

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/2066/83296>

Please be advised that this information was generated on 2021-05-15 and may be subject to change.

Chirurgische oncologie ontketend

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. HANS DE WILT

Radboud Universiteit Nijmegen



INAUGURELE REDE

PROF. DR. HANS DE WILT



Ieder jaar wordt in Nederland bij ongeveer 90.000 patiënten de diagnose kanker gesteld. Meer dan de helft van deze patiënten kan genezen door een combinatie van chirurgie, radiotherapie en chemotherapie. Bij de behandeling van solide tumoren worden deze en ook andere behandelingen vaak tegelijkertijd

of opeenvolgend toegepast. Dit vergt nauwe samenwerking tussen de verschillende disciplines. Daarom wordt gewerkt in zogenaamde zorgketens.

Voor verschillende vormen van kanker zijn verschillende zorgketens noodzakelijk met elk hun specifieke kenmerken. Gemeenschappelijke kenmerken voor deze ketens zijn onder andere screening, diagnostiek, erfelijkheid, psychosociale problematiek, centralisatie van zorg, innovatief onderzoek en behandeling van metastasen (uitzaaiingen). Deze kenmerken zijn voortdurend in ontwikkeling en veranderen snel. Ook de technische ontwikkelingen op het gebied van de chirurgie en de opleiding van chirurgen gaan zo snel: de chirurgische oncologie is ontketend!

Prof.dr. Hans de Wilt (Vlaardingen, 1967) studeerde geneeskunde in Rotterdam en is opgeleid tot algemeen chirurg in het Zuiderziekenhuis en Dijkzigt Ziekenhuis. Na het voltooien van zijn opleiding heeft hij een fellowship chirurgische oncologie gevolgd aan de Sydney Melanoma Unit. Daarna was hij van 2001 tot 2009 werkzaam als chirurg en vervolgopleider chirurgische oncologie in het Erasmus MC-Daniel den Hoed. Sinds juni 2009 is hij chirurg in het UMC St Radboud en hoogleraar Oncologische chirurgie aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

CHIRURGISCHE ONCOLOGIE ONTKETEND

Chirurgische oncologie ontketend

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Oncologische chirurgie aan het Universitair Medisch Centrum St Radboud/de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 18 juni 2010

door prof. dr. Hans de Wilt

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen
Fotografie omslag: Gerard Verschooten
Drukwerk: Drukkerij Roos en Roos, Arnhem

© Prof. dr. Hans de Wilt, Nijmegen, 2010

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.

Meneer de rector magnificus, dames en heren,

An van de Berg is een 65-jarige vrouw, die jarenlang heeft gewerkt in het onderwijs. Ze houdt van tennis en bridge en heeft twee kinderen; een zoon van 36, Paul en een dochter van 34 jaar, Karin. Ook heeft ze twee lieve kleinkinderen die ze elke maandagmiddag van school haalt, waarna ze op hen past. Ze is al jaren getrouwd met Bas.

Al een tijdje had An wat moeite met het krijgen van ontlasting en ze heeft daarom extra vezels en olijfolie toegevoegd aan het eten. Op een zekere dag merkt ze echter dat er bloed bij haar ontlasting zat. Ze schrok zich rot, want ze had dit nooit eerder gehad en maakte zich erg ongerust. Dezelfde dag maakte ze nog een afspraak met haar huisarts. Die nam haar klacht serieus, stelde een aantal vragen en verrichtte een lichamelijk onderzoek. Bij het inwendige onderzoek voelde ze een afwijking in het laatste deel van haar endeldarm en besprak met An dat ze op korte termijn een darmonderzoek wilde laten doen: een colonoscopie. Enkele dagen later ging An samen met Bas naar het ziekenhuis waar het onderzoek plaatsvond. Ze kreeg een roesje en kon zich later weinig herinneren van het onderzoek. Na afloop kwam de maag-darm-leverarts even langs om te bespreken dat er een zorgwekkende afwijking was gevonden. Er moest een afspraak worden gemaakt bij de chirurg.

INLEIDING

Ongeveer 90.000 personen krijgen dit jaar te horen dat ze een bepaalde vorm van kanker hebben, 12.000 van hen hebben darmkanker. Vooral oudere mensen hebben kans op het ontwikkelen van kanker. Ongeveer de helft van deze patiënten zal gelukkig genezen van zijn of haar ziekte, indien door een operatie de tumor en zijn eventuele uitzaaiingen volledig kan worden verwijderd. Deze ingreep wordt bij voorkeur verricht door een chirurg met bijzondere kennis en interesse in patiënten met kanker, de chirurg-oncoloog. De chirurg-oncoloog moet voor zijn behandeling op de hoogte zijn van de diagnostische mogelijkheden en beperkingen, erfelijkheid en kanker, psychosociale problematiek van patiënten die geconfronteerd worden met kanker, technische ontwikkelingen op het gebied van de chirurgie, wetenschappelijk onderzoek en multidisciplinaire mogelijkheden. Immers, vrijwel alle vormen van kanker worden behandeld door een combinatie van medicijnen (bijvoorbeeld chemotherapie), radiotherapie en chirurgie.

CHIRURGISCHE TECHNIEK

In het Radboud Universitair Centrum voor Oncologie, afgekort ruco, komt een patiënt met colorectale kanker in een zorgpad en krijgt dan een aantal standaardonderzoeken die worden gecoördineerd door een colorectaalverpleegkundige. Inmiddels zijn deze zorgpaden in vele ziekenhuizen in Nederland ingevoerd voor patiënten met kanker, hetgeen de zorg en efficiëntie ten goede komt. Met de gegevens van het onderzoek kwam An op mijn poliklinisch spreekuur en kon ik haar vertellen dat ze een bewezen kwaad-

aardige tumor had van de endeldarm. Gelukkig zijn de uitkomsten van patiënten met kanker en die van tumoren van de endeldarm in het bijzonder, de afgelopen jaren sterk verbeterd. De belangrijkste factor hierin is de verbeterde operatietechniek. Met de zogenaamde totale mesorectale excisie wordt een zorgvuldige resectie verricht van de endeldarm met daarin de tumor en de omliggende klieren, het zogenaamde mesorectum. Deze techniek is in Nederland in onderzoeksverband geïntroduceerd door inspanningen van onder andere de hooggeleerden Cock van der Velde en Theo Wiggers in de zogenaamde Dutch TME-studie. De kans dat endeldarmkanker weer terugkomt in het bekken was in het verleden ongeveer 40 procent, maar na een TME-operatie is dat minder dan 10 procent. Ook de overleving is mede door deze operatietechniek de afgelopen jaren spectaculair gestegen. Een ander belangrijk voortvloeisel uit de TME-studie is dat bij patiënten met een endeldarmtumor de beeldvorming sterk is verbeterd, het pathologisch onderzoek is gestandaardiseerd en alle patiënten voorafgaand aan hun behandeling worden besproken in een multidisciplinair team waarin de radiotherapeut, de medisch oncoloog en de chirurg in samenspraak met de maag-darm-leverarts, de radioloog en de patholoog een behandelplan maken. Dit is optimale multidisciplinaire zorg waar de patiënten beter van worden.

Op een donderdagochtend, ergens vorig jaar zat moeder An in de wachtkamer. Dochter Karin had een vrije dag genomen om mee te komen bij het gesprek met de chirurg. Mijn spreekuur liep weer eens uit en daardoor werd de spanning bij haar natuurlijk niet minder. Maar uiteindelijk zaten we 'tegenover elkaar' en besprak ik met An, Bas en Karin het voorstel dat uit de multidisciplinaire tumorwerkgroep was gekomen. Ze zou een langdurige voorbestraling krijgen van vijf weken, in combinatie met chemotherapie, elke dag tabletten. Ongeveer zes tot tien weken later zou dan de operatie plaatsvinden. Ik besprak met haar een aantal facetten van de opname en de operatie en ook dat er eventuele complicaties konden optreden tijdens de operatie.

CHIRURGISCHE COMPLICATIES

Opereren kan gepaard gaan met complicaties. Helaas is het zo, dat patiënten na een darmoperatie last kunnen krijgen van ernstige infecties of naadlekkages. Het is belangrijk om dit goed te registreren en om onderzoek te doen naar het vóórkomen en voorkómen van naadlekkages. In Rotterdam heeft de hooggeleerde Johan Lange een aantal onderzoeken opgezet naar de voorspellende waarde van bijvoorbeeld de bloeddorstroming van de darm en de analyse van het drainvocht na een darmoperatie. Ook in Nijmegen wordt onderzoek gedaan naar deze potentieel dodelijke complicatie onder leiding van de hooggeleerden Wim Oyen en Rob Bleichrodt waarbij middels PET-scanonderzoek wordt beoordeeld of een naadlekkage te voorspellen is. Dit is allemaal belangrijk chirurgisch onderzoek wat zeer bepalend kan zijn voor de kwaliteit van zorg van de chirurgisch behandelde patiënten.

AUDIT

Een andere vorm van onderzoek is het analyseren van de resultaten in de vorm van een audit. Een dergelijke studie hebben we in het Intergraal Kankercentrum Rotterdam opgezet om het optreden van naadlekkages of niet-radicale resecties te bestuderen. Bij dit onderzoek werden patiënten bestudeerd volgens de zogenoemde PRISMA-analyse. Deze vorm van onderzoek wordt onder andere in de petrochemische industrie gebruikt om te analyseren waardoor fouten of complicaties optreden en hoe deze te voorkomen zijn. In het geval van endeldarmkankerpatiënten werden alle potentiële risicofactoren gescoord door medewerkers van de kankerregistratie en vervolgens beoordeeld door een team van rectumchirurgen, in het bijzijn van de chirurgen uit het betreffende ziekenhuis. Dit onderzoek heeft laten zien dat patiëntgerelateerde factoren frequente oorzaken zijn voor het optreden van complicaties, maar ook chirurggerelateerde factoren. Dergelijke regionale audits zijn een uitstekende manier om de kwaliteit van zorg te toetsen en verbeteren in een regio. Ik verwacht dat de resultaten uit onder andere deze studies zullen leiden tot een verdere daling van de postoperatieve sterfte en een kwaliteitsverbetering in de chirurgische zorg. Andere regio's en andere specialismen zouden dit voorbeeld moeten volgen en ook een verbeterslag moeten maken met dergelijke regionale audits.

Bij An was het niet mogelijk om een aansluiting te maken van de darm omdat de tumor te dicht tegen de kringspier aan lag. Kans op een naadlekkage had ze dus niet. Wel moest er een uitgebreide operatie worden verricht: een zogenaamde rectumamputatie, waarbij ook een deel van de vagina, de baarmoeder en eierstokken moest worden verwijderd, een achterste exenteratie. Ik tekende uit hoe de operatie zou gaan en vooral hoe we de reconstructie zouden maken. An, Bas en dochter Karin waren erg onder de indruk en Bas vroeg: 'Opereert u dat nou vaker dokter?' Bas had klaarblijkelijk naar ex-minister Borst geluisterd en had een belangrijk punt.

CENTRALISATIE VAN ZORG GEEFT VERBETERING VAN ZORG

Als je een operatie vaker hebt gedaan, word je beter. In een recent verschenen rapport van het KWF wordt bijvoorbeeld duidelijk, dat er enorme verschillen zijn tussen ziekenhuizen in de behandeling van blaaskanker. Maar al decennia is het duidelijk, dat patiënten die worden geopereerd in verband met slokdarmkanker of alvleesklierkanker, een veel slechtere kans hebben om deze operatie te overleven wanneer ze in een laagvolume-ziekenhuis worden geopereerd, in vergelijking met een hoogvolumeziekenhuis. Niet alleen de Inspecteur van de Volksgezondheid, maar ook in toenemende mate patiëntenverenigingen, ziektekostenverzekeraars, wetenschappelijke verenigingen en raden van bestuur zullen moeten en gaan eisen dat kankerpatiënten in gespecialiseerde centra worden behandeld, en terecht. Deze zorg moeten we beperken tot centra die worden aangewezen op basis van logische criteria, zoals spreiding binnen een regio of binnen

Nederland en uiteraard het totale pakket van zorg zoals de aanwezigheid van interventie-radiologie, een adequate intensive care unit en 24-uurs postoperatieve zorg. In de regio Nijmegen is het Slokdarm Centrum Oost Nederland opgericht (het sCON); een regionale samenwerking waarin patiënten bij voorkeur worden geopereerd in het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis of het UMC St Radboud. De mortaliteit van slokdarmpatiënten in deze regio is door deze centralisatie van 6 procent naar 2 procent gedaald, ook de opname op de intensive care en in het ziekenhuis is dramatisch gedaald. De overleving is juist spectaculair gestegen met meer dan 15 procent, waarbij nu meer dan 80 procent van de patiënten na een jaar nog in leven is. Ook centralisatie voor pancreastumoren en levertumoren is vrijwel gerealiseerd in deze regio. Door simpelweg de operaties te concentreren in een aantal ziekenhuizen, verbetert de uitkomst van zorg, daar hoeft geen nieuw medicijn of nieuwe operatietechniek aan te pas te komen. Is dat dan niet lastig voor patiënten, want het is immers handig als een minder mobiele of oudere patiënt in zijn regionale ziekenhuis kan worden behandeld? Ik denk dat dit betrekkelijk is. Oncologische chirurgie, is vrijwel altijd electieve en dus planbare chirurgie. Patiënten zijn in toenemende mate hiervoor bereid te reizen en dat kan in Nederland bijna nooit langer dan een uur zijn want dan ben je het land uit. Het is simpelweg uit te rekenen hoeveel centra er nodig zijn voor de chirurgische behandeling van laagvolume, hoog-complexe patiënten.

VERBETERING VAN OPERATIETECHNIEK EXTREEM VAN BELANG

Voor patiënten met een uitgebreide tumor in het onderste deel van de endeldarm kan dat ook. Als je ongeveer 30-40 van dergelijke operaties wilt verrichten in een ziekenhuis, krijg je een goed ervaren team van chirurgen met een ervaren operatieteam van anesthesisten en operatieassistenten. Maar ook de zorg op de verpleegafdeling en op de polikliniek zal beter zijn voor dergelijke patiënten, als deze problematiek vaker wordt gezien. In feite zouden distale rectumresecties, de operatie die An heeft ondergaan, in slechts 20 tot 30 ziekenhuizen in Nederland moeten worden uitgevoerd. De operatietechniek zal hierdoor verder verbeteren. Momenteel wordt nog bij 20 procent van de patiënten die een dergelijke operatie ondergaan niet radicaal geopereerd en ontstaan daardoor lokaalrecidieven. In geval van een nauwe relatie of ingroei in de omliggende organen of bekkenwand zijn de uitkomsten bewezen beter, als er een uitgebreide resectie wordt verricht met en bloc meenemen van organen of de bekkenwand. Onderzoek door promovendi Maarten Vermaas en Floris Ferenschild heeft onder andere laten zien dat het verrichten van dergelijke uitgebreide resecties bij patiënten een zeer goede overleving laat zien.

Deze operaties worden te weinig uitgevoerd en moeten worden verricht in een multidisciplinair team, in samenwerking met urologen en gynaecologen. In geval van beperkte marges moet de chirurg de kennis en kunde hebben om in dit specifieke gebied extra weefsel te verwijderen. Soms is zelfs dat niet voldoende en moeten er andere tech-

nieken worden toegepast om de kans op een lokaalrecidief te verminderen en de overleving te verbeteren. Intraoperatieve radiotherapie is een dergelijke techniek, die binnenkort ook in het Radboud Universitair Centrum voor Oncologie beschikbaar zal zijn. Bij patiënten met uitgebreide tumoren in het bekken zal deze techniek worden ingezet, maar ook bij patiënten met borstkanker kan deze techniek leiden tot een verbetering van de zorg. Door bestraling tijdens een borstsparende ingreep te geven, zal het aantal bestralingen na de operatie kunnen worden beperkt of misschien helemaal niet meer nodig zijn. Onderzoek met intraoperatieve radiotherapie bij endeldarmkanker en borstkanker, maar ook bij weke-delentumoren en alvleesklierkanker zal de komende jaren moeten plaatsvinden in dit UMC en in samenwerking met de overige centra in Nederland die deze techniek toepassen.

DE ALGEMEEN CHIRURG-ONCOLOOG VERDWIJNT

Het reconstrueren van de bekkenbodemp – of in geval van An de vagina-achterwand – is ook een onderdeel van de operatie die door ervaren chirurgen moet worden uitgevoerd. Er moet worden gekozen voor bijvoorbeeld het omentum, de rectus abdominis of andere transpositietechnieken om het bekken te reconstrueren. Dit soort oncoplastische ingrepen moet vaker plaatsvinden, onder andere ook bij borstkanker. Niet alleen bij een volledige amputatie van de borst, maar ook bij het verwijderen van een deel van de borst moet een chirurg vooraf bepalen of een reconstructie noodzakelijk is. Een chirurg-oncoloog moet ervaring hebben met dergelijke reconstructieve technieken en deze samen met een plastisch chirurg toepassen of, indien hij of zij voldoende ervaring heeft, dit zelf doen. Deze ontwikkeling zal er de komende jaren toe leiden, dat er een uitbreiding komt van chirurgen die een superspecialisatie hebben en zo zal de algemeen chirurg-oncoloog verdwijnen en zullen er bijvoorbeeld mammachirurgen, schildklierchirurgen, slokdarmchirurgen of colorectaalchirurgen ontstaan met oncologische kennis en kunde. Ik verwacht dat dit een verdere centralisatie van zorg met zich mee zal brengen in speciale units met nauwe samenwerkingsverbanden tussen specialisten onderling.

Een bedreiging voor de ontwikkeling van deze centralisatie is de financiering hiervan. Universitaire Medische Centra hebben als belangrijkste taak onderzoek en onderwijs en daarnaast tertiaire patiëntenzorg. Maar slechts enkele hoogcomplexere chirurgische behandelingen, de topreferente zorg, zoals bijvoorbeeld transplantaties, worden op adequate wijze vergoed. De meeste hoogcomplexere zorg is niet kostendekkend en met minder complexe ingrepen moeten gaten in de begroting worden gedekt. De politiek gokt hiermee op een gereguleerde marktwerking voor de zorg, maar de uitkomst daarvan is ongewis. De gezondheidszorg in bijvoorbeeld de Verenigde Staten van Amerika is het schoolvoorbeeld van marktwerking, maar is de duurste van de wereld en blijkt niet te werken voor de minder bedeeden van de samenleving. De demissionaire minister wil echter dat aanbieders van zorg de strijd met elkaar aangaan. Het is de vraag of de gezondheidszorg daardoor goedkoper wordt en het is al helemaal niet duidelijk of

kwaliteit of kosten de graadmeter zal zijn. Kwaliteit is bovendien niet altijd makkelijk meetbaar, maar daar kom ik later op terug. Multidisciplinaire samenwerking, subspecialisatie en hoogcomplexere behandeling van kanker lijken zich niet voor deze marktwerking te lenen. Een gevaar is dat de zorg door marktwerking juist versnipperd, immers elk zichzelf respecterend ziekenhuis wil graag een versneller voor bestraling, robotgestuurde operatie-units en geavanceerde MRI- en PET-scans (voorbeelden daarvan zijn legio). Allemaal zeer kostbare apparaten die omwille van concurrentie door ziekenhuizen zullen worden aangeschaft en zeer inefficiënt zullen worden ingezet. Een vorm van kapitaalvernietiging waar de belastingbetaler vooralsnog voor opdraait.

Ik pleit voor een model waarbij ziekenhuizen in een regio juist veel beter met elkaar zouden samenwerken en afspraken maken over de zorgverlening, zoals bij de slokdarmpatiënten. Algemene en ook academische ziekenhuizen bieden nu nog vrijwel alle zorg aan en dat is kostbaar en inefficiënt. Zij zouden juist veel meer moeten focussen op bepaalde vormen van zorg, zodat bijvoorbeeld chirurgen zich kunnen specialiseren in specifieke ingrepen. Ik ben blij dat in deze regio al stappen voor samenwerking zijn gerealiseerd en verwacht dat dit in de toekomst intensiever zal plaatsvinden op het gebied van patiëntenconcentratie en onderzoek. Deze ontwikkelingen zijn niet te stoppen, de chirurg-oncologen zijn ontketend, maar zullen hun collegaspecialisten moeten motiveren. Hiervoor zullen orgaangerichte pathologen, radiologen, radiotherapeuten en medisch oncologen nodig zijn.

An en haar familieleden waren natuurlijk geschrokken over de voorgestelde operatie en het stoma dat ze zou krijgen. Niemand zit natuurlijk te wachten op een stoma, maar er was bij An geen andere mogelijkheid. Dezelfde dag zou ze nog een gesprek krijgen met de stomaverpleegkundige. 'Als de tumor goed reageert op de voorbehandeling en we krijgen de tumor er helemaal uit, heb je wel een goed kans om te genezen', vertelde ik haar. Ik besprak nog met haar de optie om mee te doen aan een wetenschappelijk onderzoek. Hierbij zou een extra medicijn toegevoegd worden aan de bestraling om een nog beter resultaat te krijgen.

WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Het verrichten van wetenschappelijk onderzoek bij patiënten met kanker is belangrijk. Helaas is het zo dat het aantal patiënten dat participeert in wetenschappelijk onderzoek afneemt. De enorme administratieve belasting om een studie aan te melden bij de commissie voor mensgebonden onderzoek is niet heel stimulerend om onderzoek op te zetten. Maar ook het bijhouden van gegevens is arbeidsintensief en vraagt een grote inzet van researchverpleegkundigen, artsen, assistenten, secretaresses en de patiënten zelf.

Op de RUCO-nascholingsavond half juni 2010 zijn verschillende nieuwe regionale en nationale studies voor patiënten met colorectaal carcinoom gepresenteerd. Zo zal er binnenkort vanuit Nijmegen, Capelle aan de IJssel en nog een aantal centra in Neder-

land een onderzoek starten waarbij patiënten met een tumor in de endeldarm zullen worden behandeld met chemotherapie en bestraling, waarna niet de hele endeldarm zal worden verwijderd. Met een transanale endoscopische microchirurgische behandeling, de TEM-techniek, zal dan het restant van de tumor worden verwijderd en opgestuurd voor onderzoek. Als blijkt dat er een goede reactie is geweest op de voorbehandeling zal de endeldarm *in situ* blijven; een orgaansparende of rectumsparende behandeling. Dit onderzoek, de CARTS-studie, is een door de Dutch Colorectal Cancer Group gesteunde studie. De kosten om dergelijk onderzoek te verrichten zijn hoog en zonder financiële ondersteuning van de farmaceutische industrie en bijvoorbeeld het Koningin Wilhelmina Fonds is het niet mogelijk om gedegen onderzoek gefinancierd te krijgen.

Ook privé-initiatieven kunnen hierbij een bijdrage leveren en kunnen dergelijk onderzoek een duw in de juiste richting geven. Ik denk daarbij aan initiatieven als de stichting Roparun, Alpe d'HuZes of bijvoorbeeld de stichting VALAMO van Leo Hulshof. Leo's vrouw had uitgezaaide darmkanker en is ondanks een aantal grote operaties, bestraling en chemotherapie, uiteindelijk overleden. Leo fietst nu ter nagedachtenis van zijn vrouw van Brabant naar Valamo in Finland en haalt hiermee geld op om onderzoek naar darmkanker te kunnen financieren. Met een skypeverbinding luistert Leo mee en volgt deze oratie op internet. Inmiddels heeft hij Letland bereikt en is hij niet alleen wat betreft het fietsen, maar ook wat betreft het inzamelen van geld zeer goed op koers. Ik ben blij en trots dat ik mee mag werken aan dit bewonderingswaardige initiatief en hoop dat we hiermee aanvullend onderzoek kunnen doen bij de zojuist genoemde studie.

Een belangrijk onderdeel van deze en ook andere patiëntenstudies, is het verzamelen van bloed, serum en weefselmateriaal voor translationeel onderzoek. Hiermee hopen we beter inzicht te krijgen in de oorzaak van kanker. Bij tumoren zijn specifieke *pathways* en receptoren ontdekt die belangrijk zijn voor de groei van tumorcellen. Door blokkades met medicijnen zijn bemoedigende resultaten bereikt bij een aantal tumoren, bijvoorbeeld de gastrointestinale stromaceltumoren (GIST). Door deze nieuwe medicatie kunnen patiënten die voorheen niet werden geopereerd alsnog in aanmerking komen voor een operatie. Samenwerking tussen de universitaire centra in Leiden, Rotterdam, Nijmegen en het Nederlands Kanker Instituut hebben geleid tot het opzetten van een unieke database van deze patiënten. Een mooi voorbeeld van multidisciplinaire, multicentrische samenwerking, waar we samen met de hooggeleerde Winette van der Graaf hopelijk kunnen bepalen voor welke patiënten een aanvullende operatie zinvol is en hoe we de uitkomst daarvan kunnen voorspellen. Translationeel onderzoek zal ook leiden tot een beter inzicht welke patiënten uiteindelijk uitzaaiingen krijgen, welke patiënten baat hebben van een operatie, maar ook bij wie een aanvullende behandeling met chemotherapie zinvol is. Momenteel worden immers de meeste patiënten met bijvoorbeeld borst- of darmkanker aanvullend behandeld met chemotherapie terwijl het maar bij 10 tot 20 procent van de patiënten zinvol is. Het grootste deel van de patiënten

geneest ook zonder chemotherapie en een deel overlijdt ondanks chemotherapie, dit moet in de toekomst beter, daar is veel winst te halen. Combinaties van patiëntfactoren, tumorfactoren en nieuwe onderzoeksmethoden zoals *micro-arrays*, circulerende tumor- en endotheelcellen en andere genetische factoren zullen belangrijk zijn om te combineren en zo in de toekomst tot een meer patiëntgerichte behandeling te komen.

An had toegestemd met het onderzoek. Ik gaf haar nog uitleg over de risico's van erfelijke kanker en wat de consequenties daarvoor zijn voor haar dochter Karin. Gelukkig is er maar bij 5-15 procent van de patiënten sprake van erfelijke of familiale kanker, maar vooral deze groep verdient speciale aandacht omdat familieleden goed te controleren en instrueren zijn. Dochter Karin had tijdens het spreekuur aandachtig geluisterd en had aantekeningen gemaakt. Ze keek nog even op haar lijst met vragen, die ze voorafgaand aan het polibezoek had opgesteld. Eigenlijk was alles wel aan bod gekomen. 'Wel raar eigenlijk dat u alles schrijft dokter', merkte dochter Karin en passant op bij het verlaten van het spreekuur. 'Onze huisarts voert alles in de computer in en u schrijft alles in de status en op allerlei papiertjes...'

DIGITALE PATIËNTEN DOSSIER

Karin heeft gelijk, de meeste ziekenhuizen lopen ernstig achter in de automatisering van patiëntgegevens, zeker vergeleken met huisartsen. Er wordt nog veel met de hand geschreven en veel dubbel ingevoerd in databases voor registratie en onderzoek. Zo ook met de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA). Hierbij worden alle patiënten met een colorectale kanker geregistreerd in één gezamenlijke nationale database door chirurgen, verpleegkundigen, assistenten, studenten of secretaresses. Dat is kostbaar en inefficiënt en bovendien is het bekend dat bij elke registratie in een database fouten ontstaan bij het invoeren. Maar, de DSCA is een prachtig middel om een indruk te krijgen over de kwaliteit van behandeling van patiënten met colorectale tumoren in de verschillende ziekenhuizen. Het geeft waardevolle informatie over de zogenoemde case-mix van patiëntpatiënten. Het is duidelijk geworden dat alleen al vanwege de verschillen in leeftijd of co-morbiditeit van patiënten tussen ziekenhuizen onderling, enorme verschillen zullen optreden in complicaties en mortaliteit. Er zijn in Nederland ziekenhuizen waarin op grond van deze case-mix een mortaliteit na colonchirurgie van 2,5 of van 7 procent te verwachten is, doordat men voornamelijk oude, zieke of juist jonge, gezonde patiënten opereert. Dit is een enorm verschil wat ook duidelijk maakt dat een ziekenhuis met een mortaliteit van 5 procent het relatief goed of juist relatief slecht kan doen. Gegevens die zeer belangrijk zijn en niet aan bod komen in de *Elsevier-* of *Algemeen Dagblad-*enquête of televisieuitzendingen als *Zembla*. Kwaliteit meten is niet altijd makkelijk.

Een nadeel van de DSCA is dat deze registratie onvoldoende multidisciplinair is opgezet. De colorectaal-chirurg-oncologen lopen voorop en zijn ontketend in hun

enthousiasme, maar vergeten de overige beroepsgroepen erbij te betrekken. Immers, de registratie bestaat vrijwel alleen uit patiëntgegevens, gegevens die de patholoog aanlevert en operatiegegevens. In een tijd waarin de patiënt met kanker multidisciplinair wordt behandeld, is het natuurlijk een gemis dat geen gegevens worden bijgehouden over de kwaliteit van de andere belangrijke elementen in de zorg voor colorectale patiënten.

Ik denk daarbij aan de kwaliteit van de beeldvormende diagnostiek. Is er bijvoorbeeld contrast gebruikt bij de CT? Hoe is de beoordeling van de MRI? Maar ook de complicaties van de radiotherapie- of chemotherapiebehandeling worden niet ingevoerd en deze registratie geeft daarom slechts een beeld van de chirurgische kwaliteit van zorg voor de colorectale patiënt. De huidige automatisering in de ziekenhuizen moet beter en een efficiëntieslag moet gemaakt worden door gestandaardiseerde pathologie-, radiologie- en operatieverslagen in te voeren, volgens vastomlijnde protocollen in een uniform ziekenhuisregistratiesysteem. Ook de follow-up moet hieraan gekoppeld worden zodat het systeem compleet wordt. Deze digitalisering van de patiëntgegevens zal een geweldige efficiëntieslag, kostenbesparing en kwaliteitsverbetering opleveren in de Nederlandse ziekenhuizen.

An werd bestraald en kreeg gedurende deze bestraling chemotherapie. Tijdens de eerste weken van de vijf weken durende bestraling had zij geen klachten, maar aan het eind van de bestraling kreeg ze last van een soort verbranding rond haar billen. De gespecialiseerde colorectaalverpleegkundige had haar daar al voor gewaarschuwd en ook in haar patiënteninformatie had ze hier al over gelezen. negen weken na de laatste bestraling werd ze opgenomen op de afdeling heelkunde, de operatie zou de volgende dag plaatsvinden. 's Avonds ging ik nog even bij haar langs en vroeg of zij nog vragen had. 'Dokter u gaat mij toch wel zelf opereren, he?', vroeg An. 'Uh, nou nee, dat gaat de vrouwelijke chirurg in opleiding doen, onder mijn begeleiding', zei ik.

ONDERWIJS EN OPLEIDING

Het onderwijs voor studenten en co-assistenten is in het UMC St Radboud en op de afdeling chirurgie in het bijzonder al jaren op een hoog niveau. Dat is mede te danken aan een unieke groep van chirurgen die zich hebben toegewijd tot het geven van onderwijs. De opleiding voor co-assistenten is tweemaal achtereen tot beste coschap uitgeroepen en de opleiding tot chirurg is volledig gemoderniseerd, en dat was nodig. Het aantal uren aanwezigheid in de kliniek van de huidige assistent in opleiding is ongeveer de helft van het aantal uren dat de huidige chirurg aan zijn of haar opleiding heeft besteed. De opleiding moet daarom efficiënter en zal er toe leiden dat assistenten veel nadrukkelijker opgeleid moeten worden dan in het verleden het geval was. Assistenten in opleiding zijn er niet meer om het dienstrooster te completeren of om productie voor een afdeling te draaien. Theoretische summatieve kennistoetsen, simulatoren voor

zowel open als endoscopische operatietechnieken, poliklinische en klinische beoordelingen door chirurgen in de spreekkamer, video-opnames en 360 graden beoordelingen zullen de kwaliteit van de opleiding moeten waarborgen. Met het plan SCHERP zullen over enkele jaren alleen nog gedifferentieerde chirurgen worden opgeleid. De algemene chirurg die alles kan, zal niet meer bestaan, maar dat is niet erg. Er zullen gedifferentieerde chirurgen zoals de chirurg-oncoloog worden opgeleid. Maar wat is dan een chirurg-oncoloog? Een aantal basisingrepen, kennisprincipes en competenties zijn hiervoor geformuleerd. Maar ik zei al eerder dat ook de 'algemene' chirurg-oncoloog over een tijdje niet meer zal bestaan. Er zullen dan chirurg-oncologen zijn met specifieke kennis en operatieve vaardigheden die nodig zijn om topzorg te kunnen verlenen voor patiënten met bepaalde vormen van kanker. Het is aan de opleiders en opleidersgroepen in Nederland om mee te gaan met deze ontwikkelingen. De vervolgopleiding voor chirurgen, het CHIVO-schap, zal in zijn huidige vorm verdwijnen en daarvoor in de plaats zullen specifieke fellowships komen voor hoofd-halschirurgie, hepato-pancreaticobiliaire- ofwel HPB-chirurgie, gastro-intestinale-, colorectale- en soft-tissue chirurgie. Ook zullen jonge chirurgen meer gestimuleerd moeten worden om specifieke fellowships in het buitenland te volgen. In het buitenland is de differentiatie van chirurgen al veel verder doorgevoerd. De meeste collegaspecialisten die een dergelijke fellowship hebben verricht in het buitenland, komen terug met een enorme dosis ervaring omdat het sowieso goed is in een andere keuken te kijken. Het KWF stimuleert jonge specialisten om dergelijke stages te verrichten en dat is een kostbaar, maar zeer effectief middel om getalenteerde dokters deze mogelijkheid te geven. Ik pleit ervoor dat dit zal blijven.

De operatie bij An was succesvol verlopen, de eerste dagen waren zwaar, het verzorgen van het stoma viel tegen en ook het plassen ging niet meteen soepel. Verder was de wond van onderen pijnlijk. Na dertien dagen werd ze ontslagen en zag ik haar op de polikliniek twee weken later. 'Ik heb redelijk goed nieuws mevrouw van der Berg. De tumor is er helemaal uit en de snijvlakken zijn schoon. Er zaten wel uitzaaiingen in de lymfeklieren, maar die zijn er ook allemaal uit. Er is een kans dat de tumor weer een keer terugkomt, maar daar gaan we u voor controleren op de polikliniek.' Ik besprak met An wanneer ze weer op de poli zou komen en dat ze de komende vijf jaren zou worden gecontroleerd op de polikliniek.

PATIËNTMANAGEMENT

Patiënten worden vaak eindeloos gecontroleerd door specialisten, terwijl de opbrengst daarvan maar zeer gering is. Steeds vaker worden hiervoor gespecialiseerde verpleegkundigen, nurse practitioners of *physician assistants* voor ingezet. De vraag is echter of deze gespecialiseerde personen dergelijke taken moeten verrichten of dat de huisarts in de eerste lijn een coördinerende rol zal krijgen om deze zorg efficiënt en betaalbaar te

houden. Een andere mogelijkheid is dat de coördinatie door de patiënt zelf met computer-gestuurde modules kan worden georganiseerd en bewaakt. Met het beschikbaar worden van het elektronisch patiëntendossier voor de patiënt, zou het mogelijk moeten worden dat een patiënt zelf zijn afspraken kan maken voor onderzoeken die toch gepland moeten worden. Ook zullen patiënten meer inspraak willen en moeten krijgen in het behandelplan door uitgebreide voorlichting en hulp bij een keuzemenu waaruit uiteindelijk een bepaalde zorg uitrolt. Geen kieswijzer, maar een zorgwijzer.

DE PATIËNT MAG ZELF KEUZES MAKEN

Ik kan mij voorstellen dat veel patiënten met een mammacarcinoom met de juiste uitleg geen aanvullende okselklierdissectie of radiotherapie op de oksel zullen verkiezen als hen de voor- en nadelen van een dergelijke behandeling wordt voorgelegd. Een soortgelijk probleem doet zich voor bij melanoompatiënten met micrometastasen in de schildwachtklier. Alexander van Akkooi zal binnenkort promoveren op dit onderwerp, waarbij hij onder andere heeft aangetoond dat bij kleine uitzaaïngen in de lymfeklier er vrijwel geen kans is op aanvullende metastasen in de overige klieren en dat de prognose van deze patiënten uitstekend is. Een aanvullende klierdissectie lijkt dan ook niet zinvol. Ook patiënten met een rectumcarcinoom zullen met de juiste voorlichting misschien verkiezen om geopereerd te worden zonder voorbestraling. Allemaal onderwerpen waar we de autonomie van de patiënt veel meer moeten en zullen waarderen.

'An, ik heb slecht nieuws.' Dat zei ik een jaar later toen ze op de poli kwam en er een opgelopen tumormarker en ook op de echografie van de lever een afwijking werd gevonden verdacht voor een uitzaaïng in de lever. Opnieuw een enorme schok voor An, maar wederom vertelde ik haar dat er nog een kans is op genezing. Er werd aanvullend onderzoek gedaan middels een PET-scan en een CT-scan van de lever, waarbij drie leveruitzaaïngen werden gevonden. Nadat dit in een specifieke leverwerkgroep was besproken kwam zij een week later weer op mijn polikliniek. Weer met Bas en Karin. Ik vertelde haar dat we een plan hadden om haar op korte termijn te opereren.

BEHANDELING VAN METASTASEN

Uitzaaïngen van colorectale tumoren in de lever worden de laatste decenia toenemend geopereerd en de overleving na dergelijke operaties is bij sommige patiënten wel 50 procent na vijf jaar. In het verleden werden patiënten slechts geopereerd, indien er sprake was van maximaal drie levermetastasen, maar de criteria verruimen. Nu worden patiënten die in eerste instantie niet resectabel lijken vooraf met chemotherapie behandeld en komen soms alsnog in aanmerking voor resectie. Ook combinaties van leveroperaties in twee tempi met embolisatie van takken van de *vena porta*, het verrichten van tumor-ablatie met radiofrequente-ablatie of stereotactische radiotherapie zijn technieken die als doel hebben de metastasen te verwijderen of vernietigen. Nog steeds wordt echter

patiënten onterecht een in opzet curatieve behandeling onthouden, simpelweg omdat er niet een chirurg met ervaring in de leverchirurgie een beoordeling heeft gegeven over de patiënt.

Elke patiënt met levermetastasen moet daarom in een speciaal daarvoor samengestelde tumorwerkgroep worden besproken en beoordeeld op zijn resectabiliteit. De komende jaren zullen hierdoor steeds meer patiënten in aanmerking komen voor resectie van metastasen en daarmee ontstaan weer interessante vraagstukken. Wat moet bijvoorbeeld de volgorde zijn van opereren bij patiënten die zich presenteren met een rectumcarcinoom en uitzaaiingen in de lever? Samen met de weledelzeergeleerde Kees Verhoef hebben we de strategie toegepast om bij dergelijke patiënten eerst de levermetastasen te verwijderen en daarna pas de tumor in de endeldarm. Er is een aantal argumenten te bedenken waarom deze 'liver first-techniek' gunstig zou zijn voor patiënten. In de literatuur laten studies zowel voor- als nadelen zien en er zijn dan ook artsen die geloven dat één van beide technieken de beste optie is. Nu is ergens in geloven medisch wetenschappelijk gezien niet zinvol, dus is het verstandig om met behulp van gedegen onderzoek een bewijs te krijgen op deze interessante vragen. De komende jaren zal dit een bron van vervolgonderzoek zijn waarbij een intensieve samenwerking tussen Rotterdam en Nijmegen hoog op de agenda staat.

Ook metastasen in de longen of elders in het lichaam zullen vaker worden verwijderd. Zo ook bij patiënten met uitzaaiingen in de buikholte, de peritonitis carcinomatosa. Soms kunnen deze metastasen met een operatie worden verwijderd, waarna de buikholte met chemotherapie wordt behandeld, een HIPEC-procedure. Deze techniek kan nu in vijf centra in Nederland worden verricht en ook in Nijmegen wordt deze techniek onder leiding van de hooggeleerde Rob Bleichrodt uitgevoerd. Onderzoek zal essentieel zijn om te kunnen bepalen bij welke patiënten deze behandeling effect heeft. Ook nieuwe behandelingstechnieken en preoperatieve beeldvorming met bijvoorbeeld nieuwe generatie PET-scans kunnen uitstekend worden bestudeerd in deze patiënten met uitzaaiingen die voor operatie in aanmerking komen.

An heeft ook de operatie aan de lever goed doorstaan en is bij de controles na een half jaar nog zonder tekenen van ziekte. Zij heeft een goede kans om te genezen van kanker, maar dat blijft zoals bij vele vormen van kanker nog onduidelijk.

Dames en heren,

Ik heb u met dit beknopte overzicht van de ziektegeschiedenis van An een indruk gegeven over de chirurgische zorg voor patiënten met kanker. Door vernieuwingen in de operatieve behandelingen van zowel de primaire tumor als de uitzaaiingen en door concentratie en betere registratie van zorg zal de uitkomst voor patiënten de komende jaren verbeteren, daar ben ik van overtuigd en daar zal ik aan werken. Tumorspecifieke multidisciplinaire samenwerking tussen specialisten onderling en tussen regionale ziekenhuizen is daar-

voor cruciaal. De chirurg-oncoloog speelt hierbij een belangrijke coördinerende rol, niet alleen voor de patiëntzorg, maar ook voor het wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en opleiding. De komende jaren zullen we multidisciplinair ontketenen.

DANKWOORD

Geachte leden van het college van bestuur van de Radboud Universiteit Nijmegen en de raad van bestuur van het UMC St Radboud, dank voor het in mij gestelde vertrouwen.

Hooggeleerde Kees van Laarhoven, het zijn roerige tijden op onze afdeling Heelkunde, waarbij er keuzes zijn gemaakt die niet altijd even duidelijk zijn voor de buitenwereld. Het heeft echter geen zin om terug te kijken naar het verleden, want wij, de huidige staf, hebben de toekomst.

De chirurgen van de abdominale en oncologische chirurgie: hooggeleerde Rob Bleichrodt, de weledelzeergeleerden Han Bonenkamp, Andre Bremers, Otmar Buyne, Eric Hesselink en Harry van Goor, en de weledelgeleerden Marion van der Kolk, Annelies Werner en Margrethe Schlooz. Dank voor de warme ontvangst in jullie team. Ik hoop een stimulerende en enthousiaste speler te zijn in dit team. Helaas zijn we door het vertrek van de weledelzeergeleerde Peter van Duijvendijk geen elftal meer, we zijn immers maar met tien fte. Maar hopelijk kunnen we snel weer een compleet team worden door weer een elfde man of vrouw aan te trekken, het liefst met nog wat wisselers op de bank.

Hooggeleerde Theo Wobbes. Dank voor de adviezen en ruimte die je mij hebt gegeven. Succes met je tweede proefschrift.

Ook de overige stafleden traumatologie, vaatchirurgie, kinderchirurgie en onderwijs, de assistenten, co-assistenten, studenten, verpleegkundigen op de afdeling, polikliniek en operatiekamers en secretariaat dank ik voor het enthousiasme en de gastvrijheid waarmee ik als Rotterdammer ben ontvangen in het Nijmeegse. In het bijzonder dank ik Marrit Siebers, een onmisbare schakel in de organisatie, ook voor een dag als vandaag.

Met verschillende afdelingen in het UMC St Radboud is een goede samenwerking essentieel voor de keten kankerzorg, zoals zojuist gemeld. De kracht van onder andere de afdeling pathologie, nucleaire geneeskunde, radiotherapie en medische oncologie vormde een essentiële reden voor mij om naar Nijmegen te komen. Ik hoop een continu inspirerende samenwerking.

De medewerkers van het Integraal Kankercentrum Oost (IKO), het IKO trialbureau en de verschillende regionale chirurgen dank ik voor de inspanningen die nu al geleverd

zijn om de regio Nijmegen goed op de kaart te zetten voor oncologische zorg. Door een intensieve samenwerking met sterke perifere ziekenhuizen en een goed bereikbaar universitair medisch centrum kunnen we topzorg in de regio leveren en verder uitbreiden. Ik wil daar graag aan werken en heb vertrouwen in de toekomst.

Mijn opleiders, de drie B's. De weledelzeergeleerde Kees Brouwer, de hooggeleerden Kieje Bruining en Jaap Bonjer, alle drie op hun eigen manier hebben zij mij gevormd van een jonge, naïeve enthousiaste assistent tot waar ik nu sta. Eigenlijk heb ik van alle drie hetzelfde meegekregen, namelijk dat je altijd recht-door-zee op je doel moet afgaan en dat alles mogelijk is, als je er maar voor gaat.

De hooggeleerde Hans Jeekel. Een topcoach verzamelt goede spelers om zich heen en geeft ze voldoende vrijheid om te excelleren in het veld en wordt dan uiteindelijk kampioen. Als hoofd van de afdeling heelkunde in het Erasmus MC, was jij jarenlang hoofdtrainer van de meest aansprekende chirurgische ploeg in Nederland. Een enorm aantal assistenten promoveerde in Rotterdam, de meeste keren werd de chirurgencup gewonnen en ook een groot aantal chirurgen uit Rotterdam is uiteindelijk in Rotterdam zelf of elders hoogleraar geworden. Ik ben er weer een één ? op jouw palmares en ik ben er trots op Rotterdammer te zijn geweest.

De hooggeleerde Alexander Eggermont, wetenschapper, dokter, talenexpert, musicus, katholiek, talentspotter, sportkenner, multitalent. Heel veel heb ik aan die beruchte middag te danken op het terras in de Daniel den Hoed-kliniek, waarbij je in vijf minuten mijn promotietraject uitstippelde. Nadien werd in een handomdraai een KWF-fellowship als arts-assistent in elkaar gezet, vervolgens een KWF-fellowship voor jonge specialisten en vervolgens was ik staflid in de Daniel den Hoed-kliniek. Je bent mijn mentor en groot voorbeeld. Het is goed dat ik bij je weg ben.

De weledelzeergeleerde Kees Verhoef. Samen hebben we in zeer korte tijd de Daniel den Hoed-kliniek op de kaart gezet als regionaal centrum voor uitgebreide colorectale chirurgie en levermetastase chirurgie. Jouw scherpe klinische blik, grenzeloze optimisme, ontwapenende enthousiasme en onvoorwaardelijke vriendschap mis ik eigenlijk dagelijks. Ik denk vaak dat ik toch een ongelofelijke egoïstische vent ben om hier te gaan staan, maar... 'zelfs als je denkt dat alles anders gaat dan je denkt, gaat het anders dan je denkt' (Ilja Pfeiffer).

De hooggeleerde Hence Verhagen. 'Het is niet goed om in je eigen ziekenhuis hoogleraar te worden, ook al zou dat goed zijn voor het ziekenhuis als jij er hoogleraar zou worden.' Allebei vinden we dat en allebei hebben we dus die moeilijke stap gemaakt. Ik heb veel te danken aan jouw kritische adviezen, sterke analyses, maar vooral fantas-

tische momenten aan de barbecue met de rest van de familie. Wij wonen al honderd kilometer dichterbij Sydney!

Weledelzeergeleerden Andreas Marinelli, Bert van Geel en Marian Menke en overige stafleden van de overkant, locatie Dijkzigt. Het was moeilijk om Rotterdam te verlaten, vanwege de kwantiteit en de kwaliteit van zorg, maar vooral de sfeer. Dank voor de prachtige jaren.

Specialisten, assistenten, verpleegkundigen en secretaresses van het Zuiderziekenhuis, Dijkzigt, maar vooral de Daniel den Hoed-kliniek dank ik voor een prachtige Rotterdamse tijd. Elke dag naar de Groene Hilledijk was een plezier en ik ben blij om zo veel bekenden nog in de zaal te zien. Kijken of ik volgend jaar weer iets kan organiseren.

Vrienden. Dank dat jullie in groten getale aanwezig konden en wilden zijn op deze dag. De afgelopen jaren heb ik niet overgelopen van tijd om eens wat extra aandacht te schenken aan velen van jullie, maar vandaag voelt het weer goed en vertrouwd. Gelukkig hoeven dingen niet altijd uitgesproken te worden om van elkaar te weten wat je voor elkaar kunt betekenen.

Pa en Ma, bedankt voor de gedegen opvoeding waarbij hard werken, eerlijkheid en eenvoud op de voorgrond staan. Ik weet hoe onwaarschijnlijk trots jullie zijn en hoop dat we nog vaak de A15 op en neer rijden. Bij leven en welzijn.

Annette, jammer dat Richard nu Verenigde Staten tegen Slovenië voor de NOS moet verslaan in Johannesburg, ik ken slechtere excuses om niet te komen. Het is altijd een groot plezier om jullie met Puck en Winnie te zien.

Vera, jammer dat Do er vanavond niet bij kan zijn. Had hij leuk gevonden, veel eten en Surinaamse muziek. Dank voor je warmte in ons huis.

Schoonzussen, zwagers, neven en nichten, ooms en tantes, Oma Jonker: een opvallend hechte club van zowel de familie Lobo, de Wilt als Koevoets. De deur staat altijd open en dat voelt goed. Cinthya, dank voor het mede-organiseren van deze dag samen met Otmar. 24 jaar geleden had jij deze dag al voorspeld.

En tot slot de drie belangrijkste mensen in de zaal.

Laura, toen ik anderhalf jaar geleden vertelde dat we misschien gingen verhuizen was het eerste wat je zei: 'Gaaf, gaan we weer naar Sydney?' Ik vind het prachtig om te zien hoe flexibel, zelfbewust, enthousiast, georganiseerd en kritisch (dat laatste vooral ook

naar mij) je nu al in het leven staat. Je gaat het volgend jaar helemaal maken op het Stedelijk Gym, al zie ik met enige angst de feestjes in het weekend tegemoet.

Roel, je zus had een trampoline bedacht, maar jouw troef in de onderhandelingen om naar Nijmegen te gaan was een hond. Dat heb je strak geregeld en het heeft jou, maar ons allemaal zeker geholpen in de snelle aanpassing in de nieuwe omgeving. Samen met Laura heb jij weer nieuwe vrienden gemaakt op school, hockey en tennis. Jullie zijn een groot plezier om voor naar huis te komen en alles te laten wijken.

Claudia, ze zeggen dat het gras bij de burens altijd groener is, maar voor ons geldt dat niet. Zonder jou had ik hier niet gestaan, maar dankzij jou zijn wij samen ontketend!

Ik heb gezegd.