters en selecteer studenten geneeskunde op karaktereigenschappen. Dus geen nationale loterij meer, maar selectie op basis van professionaliteit, met als criteria communicatie en samenwerking en het nemen van maatschappelijke verantwoordelijkheid. Ik hoop, dat ik 'mijn mensen' - 25 in totaal - in deze zin heb opgeleid. Dat vertegenwoordigt voor mij de hoogste en blijvende waarde van mijn functie als opleider.

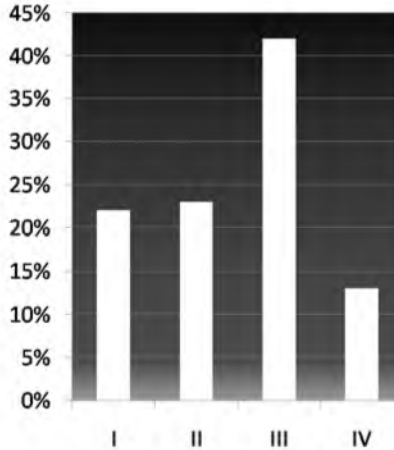
##### 5. HET PRODUCT WETENSCHAP

De mooiste bloem, die ik vandaag mag ontvangen is de roos van twaalf proefschriften. Het product van academische activiteit, die begon door als kleine afdeling op de tandem te springen van prof. John Jansen, hoofd van de afdeling Biomaterialen. Hij leverde de infrastructuur, wij de gemotiveerde mensen.

Wederzijdse bevruchting van laboratorium en kliniek. Die constructie binnen het onderzoeksprogramma *Tissue engineering* van bot heeft veel opgeleverd. Zeven in openvolging, eigenlijk zeven en een half, als ik het proefschrift van Corinne Schouten, die binnenkort promoveert mag meenemen. Daarnaast zijn er drie promoties geweest op het gebied van de handchirurgie, één over littekenvorming en een over communicatie tussen arts en patiënt; een spectrum, dat volledig past bij de plastische chirurgie. Hoe nu verder met de wetenschap. Een aanwijzing zou kunnen worden gevonden in



Figuur 5 Proefschriften naar verdeling van onderzoeksaccent (n=12).



Figuur 6 'Level of evidence' van plastisch-chirurgische behandelingen (N= 213).

onderwerpen, waarvoor nog geen evidence bestaat. Als dat criterium wordt aangenomen, is er in de plastische chirurgie nog heel wat te onderzoeken. In *The Evidence for Plastic Surgery* worden 213 items gelegd naast de lat van *level of evidence*, vereenvoudigd tot een vierpuntsschaal, waarin niveau I het sterkst en niveau IV het minst sterk bewezen is.<sup>11</sup> Als we deze 213 items strikt bekijken, kan van slechts 22 procent over *evidence* worden gesproken. Bij een iets ruimer criterium – niveau I en II samen genomen – betreft het in 45 procent van de items *evidence* en in 55 procent (level III en IV) zwakke *evidence*.

Kijken we naar de harde onderwerpen, dan gaat het bijvoorbeeld om vacuümtherapie (vac) en hyperbare-zuurstofbehandeling bij diabetes, preventie van diepe veneuze trombose, de primeur van autologe vrije huidtransplantaten boven biologische vervangers, de onzin van het gebruik van voedingsplaatjes bij gehemertespleten, de indicatie voor gehemertesluiting op de leeftijd van zes maanden en Doppler-mapping bij het vaststellen van perforatoren bij preoperatieve evaluatie van huidlappen. Wetenschappelijke winst is te behalen bij biologische huidvervangers, behandeling van carpale instabiliteit, monitoring van vrije lappen, alle passend bij de hoofdlijnen van onze afdeling.

Hier liggen kansen voor een sterke academisering in de handchirurgie, getrokken door een *Principal Investigator*, op termijn bevestigd in een Profileringsleerstoel Handchirurgie. Daarnaast dient er volgens deze meta-analyse nog veel onderzoek te gebeuren op het gebied van de esthetische chirurgie. Het is van grote waarde, dat dit onderdeel is opgepakt door de afdeling Plastische Chirurgie in het umc Groningen.

I	II	III	IV
VAC/HyperbareO2 diabetes	VAC/HyperbareO2 wonden	WD-reconstructie tibiafract. BMI/complicaties	
Preventie DVT		Resusc. prot. Brandwonden	
VHT als huidvervanger		Biologische huidvervangers	
Sentinel node melanoom PET WD-sarcomen(M)	PET/CT/MRI WD sarcomen (D)		
Voedingsplaatjes CP onzin		Hypospadiecorrectie 1/2 stadia	
Palatorafie 6 maanden	Polarthroskopie CI	Behandeling carpale instabiliteit	
	Impl./resectie CMC1-arthrose	Monitoring vrije lappen LD/NIRS	
Doppler 'mapping' perforat.	DIEP versus TRAM	Directe versus delayed mammarc	Strategie preventie 'rippling' Liposuctie gynecomastie
Fibrine sealing face lift		Endoscopische voorhoofdslift	
Fibrine sealing VHT		Minimal access face lift	
CO2-Erbium-YAG rimpelbeh.		Hamra blepharoplastiek	

Figuur 7 Indeling van actuele plastisch-chirurgische onderwerpen naar 'Level of Evidence' (I: Hoge graad van evidence; IV: Lage graad van evidence).

## 6. TOT SLOT

Vijfendertig jaar arts en vijfentwintig jaar plastisch chirurg. Tijd om een nieuwe weg te kiezen. Ik heb U beloofd uit te leggen wat de FPU als Fenomenale Persoonlijke Uitdaging voor mij betekent. Ik ga over de grens met mijn vrouw terug naar haar geboorteland Oostenrijk, wonen in de 'Lebensregion Biosphärenpark Wienerwald'. Ik ben gelukkig deels te kunnen werken als plastisch chirurg van het schisisteam in het Wilhelminenspital in Wien. Verder ga ik over de grens als lid van het mij dierbare chirurgisch-anaesthesiologisch team samen met collega Cees Spronk naar Faridpur, Bangladesh, waar wij al veel patiënten hebben behandeld met lip-kaak-gehemeltespleten en brandwondcontracturen, binnenkort voor de zesde keer.

Ik dank het Stichtingsbestuur van de Radboud Universiteit Nijmegen voor het in mij gestelde vertrouwen als eerste hoogleraar de afdeling plastische chirurgie te mogen opbouwen.

Ook dank ik om dezelfde reden de Raad van Bestuur van het UMC St Radboud en in het bijzonder Emile Lohman. Jij hebt mij de kans gegeven het veranderingsproces

mee te maken. Het was wat dubbel, zo aan het eind van mijn loopbaan, doen of niet doen. Ik ben het avontuur aangegaan en ik heb er veel aan gehad in het belang van mijn afdeling, maar zeker ook voor mijn persoonlijke ontwikkeling. Oprecht dank daarvoor.

Universitaire gemeenschap, collegae hoogleraren en studenten. Dank dat U mij de gelegenheid hebt gegeven U te laten zien waartoe wij als plastisch chirurgen in staat zijn. Ik heb het als voorrecht ervaren dit achttien jaar lang te mogen doen.

Leden van het schisisteam: de samenwerking met jullie heeft voor mij in belangrijke mate bijgedragen aan de vreugde die ik in mijn werk mocht ondervinden. Het afscheid op 1 oktober met al die ouders en kinderen was overweldigend. Ik heb de collegae Henriette Kroese-Deutman en Johan Vehof toen mogen presenteren als mijn toegewijde en deskundige opvolgers. Speciaal wil ik jou, Annemarie Kuijpers-Jagtman danken voor je prachtige, muzikaal onderstreepte bijdrage. Samen met het boek van de patiënten een echt cadeau.

Al mijn patiënten, waarvan enkele vertegenwoordigers hier aanwezig zijn, dank ik voor hun vertrouwen in mij als hun dokter. U bent ook in de periode na mij in goede handen bij mijn stafleden Rita Kappel, Pieter Hupkens, Johan Vehof en Henriette Kroese-Deutman.

Mijn stafleden, jullie hebben een bijzondere plek in mijn hart. We hebben hard gewerkt, hoogten en diepten gedeeld en een goede afdeling neergezet. Jullie zijn uitstekend geëquipeerd er iets moois van te maken. Het ga jullie goed.

Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie. U hebt mij recent het erelidmaatschap van de vereniging verleend. Dat is voor mij een bijzondere erkenning voor mijn begaan zijn met de ontwikkeling van de plastische chirurgie, vooral op het gebied van onderwijs en opleiding.

Een bijzonder *Danke schön* richt ik aan jullie, medewerkers van mijn afdeling, leden van het MT voor jullie constructieve bijdragen, OK-assistenten, paramedici en verpleegkundigen voor jullie toegewijde zorg, leden van het secretariaat voor jullie nooit aflatende inzet. Daarbij zeg ik een warm *auf Wiedersehen* aan de persoon, die jarenlang waakte over mijn agenda, mijn nukken kende en daarmee wist om te gaan, mijn schaduwarchief, mijn secretaresse Francisca Hermsen. Ik dank je voor je betrokkenheid, betrouwbaarheid en integriteit.

Rik van Dommele : Jou ben ik zeer erkentelijk voor het feit, dat je mij het afgelopen jaar als bedrijfsleider collegiaal ter zijde hebt gestaan bij de realisatie van de 'nieuwe afdeling'.

Elisabeth, graag herhaal ik wat ik je heb gezegd aan het eind van de oratie: We hebben dit samen gedaan, ieder zijn eigen carrière. Ik voeg er nu aan toe: dat was fase één. Graag nodig ik je nu uit voor een spannende fase twee. *Zusammen. Die Zukunft hat begonnen...*

*Ik heb gezegd.*

## NOTEN

1. Spauwen PHM. *Snijvlakken*. Oratie. Faculteit Medische Wetenschappen, KU Nijmegen, 1996.
2. Landolt HMF. *Militair woordenboek*. A.W. Sijthoff, Leiden, 1861
3. Hulst van der R. *Zuurvlees*. Oratie. Universiteit Maastricht, 2009
4. Steegers MAH. *Nerve injury and chronic pain after surgery*. Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen, 2009
5. Reid AJ, Malone PSC. Plastic surgery in the press. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008; 61: 866-9
6. Hamilton GS, Carrithers JS, Karnell LH. Public perception of the terms 'cosmetic', 'plastic', and 'reconstructive' surgery. *Arch Facial Plast Surg* 2004, 6: 315-20
7. Meulen van der JC. *Creo aut submergor, over het ontstaan van specialismen*. Afscheidsrede, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1994
8. Taylor I. The vascular territories (angiosomes) of the body: experimental study and clinical applications. *Brit J Plast Surg* 1987; 40: 113-41
9. Berden B. *Dat wat verstandig lijkt...*Oratie. Universiteit van Tilburg, 2009
10. Spauwen PHM, *Opleidingsplan Plastische Chirurgie 'POWER'*. Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie, Utrecht, 2009
11. Stone C. *The Evidence for Plastic Surgery*. First Ed. Shrewsbury (UK), tfm Publishing Ltd, 2008



