

Fit to perform: patiënt en dokter in beweging

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van Hoogleraar Chirurgie, in het bijzonder de optimalisatie van perioperatieve zorg in HPB chirurgie aan de Rijksuniversiteit Groningen op dinsdag 6 november 2018 door

Prof. dr. J.M. Klaase

Leden van het College van Bestuur, zeer geachte aanwezigen,

Een van de grondleggers van de Nederlandse geriatrie, Professor Jo Schreuder, zei het al in de jaren 60 van de vorige eeuw: 'het bed is een kunstfout op vier poten'. Waarom gaat er bijna 60 jaar overheen voordat ook wij (artsen van nu) inzien dat bedrust in een ziekenhuisbed leidt tot spierverlies. Een ieder die wel eens gips om zijn been heeft gehad, weet hoe snel immobilisatie leidt tot verschrompeling van de kuitspier. Bij een gezonde 65 jarige resulteert 10 dagen bedrust al in 15% spierverlies. Maar na majeure leverchirurgie voor galwegkanker heeft 65% van de patiënten spierverlies, waarvan 1/3^e deel ernstig. Ook bestaat een relatie tussen spierverlies na operatie en vermoeidheid en kwaliteit van leven op langere termijn. Een patiënt verliest dus spiermassa na operatie en beweging kan dat spierverlies tegengaan. Desondanks bieden ziekenhuizen patiënten standaard ontbijt op bed aan, terwijl patiënten ook uit bed kunnen komen en naar een eetzaal kunnen lopen, leggen wij mobiele patiënten soms zelfs een dag voorafgaand aan de operatie in een pyjama jasje in bed, terwijl ze ook naar de operatiezaal zouden kunnen lopen, en laat de fysiotherapeut slapende patiënten op bed liggen om de volgende dag pas weer terug te komen. Ook is onderzocht dat tijdens een meerdaagse opname patiënten slechts op de helft van de dagen zelfstandig naar het toilet gaan en maar op 1/3^e van de dagen een rondje door hun kamer lopen. Stuk voor stuk voorbeelden die illustreren dat volwassen patiënten tijdens een ziekenhuisopname nauwelijks fysiek actief zijn.

'De patiënt moet zijn bed uit' kopte een landelijk dagblad na een interview met Professor Andrea Maier van het VUmc in 2015, een interview waarin ook gewaarschuwd wordt dat liggen zelfs dodelijk is bij de oudere patiënt, door het spierverlies dat daarbij optreedt.

Verder blijkt dat meer bewegen, of het nou recreatief of werk gerelateerd is, of het nou laag, midden of hoog inkomen landen betreft, samenhangt met een lagere kans op overlijden en dat bewegen beschermt tegen hart en vaatziekten. Recent onderzoek van het Amsterdam UMC laat zelfs zien dat ook een beetje bewegen, zoals een ommetje maken of een huishoudelijk klusje doen, bij 65 plussers de kans op het krijgen van een hartaanval of beroerte vermindert.

Nog onderbelicht is het feit dat bewegen positief bijdraagt aan een verminderde kans op terugkeer van kanker. Wij zien als chirurgen wekelijks patiënten terug voor follow-up na

kanker. Wij realiseren ons nauwelijks dat wij ons in een unieke positie bevinden om patiënten te wijzen op het belang van (meer) bewegen. Wij zouden ze hierover moeten bevragen, maar niet alleen. We zouden ze ook moeten testen op dit gebied, en daarnaast uitleggen wat de Nederlandse beweegrichtlijn inhoudt. Deze simpele interventie wil ik binnenkort, samen met Laura van Wijk, arts-assistent chirurgie, binnen onze eigen HPB poli maar ook voor de Chirurgische Oncologie opzetten. Het voorgaande leidt tot twee centrale vragen waar ik vandaag nader bij stil sta: hoe krijgen we de patiënt in beweging en daarnaast, hoe krijgen we onszelf (artsen) in beweging?

Vandaag de dag wordt een vrouw in Nederland gemiddeld 83 jaar oud en een man 80 jaar. Daarvan leven wij een belangrijk deel in goede gezondheid, maar de kosten van langer leven zijn enorm. In 2017 ging van elke euro overheidsuitgave maar liefst 31 cent naar de zorg en besteedden de midden inkomens tot bijna 20% van hun inkomen direct of indirect aan zorgkosten. Hoewel er een neiging onder dokters bestaat deze economische cijfers te beschouwen als buiten onze cirkel van invloed, is dat niet helemaal terecht. Wij hebben namelijk ook afgesproken binnen het KNMG dat het tot de algemene competenties van de medisch specialist behoort om effectief en doelmatig binnen een gezondheidsorganisatie te werken en beschikbare middelen voor de patiëntenzorg verantwoord te besteden. Het is daarom ook niet zo verwonderlijk dat de groep van Professor Rob Tollenaar van het LUMC naar de kosten van een operatie ging kijken nadat een van de nationale verplichte kwaliteitsregistraties met duizenden patiëntengegevens was gevuld.

Het bleek dat een operatie voor darmkanker ongeveer 8.000 euro kost wanneer er geen complicaties in het spel zijn, maar gemiddeld 24.000 euro, een factor 3x zo veel, wanneer er sprake is van ernstige complicaties. Verder bleek dat maar liefst 33% van de patiënten na een darmoperatie voor kanker een gecompliceerd beloop had, 12% had milde en 21% ernstige complicaties. Voor de Nederlandse situatie werd berekend dat wanneer er in het fictieve geval geen complicaties zouden zijn onder de bijna 7000 patiënten in het onderzoek, er 28 miljoen euro, 1/3^e van het budget, bespaard zou kunnen worden. Opvallend genoeg zien wij de getallen van gecompliceerd beloop, namelijk 20-30% met ernstige complicaties, steeds weer terugkeren bij complexe buikoperaties, niet alleen voor darmkanker, maar ook voor lever- en alveesklierkanker. Opvallend is bijvoorbeeld dat na een operaties voor alveesklierkanker, het percentage patiënten dat opnieuw wordt opgenomen binnen 30 dagen na ontslag, de zogenaamde ongeplande heropnames, kan oplopen tot wel 25%. Wat de kosten betreft: in het genoemde voorbeeld betreft het uitsluitend ziekenhuis opnamekosten. Het werkelijke leed en kosten van de patiëntengroep met ernstige complicaties is vele malen groter maar wordt niet zichtbaar. Hoe komt dat nu? Het blikveld van de chirurgische registraties is in tijd beperkt. Gangbaar is dat complicaties worden geregistreerd tijdens opname of in de eerste 30 dagen na ontslag. Wij zien daarbij onder meer niet dat van de patiënten die als ontslagbestemming geriatrie revalidatiezorg hebben, zo'n 20-30% definitief in het verpleeghuis blijft. En aangezien deze kosten uit de WLZ betaald worden, wordt dit gegeven op haar beurt niet zichtbaar in de gegevens en

registratie van verzekeraars. Dit maakt dat mijns inziens de populaire term 'Value Based Healthcare' met enige argwaan bekeken moet worden. Immers worden alle kosten wel meegenomen? Dat een patiënt maanden na een operatie met gecompliceerd beloop, wegens spierzwakte valt en zijn heup breekt wordt ook niet geregistreerd als gevolg van de index operatie.

Kortom, om het werkelijke resultaat en daarmee de waarde van ons handelen te kunnen meten moet ons blikveld worden verruimd. Wat mij betreft naar minimaal een jaar. In mijn ogen is een complexe chirurgische ingreep pas waardevol als een patiënt na een jaar nog in leven is met een voor deze patiënt acceptabele kwaliteit van leven. De kwaliteit van leven moeten wij in de vorm van PROMS gaan vastleggen en ik daag eenieder uit om het mogelijk te maken alle werkelijke kosten na een operatie over een geheel jaar te berekenen. Vanuit een bedrijfskundige blik is de huidige gang van zaken suboptimaal en niet kosteneffectief. Oorzaak van gecompliceerd beloop wordt niet altijd goed begrepen, niet goed gemeten en vastgelegd, waardoor verbetering en preventie niet voldoende van de grond komt. Dit leidt tot voortduren van kosten inefficiënt handelen en overmatig gebruik van middelen. Dit is immers het geval wanneer je twee of drie keer moet opereren in plaats van één keer, gebruik moet maken van Intensive Care bedden en dure verbandmiddelen en wanneer er sprake is van ongeplande heropnames. Het zou dus aan ieder van ons gelegen moeten zijn structureel aandacht te hebben voor postoperatieve complicaties en de oorzaken hiervan. Het huidige productie gedreven proces zou dus veel meer uitkomst gestuurd moeten zijn. Dat kan in theorie en inmiddels ook in praktijk een enorme kostenreductie realiseren.

Met het onderzoeksprogramma 'Value' van de onderzoeksschool SHARE van de Rijks Universiteit Groningen wil ik samen met Professor Kees Ahaus inzoomen op de kosten van gecompliceerd beloop en ongeplande heropnames na lever- en alvleesklierchirurgie. Ik ben ook verheugd dat 'preventie' een van de drie belangrijke research thema's binnen het UMCG is de komende jaren en dat expliciet hierbij secundaire preventie is opgenomen; preventie van complicaties en de ernst ervan leidt tot betere kwaliteit van leven op korte en langere termijn, is kosten reducerend en bepalend voor gezond ouder worden.

De uitkomst van chirurgische zorg wordt bepaald door vele factoren. Wanneer we de focus leggen op gecompliceerd beloop dan moeten wij ons in eerste instantie afvragen wat wij in de afgelopen jaren, naast de landelijke verplichte kwaliteitsregistraties, aan kwaliteit verbeterprojecten hebben gedaan. Een aantal voorbeelden wil ik graag noemen.

Door centralisatie van alvleesklier chirurgie in nog maar 17 ziekenhuizen aangesloten bij de DPCG, is de kans op ernstige complicaties en overlijden na operatie afgenomen. Naar een verdere verbetering wordt gestreefd door standaardisatie van postoperatieve zorg, waarbij door een eerdere herkenning van complicaties deze waarschijnlijk beter te beteugelen zijn.

In 2005 werd in Nederland onder aanvoering van Professor Cees Dejong uit Maastricht en Christiaan Hof uit Leeuwarden middels twee doorbraakprojecten collectief het ERAS

programma geïntroduceerd voor patiënten die een operatie ondergingen voor darmkanker. Dit sneller beter programma met vooral intra-operatieve en postoperatieve elementen, zorgt ervoor dat patiënten na operatie door een minder diep dal gaan en sneller terugkomen op hun niveau van voor de operatie. Het leidt tot minder complicaties. Belangrijke elementen van dit programma zijn snelle postoperatieve mobilisatie en het direct weer aanbieden van eten en drinken. Zo hoort de patiënt aan het eind van de operatiedag al met de benen over de rand van het bed te bungelen, en krijgt hij of zij voeding aangeboden. Met dit programma is in heel Nederland de opnameduur gereduceerd van zo'n 10 naar 7 dagen en nam het aantal complicaties af. Sommige ziekenhuizen zoals het Martini ziekenhuis lukt het zelfs om na darmoperaties de mediane opnameduur te verlagen tot 3 dagen, zonder toename van de ongeplande heropnames en met een 30% afname aan complicaties. Zo'n zelfde sneller beter programma werd in 2011 landelijk ingevoerd voor leverchirurgie, ook hier met dezelfde gunstige resultaten. De collectieve implementatie van ERAS programma's is goed verlopen echter er is meer nodig om binnen een eigen centrum de gunstige resultaten ook op lange(re) termijn te behouden. Het continu monitoren van de uitkomsten en binnen het team terug rapporteren is hierbij essentieel gebleken. Vaak lukt het niet om dit vol te houden door gebrek aan ondersteuning op de werkvloer van bijvoorbeeld kwaliteitsfunctionarissen binnen het ziekenhuis. Dat binnen zo'n ERAS team ook een anesthesioloog expliciet oog heeft voor het ERAS element mobilisatie en zich de opnameduur van de patiënt ter harte neemt is in mijn ogen obligaat. Een andere reden waarom een goed lopend ERAS programma weer in vergetelheid kan raken, kan samenhangen met aspecten zoals de invoering van een nieuw elektronisch patiënten dossier waarin het ERAS programma abusievelijk niet is opgenomen. Juist een uitgeschreven programma geeft een ieder, patiënt, verpleegkundige en zaaldokter een ruggensteun wat er elke dag zou moeten gebeuren. Andere factoren die het succes van het ERAS kunnen beïnvloeden zijn bijvoorbeeld de invoering van een postoperatieve pijnservice waarbij de epiduraal katheter protocollair veel langer inblijft dan de afgesproken twee dagen en ook het feit dat verpleegkundigen het in de afgelopen jaren vele malen drukker hebben gekregen niet in de laatste plaats door een toegenomen administratie last, maar ook door bezuinigingen in personele bezetting terwijl er notabene op de afdelingen ziekere patiënten liggen met een hogere zorgzwaarte. Hierdoor is er geen tijd om patiënten te helpen met mobiliseren, het belangrijkste element van een sneller beter programma.

De komende jaren wil ik samen met Judith Hentzen, arts-onderzoeker, mijn directe collega Carlijn Buis, Schelto Kruijff en met Professor Cees van der Schans van de Revalidatiegeneeskunde bij patiënten die een complexe buikoperatie hebben ondergaan waaronder operatie aan lever of alvleesklier, het chirurgie geïnduceerd spierverlies monitoren met behulp van handheld echoapparatuur, factoren geassocieerd met dit spierverlies opsporen, en nagaan hoe dit spierverlies daadwerkelijk tegengegaan kan worden. Anticiperend op het vooraf besprokene denken wij dat meer bewegen en een betere eiwitname na operatie, twee cruciale factoren die juist voor spieropbouw kunnen zorgen, hierbij essentieel zijn. Het ziekenhuis van de toekomst zal een uitstraling hebben van

een sportschool: aan de bar wordt een eiwit shake geserveerd en patiënten doen hun oefeningen. Beter worden betekent hard werken.

Binnen het ERAS programma zijn er ook landelijke projecten gestart met als doel het chirurgisch trauma te verminderen door invoering van laparoscopische chirurgie, de zogenaamde kijkoperatie, zoals het Orange-II project van Ronald van Dam vanuit Maastricht UMC en het LAELAPS project van Professor Marc Besselink vanuit het Amsterdam UMC, waarbij landelijk succesvol respectievelijk de laparoscopische lever en alvleesklier operaties werden ingevoerd.

Recentelijk hebben wij een goede start gemaakt met een robot programma voor laparoscopische lever en alvleesklierchirurgie met als proctors Professor Quintus Molenaar en Jeroen Hagendoorn uit het UMC Utrecht.

Een ander voorbeeld van beperking van het chirurgisch trauma is het CT geleid wegbranden van levertumoren in plaats van een majeure leverresectie, een specialisatie van Simeon Ruiter, Technisch Geneeskundige en collega Koert de Jong.

Naast deze genoemde kwaliteitverbeterprojecten moeten wij ons richten op de belangrijkste risicofactoren voor gecompliceerd beloop en op de manier waarop wij deze factoren mogelijk kunnen beïnvloeden. De groep patiënten met de hoogste risico's zijn de kwetsbare ouderen. Dit zijn de mensen die door een combinatie van factoren verhoogd risico lopen op functionele en cognitieve achteruitgang na operatie. Het betreft de patiënten met multimorbiditeit maar ook sociale factoren spelen mee. Denk aan het ontbreken van mantelzorg, eenzaamheid en armoede. Multimorbiditeit, d.w.z. een combinatie van chronische aandoeningen, neemt met de leeftijd toe. Omdat mensen steeds ouder worden ontstaat er een grotere groep zeer kwetsbare patiënten met multimorbiditeit. Vooral het aantal hart en long complicaties na een operatie neemt op hogere leeftijd toe en is ook verantwoordelijk voor een toegenomen postoperatieve sterfte bij deze groep. Naast comorbiditeit zijn de bekendste zogenaamde case mix correctie factoren binnen de landelijke kwaliteitsregistraties: leeftijd, BMI en ASA classificatie. Er zijn er echter twee die niet meegenomen worden als correctiefactor terwijl deze in mijn ogen juist de belangrijkste zijn. De eerste betreft de spiermassa. De skeletspiermassa en skeletspierkwaliteit kunnen berekend worden door CT plaatjes met speciale programma's te bewerken en de oppervlakte van bepaalde spieren te meten. De tweede is de fysieke fitheid van de patiënt.

Met een speciale fietstest, de cardiopulmonary exercise test ofwel CPET, kan de anaerobe drempelwaarde worden berekend, dat is het moment waarop spieren beginnen te verzuren bij inspanning. Beide factoren, spiermassa en fysieke fitheid, zijn zeer geschikt om risico's op postoperatieve complicaties in te schatten. Uit vele studies blijkt namelijk dat een lage preoperatieve skeletspiermassa meer dan alle andere risicofactoren bij elkaar, geassocieerd is met een slechtere uitkomst van zorg, niet alleen na complexe buikchirurgie voor kanker maar bijvoorbeeld ook bij patiënten die een levertransplantatie hebben ondergaan, zoals

collega Vincent de Meijer aantoonde. Helaas is er binnen de studies vaak nog een verschil in methodologie voor het bepalen van spiermassa. Het meten van spiermassa gecombineerd met fysieke functie testen lijkt de prognostische waarde te verhogen. Een anaerobe drempel boven de 11 ml/min/kg, hetgeen betekent dat een patiënt fysiek fitter is, beschermt tegen postoperatieve complicaties. Beide factoren, skeletspiermassa en een fitheidsmaat zoals de anaerobe drempelwaarde, worden nog niet standaard meegenomen wanneer we patiënten vergelijken in uitkomst van zorg binnen de verplichte nationale kwaliteits registraties. Ik hoop in de toekomst aan te kunnen tonen dat dit noodzakelijk is, om uitkomsten van zorg tussen instituten betrouwbaar te kunnen vergelijken en patiënten beter voor te kunnen lichten, zeker ook gezien de belangrijke beslissingen rondom een operatie bij de steeds ouder wordende kwetsbare patiënt.

Op de vraag: 'is het ook mogelijk op een andere wijze de risico's op gecompliceerd beloop te beïnvloeden?' is het antwoord: ja. De oplossing ligt bij de patiënt zelf.

De oplossing is prehabilitatie, een in opzet multimodaal programma om patiënten voor de operatie in een betere conditie te brengen, d.w.z. de functionele capaciteit en fysiologische reserve te verhogen, om zo de kans te verlagen op gecompliceerd beloop, ernst van het gecompliceerd beloop, afhankelijkheid en overlijden. De beslissing om een patiënt op de wachtlijst te zetten voor een complexe buikoperatie, zoals een lever- of alvleesklieroperatie, is idealiter een proces van shared decision making, rekening houdend met wensen van de patiënt, de ervaren kwaliteit van leven van de patiënt op dit moment en de verwachte afname daarvan na de operatie. De chirurg heeft informatie nodig over het kankerproces. Resectabiliteit, d.w.z. of een tumor volledig kan worden verwijderd, wordt in een multidisciplinair overleg vastgelegd o.b.v. beeldvorming met bijvoorbeeld CT scans en MRI scans. Dit is geen beslissing van de chirurg alleen omdat soms eerst chemotherapie nodig is om de tumor te doen slinken om deze vervolgens volledig te kunnen verwijderen. Soms is er levertransplantatie nodig bij een patiënt met leverkanker en wordt onze patiënt door de hepatoloog voor transplantatie gescreend. Dit proces van beoordeling van resectabiliteit is vaak goed geregeld. De beoordeling of een patiënt een operatie wel aan kan, de zogenaamde operabiliteit, is in mijn ogen zeer belangrijk maar lange tijd onderschat. Tot voor kort was dit een kwestie van bekijken hoe de patiënt vanuit de wachtkamer binnen komt in de spreekkamer. Wanneer een patiënt niet lopend maar in een rolstoel binnenkomt snapt iedereen dat de fysieke fitheid laag zal zijn. Een patiënt kan echter ook lopend binnenkomen maar het voorliggende traject van garage tot poli zittend in een rolstoel hebben afgelegd. Uit eigen ervaring weet ik dat de meeste patiënten in de spreekkamer niet helemaal eerlijk zijn over hun gewicht maar ook niet over hun fysieke fitheid. Patiënten doen zich vaak beter voor dan zij zijn omdat zij nou eenmaal goed voor de dag willen komen bij de chirurg. Wie niet? Ook moeten chirurgen zich realiseren dat de anesthesioloog patiënten tijdens de preoperatieve screening aan een vragenlijst onderwerpt en lang niet altijd aan een objectieve inspanningstest om de fysieke fitheid en daarmee kans op complicaties in te schatten. Hoewel de gouden standaard, vraagt een CPET sophisticated apparatuur en

minstens zo belangrijk een getrainde staf. Praktische testen van fysiek functioneren zoals 6MWT, SPPB en TUGT kunnen wellicht een CPET in de toekomst vervangen maar worden nog niet standaard gemeten bij de preoperatieve patiënt. Zo'n 30% van de patiënten welke in aanmerking komt voor een complexe buikoperatie voor kanker is lichamelijk niet fit. Wij hopen met de eerste Nederlandse Prehabilitatie Studie vanuit het MST en ZGT op korte termijn aan te kunnen tonen dat voor deze patiënten een 3-4 weeks trainingsprogramma voorafgaande aan de operatie, bestaande uit aerobe interval en duurtraining en spierkracht training, de kans op postoperatieve complicaties minimaal halveert. Bij deze studie, geleid door Annefleur Berkel, huisarts in opleiding, is gebleken dat juist de niet-fitte patiënten moeite hebben om aan onze studie mee te doen, omdat zij ertegenop zien zich in te spannen en vervoersproblemen en kosten ervaren om naar de fysiotherapie praktijk toe te gaan.

Daarom hebben wij in het UMCG, MST en MMC een thuis training programma opgezet, waarbij patiënten thuis met een speciale hometrainer o.l.v. de fysiotherapeut kunnen trainen voorafgaande aan een operatie aan lever of alvleesklier. Opvallend is dat wanneer patiënten trainen en in de gaten krijgen dat zij zelf bij kunnen dragen aan een beter resultaat na de operatie, zij deze verantwoordelijkheid graag oppakken. Meer dan eens wordt niet alleen de patiënt maar ook de partner er beter van wanneer de fysiotherapeut in de thuissituatie aanwezig is en uitleg geeft over trainen en bewegen. Wij zullen patiënten meer en meer moeten wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid om actief mee te helpen beter te worden. In dit opzicht kunnen zij gewezen worden op een zogenaamd goed patiëntschap waartoe zij binnen de WGBO verplicht zijn. Maar al te vaak wordt de verantwoordelijkheid van de patiënt in de schoot van de specialist geworpen waarbij dit opvallend vaak wordt geaccepteerd. In de tweede lijn bevinden wij ons immers in een ziekte gedreven reactief zorgmodel. Huisartsen pakken dat anders, in mijn ogen beter aan. Een huisarts zal eerder aan de patiënt vragen wat deze zelf aan zijn of haar probleem dacht te gaan doen. Kortom het vraagt van de patiënt maar ook van de dokter in beweging te komen.

Wij hebben er in een pilot studie van Laura van Wijk, de FRAIL studie, voor gekozen om 6 items preoperatief te onderzoeken en zo mogelijk te optimaliseren. Naast fysieke fitheid, kijken wij ook naar aanwezigheid van kwetsbaarheid, bloedarmoede, angst en stress, ondervoeding, en naar roken en alcoholgebruik. Wanneer al deze 6 items aan de orde zijn gekomen en waar nodig geoptimaliseerd, is de patiënt klaar om geopereerd te kunnen worden. Deze prehabilitatie pilot studie heeft als doel om uiteindelijk te komen tot een rondom de patiënt georganiseerd UMCG breed Prehabilitatie Centrum waar patiënten voorafgaande aan een operatie of aan het begin van een kankerbehandeling terecht kunnen voor een op maat gemaakt plan. Hier werken o.a. anesthesiologen, sportartsen, fysiotherapeuten, internisten-ouderengeneeskunde, diëtisten en leefstijlconsulenten rondom de patiënt samen. Er is een optimale communicatie met huisarts en specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn, een sterk koppel in de zorg voor kwetsbare ouderen. Een belangrijk deel van prehabilitatie kan ook in de eerste lijn uitgevoerd worden. Door

continu vele uitgangsparemeters van patiënten te meten en te correleren aan uitkomst van zorg krijgen we steeds meer kennis over combinaties van risicofactoren voor gecompliceerd beloop, maar vooral ook welke maatregelen zoals bijvoorbeeld het vooraf verbeteren van de lichamelijke conditie, het corrigeren van bloedarmoede en het stoppen met roken leiden tot een betere uitkomst van zorg en welke kosten daarmee gereduceerd kunnen worden. Het effect van implementatie van zo'n prehabilitatie centrum voor patiënten met alveesklieer kanker kan het best gemeten worden middels invoering van zo'n programma binnen een stepped wedge design in ziekenhuizen aangesloten bij de DPCG. Met betrekking tot prehabilitatie zijn er nog wel vele vragen te beantwoorden. Zo weten we bijvoorbeeld nog niet wat het ideale trainingsschema is, hoe lang patiënten moeten trainen en wat de beste uitkomstmaten zijn. Maar zeker is dat het een op het individu afgestemd programma is. Ik hoop veel van deze vragen de komende jaren te kunnen beantwoorden in samenwerking met Professor Nico van Meeteren, de godfather en initiator van het Better in Better out concept, en Bart Bongers uit Maastricht UMC. Een preklinisch model kan ook helpen uitvinden welk effect prehabilitatie op de tumor heeft. Dit model wil ik samen met collega's Frederik Hoogwater en Maarten Nijkamp opzetten.

De gemiddelde wachttijd voor een complexe buikoperatie is vier tot zes weken. Voor een patiënt is de wachttijd psychologisch zwaar. De wetenschap dat er kanker in het lichaam zit geeft veelal het gevoel dat de operatie zo snel mogelijk zou moeten plaatsvinden. Dit gevoel wordt mede aangewakkerd door het feit dat partner en familie, huisarts en specialisten waar de patiënt reeds kennis mee heeft gemaakt, aangeven dat de patiënt zo snel mogelijk moet worden geopereerd. Ook speelt de SONCOS normering een rol: de patiënt moet binnen 6 weken geopereerd zijn of gestart zijn met zijn of haar voorbehandeling. Er zijn sterke aanwijzingen dat patiënten in de wachttijd voor een grote buikoperatie weinig bewegen. Redenen daarvoor zijn o.a. doordat de patiënt door zijn omgeving wordt geadviseerd rustig aan te doen: er staat hem of haar immers nogal wat te wachten. Daarnaast bestaat bij de patiënt angst, bijvoorbeeld dat door beweging een galstent losraakt en geeft de dokter (zowel huisarts als chirurg) geen enkel advies over bewegen. Samen met Professor Cees van der Schans en Caspar Meijlius wil ik inzoomen op de wachttijd voor operatie, uitvinden wat patiënten daadwerkelijk aan activiteiten doen en kijken hoe wij de wachttijd kunnen omarmen en gericht benutten om patiënten meer te laten bewegen.

Dit en ander onderzoek leent zich goed om binnen ons Managed Clinical Network HPB chirurgie Noord-Oost Nederland uitgevoerd te worden. Dit netwerk is in 2012 opgericht en wordt ondersteund door het IKNL in de persoon van Patrick Veldhuis, waarbij HPB chirurgen in 3 tertiaire centra te weten de ziekenhuizen in Enschede, Zwolle, Heerenveen samen met Leeuwarden, en het UMCG als quaternair centrum samenwerken om optimale kwaliteit te bieden aan patiënten met HPB pathologie. patiënten uit het ziekenhuis in Apeldoorn worden in Zwolle geopereerd. Ook het Deventer Ziekenhuis sluit aan. Bijna een kwart van alle HPB chirurgie in Nederland vindt binnen ons netwerk plaats. Binnen dit oncologisch netwerk wordt in het kader van het Citrien project hard gewerkt aan digitale gegevensuitwisseling

voor het MDO. Het heeft een voorbeeldfunctie binnen het project 'Sturen op kwaliteit' van de NFU, waarbij wij o.a. via een PDCA cyclus gaan kijken hoe wij het aantal ongeplande heropnames kunnen terugbrengen en ongewenste praktijk variatie m.b.t. leverchirurgie voor uitzaaiingen van darmkanker tegen kunnen gaan.

Tot slot stel ik de vraag: Wat beweegt de dokter? Mijn visie is dat de dokter 'fit to perform' is, wanneer hij/zij plezier in zijn werk met patiënten ervaart en waardering krijgt van collega's. Daarbij hoort mijns inziens ook dat hij/zij samen met anderen constructief bouwt aan vakmanschap en vernieuwing. Wanneer wordt gesproken over fitheid bij artsen gaat de aandacht vaak ten onrechte uit naar vermoeidheid door lang werken overdag of tijdens diensten. Ik ben ervan overtuigd dat de chirurg professioneel genoeg is om te zorgen dat hij of zij fit is en blijft om deze werkelijke krachtsinspanning blijvend te kunnen leveren. De bron van vermoeidheid wordt mijns inziens vooral gevormd door negatieve ervaringen met administratieve regeldruk en het moeilijk voor elkaar kunnen krijgen van veranderingen. Positieve energiebronnen aanboren en benutten is de belangrijkste remedie tegen burn out hetgeen in ons vak helaas vaak voorkomt. Het is daarom goed dat er binnen de NVVH aandacht is voor plezier houden in je werk zoals tot uiting kwam in een goede sessie onder voorzitterschap van Professor Menno Vriens tijdens afgelopen Chirurgedagen in Veldhoven. Enkele voorbeelden van positieve energie wil ik noemen.

Een leven lang leren, waar ik zelf een goed voorbeeld van ben omdat ik nu alle ins en outs van levertransplantatie mag leren, is uitdagend en draagt bij aan plezier houden in het werk. Dat levertransplantatie teamwork is en een fascinerende toekomst heeft met de opkomst van LDLT, machineperfusie en transplantaties voor oncologische aandoeningen maakt het alleen maar mooier.

Nog een voorbeeld. Constructief bouwen aan vakmanschap en vernieuwing, dat heb ik samen met de bestuursleden van de werkgroep leverchirurgie en de wetenschappelijke raad van de DHBA gedaan.

Kennis overdragen aan onze jongere generatie kan energie geven. Ook binnen de opleiding bouwen wij aan vernieuwing. Recent hielden opleiders binnen regio 6 een brainstormsessie over kenmerken van een goede AIOS: de belangrijkste welke naar voren kwamen waren flexibiliteit, daadkracht, leervermogen, teamwork, initiatief, veerkracht (of wellicht beter weerbaarheid geheten, zoals Professor Götz Wietasch het in zijn recente oratie noemde) en tot slot compassie. Door middel van een op deze kenmerken gestoeld ontwikkelassessment na aanname als AIOS hopen wij de AIOS inzicht te geven waar hij of zij aan kan werken. Soms om te verbeteren, soms om te excelleren. Het lijkt volstrekt logisch om een coach aan te bieden om hem of haar hierin te ondersteunen, omdat problemen gemakkelijker met een coach besproken zullen worden dan met de opleider.

Denkend aan voorbeelden en rolmodellen, is voor mij vooral Professor Bin Kroon, hier gelukkig aanwezig, een voorbeeld geweest, als persoon en als chirurg destijds in het Antoni

van Leeuwenhoek Ziekenhuis. Hier maakte ik kennis met het klinisch wetenschappelijk onderzoek, in mijn ogen een ultieme vorm van zelfreflectie wanneer je je eigen teamresultaten analyseert en gebruikt voor een betere voorlichting en behandeling van de patiënt. Ik prijs mij gelukkig dat ik van coryfeeën binnen de gastro-intestinale chirurgie in Nederland het vak heb mogen leren, van Professor Huug Obertop, Professor Dirk Gouma, Professor Thomas van Gulik en Professor Jan van Lanschot. Mijn huidige leermeesters en voorbeelden voor de levertransplantatie zijn Ruben de Kleine, Marieke de Boer en Professor Robert Porte.

Leden van het Collega van Bestuur, zeer geachte aanwezigen,

In een wereld met een toenemend aantal kwetsbare patiënten dat een operatie ondergaat, moet de focus liggen op preventie van gecompliceerd beloop en de ernst ervan. Prehabilitatie, het waar mogelijk preoperatief verbeteren van de conditie van de patiënt, biedt enorme kansen. Ik zie voor me dat patiënt en dokter in beweging komen en samen werken aan deze vernieuwing, met een wezenlijke bijdrage aan de kwaliteit van leven op korte en langere termijn voor de een, en duurzaam werkplezier voor de ander.

Ik ben verheugd over het vertrouwen dat ik kreeg van het College van Bestuur van de Rijksuniversiteit Groningen, de Raad van Bestuur van het UMCG, waaronder onze decaan Professor Marian Joëls, collegae Professor Erik Heineman en Professor Robert Porte.

Mijn ouders gaven mij een onbezorgde jeugd en waren er trots op dat ik Geneeskunde ging studeren. Het is dit jaar 25 jaar geleden dat ik in de Lutherse kerk aan het Spui in Amsterdam Cum Laude promoveerde bij Professor Joop van Dongen, wat een eer dat hij er vandaag bij kan zijn. Nu sta ik hier in het Academiegebouw in Groningen. Hoeveel moois is er gebeurd in de tussentijd en dan kijk ik vooral naar mijn vrouw en mijn gezin op de eerste rij; ik draag jullie altijd in mijn hart. Zonder jullie had ik hier ook niet gestaan. Hoe mooi is de Lutherse kerk in Amsterdam, de stad van mijn jeugd, maar hoe mooi ook is de Noord-Nederlandse Neorenaissance stijl van dit Academie gebouw uit 1909. Een bouwstijl die mij als 'import Groninger' inspireert door de bewegelijke uitstraling van zijn ornamenten.

Ik heb gezegd.

Afkortingen

AIOS = arts in opleiding tot specialist

Amsterdam UMC = Amsterdam Universitair Medisch Centrum

ASA classificatie = American Society of Anaesthesiologists classificatie

BMI = Body Mass Index

DHBA = Dutch Hepato Biliary Audit

DPCG = Dutch Pancreatic Cancer Group

ERAS = Enhanced Recovery After Surgery (sneller beter programma)

HPB chirurgie = Hepato-Pancreato-Biliaire chirurgie = chirurgie van lever, alveesklier en galwegen

KNMG = Koninklijk Nederlands Medisch Genootschap

LDLT = living donor lever transplantatie

LUMC = Leids Universitair Medisch Centrum

MDO = multidisciplinair overleg

MMC = Maxima Medisch Centrum

MST = Medisch Spectrum Twente

NFU = Nederlandse Federatie van Universitaire Ziekenhuizen

PDCA = plan-do-check-act

PROMS = Patient Reported Outcome Measures

SONCOS = Stichting Oncologische Samenwerking

SPPB = Short Physical Performance Battery

TUGT = Timed Up and Go Test

UMC = Universitair Medisch Centrum

UMCG = Universitair Medisch Centrum Groningen

VUmc = Vrije Universiteit medisch centrum

WGBO = Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst

WLZ = Wet langdurige zorg

6MWT = zes minuten wandeltest

ZGT = Ziekenhuisgroep Twente