



Universiteit
Leiden

The Netherlands

De X-factor

Schipper, I.B.

Citation

Schipper, I. B. (2009). *De X-factor*. Leiden: Universiteit Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/19594>

Version: Not Applicable (or Unknown)
License: [Leiden University Non-exclusive license](#)
Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/19594>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Prof.dr. I.B. Schipper

De X-factor



Universiteit Leiden

De X-factor

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. I.B. Schipper

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar in de

Ongevalschirurgie

aan de Universiteit Leiden

op maandag 28 september 2009



Universiteit Leiden

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,

Onlangs, op een zaterdagmiddag, bevond ik mij met een aantal vrienden in een prikkelende discussie over de zin van het leven. Mijn positie in deze discussie veranderde plotseling drastisch van goed bedoelende adviseur aan de zijlijn, tot middelpunt van alle aandacht toen iemand zei: “Kijk nou naar onze academische traumachirurg hier. Ongevalchirurgie, wat een onmogelijk vak! Dat je daar voor kiest! Dat het aantrekkelijk kan zijn voor iemand om daar alle werkzame tijd in je leven mee te vullen! Opereren op de meest onmogelijke momenten, het liefst om 3 uur ‘s nachts, als je je bed uit moet voor een dronkenlap die met hoge snelheid zijn auto tegen een niet meegevend obstakel geparkeerd heeft. Na een hele nacht opereren, de volgende ochtend gewoon door met je spreekuur, en ‘s middags weer iemand met schotwonden opereren. Leuke patiënten heb jij..! En dan die collega-chirurgen, allemaal haantjes natuurlijk, nauwelijks vrouwen, dus je kunt de nuances wel vergeten en bedenken waar 90% van de gesprekken over gaat...en daarbij komen nog die eeuwig durende hiërarchische verhoudingen! En om het compleet te maken, zijn de academische salarissen ook nog eens de laagste in de ziekenhuiswereld! Wat bezielt je, wat is er zo aantrekkelijk aan die traumachirurgie, en dan nog wel in een academisch ziekenhuis? Waarom ga je niet iets leukers doen met je leven?”

U begrijpt dat het mij veel tijd heeft gekost om antwoord te geven op al deze vragen, en om een aantal van de stigmata te ontkrachten. Ik zal u de exacte argumentatie onthouden, maar de essentie van mijn betoog die middag vindt haar oorsprong in de paardensport.

In 1789 overleed in Engeland Eclipse, een van de snelste renpaarden in die tijd. Traditiegetrouw werd het lichaam ontleed, om het hoofd, de hoeven en het hart van het dier apart te kunnen begraven. Daarbij bleek tot ieders verrassing dat het hart bijna drie keer zo groot was als een normaal paardenhart. Later werden soortgelijke bevindingen gedaan door Amerikaanse en Australische onderzoekers, en werd definitief het verband

gelegd tussen de grootte van het hart en de bovenmatige prestaties op de renbaan, van de overigens uitsluitend mannelijke renpaarden. Rond 1960 vermoedde een onderzoekersgroep de relatie tussen deze abnormaal grote, bovenmatig functionerende harten en geslachtschromosoom-gebonden overerfbaarheid. Niet lang daarna werd het mysterie opgelost. Het gen dat verantwoordelijk was voor de grote harten, bleek gelokaliseerd op het X-chromosoom. De mannelijke paarden erven het X-chromosoom altijd van hun moeder en geven het door aan hun dochters. Het was Marianne Haun, schrijfster, wetenschapster en rensportliefhebster, die in 1993 de stambomen terug volgde. Zij legde de link tussen deze autosomaal overerfbare factor, het snelste renpaard uit de 18^e eeuw, Eclipse, en zijn vele winnende nakomelingen.

En daarmee was de term ‘X-factor’ geboren. De X-factor, een aanvankelijk wetenschappelijk onbegrepen factor, die een waarde toevoegt aan individuen, die innerlijk en uitstraling bepaalt van letterlijk geboren winnaars. Dezelfde term X-factor, wordt tegenwoordig gebruikt in andere takken van sport die helemaal niets meer te maken hebben met paarden of wetenschap. Zoals de ons allen bekende televisieprogramma’s, waarin met X-factor iets ondefinieerbaars of ongrijpbaars bedoeld wordt, iets waardoor iemand meer uitstraling en succes heeft dan anderen.

Het is dan ook dit begrip, de X-factor, dat het beste de zowel rationele als emotionele kanten van de ogenschijnlijk onverklaarbare aantrekkingskracht van de traumatologie verwoordt. De X-factor van de Traumatologie, de uitstraling van de traumatologie, de bron van uitgesproken interesse in, en betrokkenheid bij de Ongevalchirurgie.

In de tijd die mij daarvoor ter beschikking staat wil ik met u spreken over de **X-factor van de traumatologie**. Waardoor wordt de uitstraling van ons vak bepaald, wie spelen daar een rol in, en waarom is dat belangrijk? Dit alles in relatie tot de vier pijlers van ons specialisme: onderwijs en opleiding, de zorg voor de patiënt, de effecten van de regionalisatie van zorg,

en het wetenschappelijk onderzoek. Uiteraard kijk ik daarbij speciaal naar de positie en rol van de traumatologie in het Leids Universitair Medisch Centrum, en het Traumacentrum West.

Onderwijs en opleiding

De ongrijpbare en onvoorspelbare aspecten van traumatologie hebben op mij persoonlijk altijd een bijna onweerstaanbare aantrekkingskracht uitgeoefend, vooral in de eerste jaren van mijn opleiding tot chirurg.

Als we kijken naar onderwijs en opleiding binnen de chirurgie, blijkt dat niet voor iedereen zo te zijn. Zo blijkt uit enquêtes onder de assistenten in opleiding tot chirurg dat de populariteit van de traumatologie in 2004 nog gering was. Slechts 12% wilde zich verder specialiseren in de traumatologie. Deels weerspiegelde dit de ontwikkeling waarbij invloeden uit de privéfeer een belangrijker rol speelden dan voorheen. Dat blijkt ook uit het feit dat tegenwoordig 10% van de assistenten zijn of haar opleiding parttime doet, en nog eens 25% dat graag zou willen. Mede door maatschappelijke ontwikkelingen zijn werktijden inmiddels teruggebracht, en wordt gezocht naar mogelijkheden om met behoud van kwaliteit van zorg, de onregelmatigheid van het vak tot acceptabele proporties terug te brengen.

De effecten van deze veranderende omstandigheden, waren al zichtbaar in de resultaten van de VAGH (Vereniging van Assistent-Geneskundigen in de Heelkunde) enquête van afgelopen jaar: Van de assistenten in opleiding tot chirurg geeft nu 7% aan bij voorkeur te differentiëren in de kinderchirurgie, 15% in de oncologische chirurgie, 16% in de vaatchirurgie, 17% in gastroenterologische chirurgie, en maar liefst 23% in de ongevalchirurgie!

Om het voortbestaan van het specialisme traumatologie binnen de Heelkunde te borgen, zullen wij, de traumachirurgen, het belang van deze dynamiek moeten erkennen en een opleiding moeten aanbieden die past in het huidige tijdsbestek. Met een gezonde balans tussen privéleven en de werkvloer. Om onze opvolgers te interesseren en betrokken te houden, zullen

we daarnaast de vele boeiende aspecten en mogelijkheden binnen ons prachtige vak meer proactief moeten uitdragen.

Enthousiasmeren begint met onderwijs. Het traumatologie onderwijs maakte de afgelopen decennia een dynamische ontwikkeling door met de introductie van verplichte cursussen, zoals die van de AO en de ATLS. Deze cursussen zijn gezichtsbepalend voor hoe de traumatologie aan artsen wordt onderwezen, en hebben aantoonbaar bijgedragen aan de verbetering van de kwaliteit van zorg voor de traumapatiënt.

Het volwassenenonderwijs van tegenwoordig is volstrekt anders dan 15 jaar geleden. Wanneer wij kijken naar een cursus als de ATLS, waarin artsen structuur wordt onderwezen voor de acute opvang en behandeling van meervoudig ernstig gewonde patiënten, dan blijkt dat Nederland op didactisch gebied een internationale voortrekkersrol heeft verworven. Als voorzitter van ATLS Nederland heb ik het privilege gehad om, samen met inhouddeskundigen als Walter Henny, Peter Brink, Jan Luitse, Digna Kool, en Nicole Schaapveld te mogen werken aan het optimaliseren van het internationale ATLS lesboek.

Een proces waarbij Nederland niet alleen medisch inhoudelijk invloed heeft gehad, ook didactisch zijn complete cursus formats van Nederlandse makelij nu door de American College of Surgeons als internationale standaard gepubliceerd. Een grote verdienste mede dankzij onderwijsdeskundigen als Jacqueline Bustraan en Lia Fluit. Een soortgelijke dynamiek met belangrijke didactische en organisatorische invloeden vanuit Nederland kent ook de AO-school. Als grootleverancier van instructeurs voor AO-cursussen over de hele wereld, en met maar liefst twee voormalige, internationale AO-voorzitters, is ook hier vanuit Nederland een aanzienlijke educatieve impuls geleverd.

Wat wij in het traumatologie onderwijs in Nederland doen, doet er dus toe! Wij hebben gezamenlijk een statement gemaakt door introductie en implementatie van gestructureerd volwassenenonderwijs. En het is goed om dat met trots uit te dragen!

De kracht van het onderwijskundig instrument, de X-Factor van het onderwijs zo u wilt, zijn wij zelf. Dat geldt landelijk,

maar ook regionaal en lokaal. Leiden heeft van oudsher een beperkte traditie in de traumatologie. Toch wordt al jaren door de traumachirurgen en orthopeden een zeer sterk, door studenten geprezen onderwijsblok neergezet. Het LUMC beschikt over zeer goede voorzieningen voor operatievaardigheidstrainingen, in maar liefst twee skillslabs. Eén binnen de afdeling Anatomie, waar op kadavers operaties kunnen worden verricht, en onder röntgencontrole bekeken kan worden of een fractuur op juiste wijze gefixeerd is, en één binnen de kliniek, waar op fantomen geoefend kan worden. Daar worden de omstandigheden nagebootst als ware het een echte operatiekamer. De onderwijskundige faciliteiten gaan nog een stapje verder. Zo zijn de OK-lampen voorzien van camera's, opdat cursisten kunnen meekijken hoe een docent iets voordoet, of een collega een verrichting uitvoert. In het onderwijsinstituut van de toekomst zijn dergelijke voorzieningen uiteraard niet alleen in de skillslabs te vinden, maar ook in de operatiekamers zelf. Dat komt niet alleen de opleiding ten goede, maar ook de patiënten. Want als operaties door middel van camera's elders goed te volgen zijn, hoeven leerlingen en supervisors niet altijd meer fysiek in de operatiekamer aanwezig te zijn. Dat resulteert in minder personen in de operatiekamer, waardoor bijvoorbeeld de kans op operatiegerelateerde infecties afneemt. Ook klinisch wordt de assistenten in het LUMC een zeer gevarieerd tableau aan ingrepen onderwezen, waarbij de nadruk binnen de traumatologie ligt op complexe intra-articulaire fracturen, de opvang en behandeling van polytraumapatiënten, en de kindert traumatologie. Dit zeer uiteenlopende scala van patiënten en verrichtingen maakt het een bijzonder instituut voor chirurgen die zich verder willen specialiseren in de traumatologie. Vooral als in de toekomst de beoogde uitwisseling van fellows met onze Haagse traumapartners gestalte krijgt. De toekomstige traumachirurg zal zijn kennis en kunde daar in volle omvang kunnen ontwikkelen en aanvullen! Het is de taak van een ziekenhuis met traumacentrumfunctie om jonge collegae door onderwijs te enthousiasmeren voor het vak. Hoewel deze taak niet specifiek omschreven staat in de aanwijzingsbrief voor traumacentra, is het een belangrijke

verplichting die wij ons zelf zullen moeten opleggen, zowel in regulier onderwijs als de opleiding. Maar ook daarbuiten, als 'de mens' traumachirurg, moeten wij onze rol niet onderschatten. Wij bepalen immers een zeer belangrijk deel van de X-factor van de traumatologie, net zo als wij bepalen of dat grote hart voor de traumatologie wordt overgedragen van generatie op generatie.

Patiëntenzorg

Van onderwijs en opleiding neem ik u mee naar het resultaat ervan: de patiëntenzorg, het tweede aspect dat mede de X-factor bepaalt. Diverse factoren dragen bij aan de selectieve aantrekkingskracht van de traumatologie. Enerzijds zijn er ongemakken van dit veeleisende en acute specialisme, zoals de dienstbelasting en dienstfrequentie, anderzijds zal ook het imago van de acute traumatologie binnen de kliniek een rol spelen. In de ogen van veel beschouwende specialisten staan chirurgen niet bekend als de intellectuelen der geneeskunde. Uiteraard een onterechte opvatting. In de traumatologie moet vaak acuut worden opgetreden. Daarnaast vereist daadkrachtig handelen zeer veel parate kennis en snel schakelen! Want er is inderdaad vaak weinig tijd om na te denken, doen! Lange tijd werden deze misvattingen over het imago van de traumatologie - ook in Nederland - onderstreept, door drukke nachtelijke diensten, geringe aandacht vanuit het moederspecialisme, beperkte mogelijkheden voor gedegen opleiding in traumachirurgie, en wetenschappelijke speerpunten in slechts enkele centra in Nederland. Maar de wal heeft inmiddels het schip gekeerd. Steeds meer, en zo ook in het LUMC, bestaat de voorkeur om operatieve ingrepen door chirurgen met speciale expertise te laten uitvoeren. Daarom operaties in de avond en nacht te beperken tot die indicaties, waarbij uitstel niet verantwoord is. En mogelijkheden te creëren om semi-acute fractuurchirurgie door de experts tijdens reguliere daguren te laten plaats vinden. Dat betekent dat patiënten met fracturen die 's avonds of 's nachts worden opgenomen in het ziekenhuis, de volgende dag door een team van specialisten met meer kennis van zaken en een uitgeslapen geest behandeld worden. Uiter-

aard zullen patiënten met letsels die direct ingrijpen behoeven, ook 's nachts door een bekwaam team behandeld kunnen worden. Door deze verschuiving van nacht naar dag verbetert niet alleen de werksituatie voor de chirurg, maar vooral ook de kwaliteit van de patiëntenzorg.

Want de hoogbejaarde patiënt met een ogenschijnlijk eenvoudige pertrochantere heupfractuur heeft menig niet-traumatologisch gespecialiseerd chirurg in de avonduren voor onaangename verrassingen doen staan. Met soms een suboptimaal of slecht resultaat als gevolg. Uitstel tot de volgende dag kan dan tot een betere uitkomst en minder complicaties leiden.

Hoewel kwaliteit van zorg niet eenvoudig te meten is, vindt in de traumatologie bij uitstek kwaliteitscontrole plaats. Iedere chirurg en chirurg in opleiding, die, al dan niet zijdelings, betrokken is geweest bij de traumatologie kent immers het *maandagochtend peer-review syndroom*. De ochtendoverdracht waarbij de röntgenfoto's van de verrichte traumatologische operaties worden getoond en haarfijn iedere imperfectie ont-hullen: van inadequaat gereponeerde fracturen tot net niet optimaal geplaatste platen en schroeven. Daar, waar bij het leggen van een anastomose in darm of vaten alleen de operateurs zelf de kwaliteit van de verrichting kunnen beoordelen, wordt binnen de traumatologie de operateur iedere ochtend door al zijn collega's beoordeeld. Een keiharde leerschool die stimuleert tot streven naar perfectie, en bijdraagt aan het verhogen van de kwaliteit van zorg.

Bij de dagelijkse routine van zorg voor traumapatiënten in het LUMC valt op, dat het leveren van topklinische zorg als prioriteit wordt gezien. Ik schets u een aantal voorbeelden.

Tijdens de reguliere ochtendronde op de afdeling, worden bij iedere patiënt het letsel, de behandeling, en de voortgang van het herstel aan bed besproken. In het LUMC is aan het team van de ochtendvisite, dat bestaat uit de arts in opleiding, de verpleegkundige, en de traumachirurg, structureel een fysiotherapeut toegevoegd. Zo blijft de binnen de traumatologie zo belangrijke terugkoppeling over mobiliteit niet beperkt tot de wekelijkse grote visite of incidentele overlegmomenten, maar

vindt plaats aan het begin van de dag. Op het moment dat het er toe doet! Dit is efficiënte zorg die bijdraagt aan hoge kwaliteit van zorg, waarbij de patiënt werkelijk centraal staat.

Een ander voorbeeld daarvan is het Leidse Schakelproject voor patiënten met heupfracturen. Binnen de Traumatologie heeft Egbert Krug zich de afgelopen jaren krachtig ingezet voor dit samenwerkingsproject tussen het LUMC en twee verpleegtehuizen. Patiënten met een heupfractuur, worden na de operatie een korte periode intensief gerevalideerd op een speciale afdeling in het verpleegtehuis. Hiermee is de ziekenhuisopnameduur voor deze patiënten met 5 dagen teruggebracht, en bleken zij door de intensievere revalidatie, in goede conditie, gemiddeld 28 dagen eerder uit de revalidatie ontslagen te worden. Een efficiëntieslag die ook een betere kwaliteit van zorg opleverde!

Andere specialisten die door hun betrokkenheid en inzet expliciet bijdragen aan het optimaliseren van zorg voor de traumapatiënt zijn gipsverbandmeesters. Dikwijls onderschat, vormen ook zij een belangrijke spil in de behandeling van patiënten met complexe, maar ook eenvoudige fracturen.

Om dit te illustreren neem ik u mee naar het tweede weekend in januari van dit jaar. Een weekend waarop velen van u zich op het ijs hebben begeven. Een weekend dat ik niet snel zal vergeten. Enerzijds omdat ik niet op de schaatsen heb gestaan, en anderzijds door de veelheid aan organisatorische en traumatologische uitdagingen die ik als dienstdoend traumachirurg over mij heen kreeg. Een niet aflatende stroom van patiënten met voornamelijk pols- maar ook andere fracturen, bezocht dat weekend het ziekenhuis. Op de Eerste Hulp ontstonden Afrikaanse toestanden, met patiënten op brancards in de gangen, iedere vrijstaande stoel bezet met een patiënt, en rennende verpleegkundigen en dokters. Te midden van deze hectiek op zaterdagochtend stond daar ineens een gipsverbandmeester, met de onvergetelijke woorden: "Ach, ik dacht, ik stap maar eens op m'n fiets, jullie zullen me wel kunnen gebruiken..". Diezelfde zaterdagmiddag stonden er twee gipsverbandmeesters, en de zondag daarna ook. Niemand die ze dat gevraagd had. Ze

hadden ook niet hoeven komen, ze hadden ook kunnen gaan genieten van de echte ijspret. Maar ze waren er gewoon. Het mogen samenwerken met deze daadwerkelijk betrokken mensen maakt het vak aantrekkelijk, geeft inspiratie, en maakt de X-factor van de traumatologie.

Dan een ander noemenswaardig aspect, dat nauw raakt aan de patiëntenzorg. In Nederland is de traumatologie helaas vaak onderdeel van een territoriumstrijd. Een strijd die gevoerd wordt tussen traumachirurgen en orthopedisch chirurgen, waarbij het onderwerp is wie patiënten met fracturen moet en mag behandelen. Dat kan soms hoog oplopen, waarbij het niet altijd gaat over wie de beste zorg voor de patiënt kan leveren, maar veeleer over de ego's van operateurs of de vakgroepen. Hoewel iedereen zal beamen dat het rationeel het beste is om de specialist met de meeste kennis van het letsel - traumachirurg of orthopeed - de patiënt te laten behandelen, drijft emotie de partijen vaak uiteen. Daarbij kan van samenwerking al helemaal geen sprake zijn. Deze situatie is onwenselijk in vele opzichten. Ik prijs me dan ook gelukkig met de constructieve samenwerking die van oudsher tussen orthopeden en traumachirurgen in het LUMC bestaat. Kennis en kunde worden gedeeld, operaties worden samen verricht, resultaten opbouwend kritisch besproken, en vervolgttrajecten in onderzoeksvorm door beide specialismen gedragen. Ook de wederzijdse participatie in elkaars opleidingen en multidisciplinaire spreekuren dragen bij aan het gezamenlijk uitbreiden van traumatologische expertise. Deze symbiose, die niet in ieder ziekenhuis van nature bestaat, wordt bijzonder gewaardeerd door artsen én patiënten, en draagt zonder meer bij aan het hoogwaardige profiel van traumazorg binnen het LUMC.

Met deze voorbeelden heb ik u willen illustreren, hoe wij in de patiëntenzorg gezamenlijk de X-factor van de traumatologie, de uitstraling van het specialisme, kunnen maken. Maar, ook breken..

Want multidisciplinaire behandeling betekent niet voor iedereen hetzelfde als samenwerking. De onderliggende reden

is dikwijls dat samenwerking ook raakt aan uniformiteit en afstemming. Lastig af te dwingen, maar noodzakelijk voor een goed functionerend team. De betrokkenheid van andere specialismen bij de multidisciplinaire opvang van polytraumapatiënten is onontbeerlijk en niet vrijblijvend. Van SEH (Spoedeisende Hulp) arts tot neurochirurg, van plastisch chirurg tot anesthesist. Samenwerking kent bovendien de verplichting onderlinge spelregels op te stellen én te accepteren. En juist dát is lastig, omdat het voor alle betrokkenen onontkoombaar leidt tot het inleveren van autonomie op sommige vlakken.

De complexe dynamiek van opvang en behandeling van polytraumapatiënten, ook een belangrijk deel van de X-factor van de traumatologie, dwingt tot het structureren van zorg, continue kwaliteitsbewaking en terugkoppeling naar alle betrokkenen, ook in het LUMC. Trajecten waarbij het proces van de opvang en behandeling van polytraumapatiënten regelmatig gezamenlijk geëvalueerd en gereviseerd worden, zijn daarbij absoluut noodzakelijk.

De resultaten van gestructureerde multidisciplinaire traumazorg in het LUMC worden langzaam zichtbaar. Bij een gelijkblijvende letselernst score van 21, steeg de overleving van polytraumapatiënten in de afgelopen twee jaar van 85% naar 90%. Daar waar het Traumacentrum West, het samenwerkingsverband tussen het Medisch Centrum Haaglanden, het HagaZiekenhuis, en het LUMC in het verleden nog wel eens een klein traumacentrum werd genoemd, laten de getallen van de traumaregistratie nu het tegendeel zien. In 2008 werden er meer dan 300 polytraumapatiënten behandeld. Dit is ruim ééntiende deel van alle jaarlijks in Nederland behandelde polytraumapatiënten.

Regionalisatie van zorg

En dat brengt mij bij het derde punt, de regionalisatie van zorg en de rol van de traumacentra daarin. Dit jaar bestaan de traumacentra in Nederland 10 jaar. Een heugelijk feit. Ook een moment om te kijken naar wat wij hebben bereikt. In 2005 publiceerde Karen MacKenzie een analyse in het New England Journal of Medicine waarin zij aantoonde dat regionalisatie van

traumazorg door aanwijzing van traumacentra een significante daling van traumagerelateerde mortaliteit tot gevolg had. De groep van Celso en Flint liet in een meta-analyse vergelijkbare uitkomsten zien, met een sterftedaling van 15%. Ook andere buitenlandse publicaties presenteren vergelijkbare getallen. Wel wordt benadrukt dat de effecten van implementatie van traumacentra pas na tien jaar meetbaar zijn. Dus waar staan wij in Nederland nu, 10 jaar na de implementatie van Traumacentra en traumasystemen? Regionale initiatieven tot analyse van behandelresultaten komen langzaam van de grond, maar een nationale analyse ontbreekt, omdat de Landelijke Traumaregistratie nog niet compleet is. Een doorn in het oog voor eenieder die geïnteresseerd is in uitkomsten van zorg. Maar niet onverwacht. De meeste artsen staan immers niet te trappelen om extra administratie, kijkt u naar de DBC registratie. Het blijft echter de verantwoordelijkheid van ieder ziekenhuis zelf om een adequate registratie te voeren, ook voor de traumatologie. Met de steeds verder geïntegreerde automatisering van patiëntendossiers, lijkt er licht aan het eind van de traumaregistratietunnel te komen. Gegevens die nodig zijn voor de traumaregistratie, kunnen steeds vaker worden betrokken uit bestaande elektronische patiëntendossiers. Deze ontwikkeling, samen met het toenemend belang dat aan de traumaregistratie wordt toegekend voor regiocoördinatie, bench-marking, analyse van uitkomst van zorg, en wetenschappelijk onderzoek, stemt hoopvol.

In afwachting van landelijke uitkomsten dienen de regionale traumacentra het voortouw te nemen. Regionaliseren leidt tot verbetering van zorg. Dat betekent dat een traumacentrum de verplichting heeft goede afspraken te maken met regioziekenhuizen en ketenpartners. Te denken valt aan het herstructureren van patiëntenstromen, door afspraken die ziekenhuizen daar onderling over maken. Want als we eerlijk zijn bepaalt de X-factor van een ziekenhuis, vooral beïnvloed door de kwaliteit van de koffie en gevulde koeken op een Eerste Hulp afdeling, te vaak nog of de ambulance wel of niet zijn traumapatiënt daar aflevert. En zijn afspraken nog te vaak gebaseerd op mijn en dijn gevoelens van de chirurg, in plaats van gestoeld te zijn op het streven naar optimale patiëntenzorg. Binnen

de geprofessionaliseerde traumatologie bestaat geen ruimte meer voor dergelijke emotie-gestuurde patiëntenverdelingen. Traumapatiënten dienen te worden behandeld in de kliniek die daartoe het best uitgerust is en dat hoeft zeker niet altijd een traumacentrum te zijn. Aan traumacentra wel de taak om dit proces te coördineren. En dat lijkt gemakkelijker dan het is. Want afspraken maken betekent ook hier bereid zijn offers te brengen en compromissen te sluiten. Het betekent zeker niet het eigen belang van de specialist voorop stellen, maar wél het belang van de patiënt. Want elke traumachirurg staat voorop om bijvoorbeeld bekken- en acetabulumfracturen te opereren. Maar is de patiënt daar bij gebaat? Nee, de patiënt is gebaat bij een beperkt aantal traumachirurgen met grote expertise in een specifiek deel van het vak. En er zijn veel specifieke onderdelen binnen de traumatologie te benoemen.

Als we kijken naar hoe dit momenteel in Nederland geregeld is, had ik u nu graag de kaart van Nederland getoond. Met daarin verspreid ruim 100 ziekenhuizen. Dertien daarvan vormen samen 11 traumacentra, waar ongeveer 50 gespecialiseerde traumachirurgen werken. Deze traumachirurgen zijn voltijds bezig met traumatologie gerelateerde activiteiten.

In de overige ziekenhuizen zijn zo'n 300 chirurgen werkzaam, die met de huidige concept-criteria in aanmerking komen voor de certificering als traumachirurg. Daartussen bevinden zich chirurgen die zich vrijwel volledig hebben toegelegd op de traumachirurgie, maar ook collegae die zich maximaal 20% van hun werkzame tijd hiermee bezighouden.

In Nederland zijn er jaarlijks tussen de 2500 en 3000 meervoudig ernstig gewonde patiënten, zogenaamde polytraumapatiënten. De combinatie van de veelal complexe aandoeningen en het vaak hoge overlijdensrisico bij deze patiënten, vereist een multidisciplinair behandelteam aangestuurd door een ervaren traumachirurg.

Terug naar het rekenvoorbeeld. Wanneer we 3000 polytraumapatiënten delen op 350 traumachirurgen, zou iedere traumachirurg met zijn team per jaar nog geen 9 polytraumapatiënten behandelen als de traumazorg niet geregionaliseerd was. En dat is uiteraard onvoldoende om met deze veeleisende patiëntencategorie ervaring op te bouwen en te onderhouden. Gelukkig

heeft de invoering van de traumacentra er onder andere toe geleid dat het merendeel van de 3000 polytraumapatiënten in één van de 11 traumacentra terecht komt. Dat betekent dat de 50 traumachirurgen daar, ieder 60 polytraumapatiënten per jaar behandelen. Dat is een aanzienlijk aantal, zult u misschien zeggen. Maar rekent u nog even door. Dat betekent slechts één polytraumapatiënt per traumacentrum-chirurg per week. Wanneer wij in Nederland, topklinische traumazorg willen leveren die zich kan meten met internationale standaards, met de traumatologische top-centra waar minimaal 30 polytraumapatiënten per week worden behandeld, zullen wij ons moeten beraden over verdere centralisatie van specialistische zorg. Al in 2003, in het toenmalige beleidsplan van de Nederlandse Vereniging voor Traumatologie, werd een voorstel gedaan voor maximaal 5 of 6 traumacentra in Nederland. In andere landen zoals Amerika, Canada en Duitsland heeft centralisatie geleid tot categorale traumacentra met alle benodigde voorzieningen zoals dagelijks vier full-time draaiende trauma-operatiekamers en 15 tot 20 traumachirurgen per instituut. Internationale criteria omgerekend naar onze situatie, zou in Nederland aan maximaal 2 of 3 categorale traumacentra gedacht moeten worden. Wij zijn uiteindelijk op maar liefst 11 traumacentra uitgekomen. Als wij kiezen voor verdere optimalisering van zorg, betekent dat dus dat er aanpassingen zullen moeten plaatsvinden. Aanpassingen, die, met behoud van wat we tot nu toe hebben bereikt, resulteren in verregaande centralisatie van specifieke zorg. Dat is complex, want verworven rechten worden in de chirurgie slecht opgegeven. Wellicht is de oplossing dan ook niet nu al te streven naar twee of drie traumacentra, maar naar een eerste haalbare stap: betere samenwerking tussen de traumacentra. De afgelopen 10 jaar zijn de traumacentra als coördinatoren van de regionale traumazorg, vooral druk geweest binnen hun eigen regio's. Wanneer de komende 10 jaar daar een streven naar expliciete samenwerking aan wordt toegevoegd, kan dat éne categorale traumacentrum ontstaan, met 11 locaties van waaruit klinische expertise wordt betrokken. Deze samenwerking kan initieel ook vorm geven

worden door paren van samenwerkende traumacentra te vormen, die onderling de aandachtsgebieden verdelen. Zo wordt het aantal traumacentra teruggebracht met 50%, wat de zorg voor specifieke letsels verder concentreert. Verregaande samenwerking zal niet alleen de kwaliteit van klinische zorg ten goede komen, maar ook de preklinische zorg, de traumaregistratie, de opleidingen, en het wetenschappelijk onderzoek.

Kijkend naar de regio van Traumacentrum West, moeten ook wij de hand in eigen boezem steken. Traumacentrum West bestaat, als enig traumacentrum in Nederland, uit drie ziekenhuizen. Dat heeft duidelijke voordelen, zoals op het gebied van aantallen en capaciteit, maar leidt ook tot verdunning van expertise. De gespecialiseerde zorg wordt immers verdeeld over het LUMC, het Medisch Centrum Haaglanden en het Haga Ziekenhuis. Naast een goede samenwerking en duidelijke afspraken op organisatorisch gebied, past ook hier een meer gestructureerde verdeling van patiënten en letsels, afgestemd op de expertise van de traumachirurgen van de drie ziekenhuizen. Met de medisch coördinatoren van beide andere ziekenhuizen Steven Rhemrev en Hub van der Meulen wordt daaraan op constructieve wijze gewerkt. Ook de zo belangrijke positie en rol van de overige vijf ziekenhuizen in de traumaregio, dienen een vaste plaats te krijgen binnen de structurering van patiëntenstromen. Communicatie en onderlinge afstemming met de regionale ziekenhuizen, maar zeker ook met de meldkamer en prehospitalen hulpverleners, hebben een 'pole-position' in het proces van regionalisatie van zorg. Om de dynamiek van samenwerking te stimuleren, dient niet alleen gekeken te worden naar zorgprocessen, maar moet regiobreed ook gezamenlijk onderwijs en onderzoek worden opgezet. Dit helpt in te zien dat samenwerking véél meer is dan concessies doen. Dat het direct en indirect ook nieuwe uitdagingen en kansen voor alle ketenpartners met zich meebrengt, en daarmee de X-factor van samenwerking binnen de traumatologie voor alle betrokkenen vergroot!

Onderzoek

Het vierde aspect dat de X-factor van de traumatologie beïnvloedt is het wetenschappelijk onderzoek. Onderzoek in de traumatologie is om meerdere redenen een vak apart. Omdat zo velen betrokken zijn bij de opvang en behandeling van traumapatiënten zal ook onderzoek binnen de traumatologie een multidisciplinaire basis moeten hebben. Een basis die bovendien ook de samenwerking in de regio weerspiegelt. Zonder de gegevens van andere ziekenhuizen, de meldkamers, en prehospitala hulpverleners, kan ons onderzoek slechts een klein deel van de keten beslaan. En dat zou een aanzienlijke beperking betekenen, want vanaf de 112 melding tot en met de revalidatie zijn er nog enorm veel vragen die door wetenschappelijk onderzoek beantwoord moeten worden.

Onderzoek in de traumatologie biedt een mer à boire aan mogelijkheden, en het is daarmee ook een van de aantrekkelijke kanten van de traumatologie, een onderdeel van de X-factor. En dat blijkt, want zelden heb ik zoveel enthousiasme ontmoet voor het doen van onderzoek in de traumatologie, als hier in Leiden bij de studenten en assistenten. Binnen het LUMC hebben meerdere onderzoeksgroepen inmiddels hun sporen verdiend. Tussen programma's, afdelingen en divisies wordt samengewerkt op vele researchgebieden. En juist door die samenwerking wordt een kleine speler in het onderzoeksveld, zoals de traumatologie nu nog is, de gelegenheid geboden te groeien.

Om wetenschappelijk traumatologisch onderzoek een permanent karakter te geven en mogelijkheden te exploreren, zowel binnen de regio als binnen het LUMC, is begin dit jaar het project Evidence Based Traumatologie in Traumazorgregio West gestart. Een uniek project met een ervaren onderzoeker als researchcoördinator aan het roer, om samen met de traumachirurgen ondersteuning te bieden aan onderzoekers en om studies te coördineren. Niet alleen voor het Traumacentrum zelf, maar juist ook voor en met de ziekenhuizen en ketenpartners in de regio. Het doel van dit project is het ontwikkelen van een onderzoeksnetwerk, waarmee de traumatologie in West

Nederland zowel op de nationale als de internationale kaart wordt gezet.

Binnen het project zijn de diverse onderzoeken in de lijn *Botregeneratie en fractuurgenezing* in drie subgroepen onderverdeeld: In de **epidemiologische groep** dienen vooral de gegevens van de Traumaregistratie als basis. Vanuit de traumadatabase kunnen bijvoorbeeld uitkomsten van behandeling bij patiënten met specifieke letsels worden geanalyseerd. Zo onderzocht Peter van Luijt onder andere de resultaten van repositie van gedислоceerde distale onderarmsfracturen bij ruim 200 kinderen en deed naar aanleiding daarvan een voorstel voor een aangepaste behandelrichtlijn. Ook werd met behulp van de gegevens van de Traumaregistratie bijvoorbeeld gekeken naar de effecten van het verwijderen van osteosynthesemateriaal bij ruim 300 kinderen, worden de uitkomsten van behandeling van claviculafracturen geanalyseerd, en is inventariserend onderzoek opgestart naar de oorzakelijke factoren van non-unie.

Naast de zorg-georiënteerde epidemiologie binnen het ziekenhuis, wordt ook samengewerkt met de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid. Want wist u bijvoorbeeld dat jaarlijks 700 motorrijders ernstig gewond bij de ziekenhuizen worden binnengebracht en het risico per afgelegde kilometer om bij een verkeersongeval te overlijden, 25 keer zo groot is voor motorrijders als voor inzittenden van personenauto's? Dat 66% van de dodelijke motorfietsslachtoffers overlijden ten gevolge van hersenletsel? Door dergelijke gegevens - gecombineerd met de details van het ongevalsmechanisme en de medische data - te onderzoeken, wordt waardevolle informatie verkregen, voor zowel de prehospitala hulpverleners, als de artsen en verpleegkundigen die betrokken zijn bij de opvang en behandeling van motortraumapatiënten op de SEH.

De tweede subgroep binnen het onderzoek betreft de **klinische studies**. Want ook daar bestaan nog legio, vaak ogenschijnlijk eenvoudige, onderzoeksvragen die een antwoord behoeven. Zoals de gedислоceerde midschacht claviculafractuur: Wel of niet operatief fixeren? Tijd voor een nationale gerandomiseerde studie. Hetzelfde geldt voor de volaire of dorsale

plaatfixatie bij polsfracturen. Elke operateur heeft persoonlijke voorkeuren, maar level 1 evidence voor een te prefereren benadering bij hoekstabiele fixatie ontbreekt. Ook wordt gezocht naar antwoorden op vragen over intramedullaire osteosynthese bij kinderen, en de diagnostiek en behandeling van scaphoidfracturen, waarnaar onder andere door collega Rhemrev in het Medisch Centrum Haaglanden, uitgebreid onderzoek wordt verricht. Daarnaast wordt, samen met de afdeling orthopedie, RSA onderzoek gedaan naar de verplaatsing van fractuurfragmenten. RSA staat voor Radio Stereometrische Analyse. De techniek houdt in dat tijdens de operatie kleine metalen kogeltjes worden aangebracht op ieder fractuurfragment. Door op meerdere momenten na de operatie speciale röntgenfoto's te nemen uit verschillende richtingen, ontstaat een beeld van de verschuiving van de fractuurfragmenten in de tijd, ten opzichte van elkaar en ten opzichte van het implantaat. Kees Bartlema heeft zich daarbij toegelegd op de analyse van percutaan gefixeerde calcaneusfracturen. En onderzoek naar de rotatiestabiliteit van fixatie van heupfracturen, ook met de RSA techniek, start op korte termijn.

De derde groep onderzoeken richt zich op de **basale aspecten** van de botgenezing. Zeker niet minder interessant dan epidemiologisch of klinisch onderzoek, integendeel! Hebt u zich ooit afgevraagd waarom bij sommige patiënten een botbreuk zonder problemen geneest, terwijl bij anderen geen herstel optreedt en de ene complicatie de andere opvolgt? Het lijkt erop dat niet alleen het traumamechanisme, de operateur en de operatie daarbij een rol spelen. Recent onderzoek toont ons dat de samenstelling van de zgn. bone-forming units en de invloed die specifieke eiwitten daarop uitoefenen, van groot belang zijn. Wanneer wij specifieke eiwitten kunnen identificeren die bij patiënten met vertraagde of gecompliceerde botgenezing blijken te ontbreken, of juist overmatig aanwezig zijn, ontstaat de mogelijkheid voor vervolgonderzoek. Daarbij worden patiënten die een fractuur oplopen, al bij het begin van de fractuurbehandeling getest op aan- of afwezigheid van bepaalde eiwitten. Zelfs de genetische predispositie kan dan worden bepaald. De toekomst zal moeten uitwijzen of de

daaruit volgende behandeling ook inderdaad tot een betere botgenezing leidt.

Al met al, vele vragen die tot prachtig onderzoek aanleiding geven. Echter, ook hier geldt de macht der getallen. Om de gezondheidszorg vooruit te helpen en de traumatologie in het bijzonder, zullen wij ons er voor moeten inzetten om zoveel mogelijk studies multicentrisch te laten verlopen. Idealiter zou iedere traumapatiënt onderwerp van studie moeten zijn, zonder dat hij of zij dat zo ervaart. Door wederzijdse deelname aan studies bij ziekenhuizen en vakgroepen te stimuleren, kan een gedegen en nationaal onderzoeksnetwerk ontstaan, waarmee wij niet onder hoeven te doen voor onderzoeksgroepen van minder acute of beschouwende specialismen. Goed voor de patiënt, noodzakelijk voor de wetenschappelijke component en onmisbaar voor de X-factor, van ons zo boeiende vak.

Multidisciplinair in hoogte en breedte

Dames en heren, ik kom aan het einde van mijn betoog. Ik heb u willen duidelijk maken dat de mens de X-factor maakt, en niet andersom. *Wij* bepalen gezamenlijk de uitstraling en invulling, de X-factor, van ons vak.

De X-factor in de traumatologie staat voor de uitdagingen in de zorg zoals centraliseren en samenwerken in en buiten de regio. De X-factor staat voor enthousiasmeren in onderwijs en onderzoek, en vooral voor de multidisciplinaire samenwerking. De X-factor is van belang omdat wij daarmee de betrokkenheid van anderen, de ervaring, en dus de kwaliteit van zorg beïnvloeden.

Dat betekent ook dat wij er in de gehele breedte van de traumatologie voor moeten waken het vak niet 'for granted' te nemen. Het is een fantastisch specialisme, en als wij het willen behouden in de huidige omvang, breedte, en diepte zullen wij als traumatologen dat moeten uitdragen. Niet alleen in woord, maar ook in daad. Niet alleen in de klinische zorg, maar ook en vooral in het onderwijs en onderzoek. Waarbij kwaliteit van zorg voor de patiënt steeds als hoogste prioriteit wordt behouden. Dat betekent vernieuwen en investeren in de toekomst van

de traumatologie, opdat de X-factor van dit specialisme van generatie op generatie wordt overgedragen.

Andere X gerelateerde factoren

En wij traumachirurgen blijken daartoe uitstekend in staat, getuige de geschiedenis. Wat dacht u alleen al van het opmerkelijke feit, dat de eerste Nederlandse vrouwelijke hoogleraar in de chirurgie een traumatologe was?

Hooggeleerde vrouwe Holscher, in 1976 in Amsterdam benoemd, heeft indertijd met haar visie en oratie over 'Het eerste uur' een belangrijke aanzet gegeven voor de regionalisatie van de traumazorg.

Mogelijk heeft u gedacht dat ik met de titel van deze rede, de X-factor, de vrouwelijke invloeden in ons vak wilde benadrukken. Dat is niet het geval. Wat ik er wel over kwijt wil is dat in de hedendaagse gezondheidszorg, waar man en vrouw in woord als gelijke worden beschouwd, het op z'n minst opmerkelijk te noemen is dat er op dit moment, in Nederland, slechts één vrouwelijke hoogleraar werkzaam is binnen de chirurgie. De chirurgie met al haar deelspecialismen als traumatologie, vaatchirurgie, transplantatiechirurgie, kinderchirurgie, gastroenterologische en oncologische chirurgie. Vele bekende, maar ook minder voor de hand liggende factoren spelen bij deze disbalans een rol. Glazen plafonds, vooroordelen, verschillende kansen, of toch verschillende ambities? Ik laat het graag aan een mannelijke collega over om dit onderwerp nader toe te lichten. Niet omdat ik dit niet zelf met u wil bespreken. Wél omdat ik er van overtuigd ben dat argumenten komend van een vrouwelijke collega de heersende dogma's minder permanent zullen ontcrachten dan wanneer zij van de heren zelf afkomstig zijn.

Daarbij dienen deze heren chirurgen zich wel te realiseren dat onomstotelijk vaststaat, dat mannen die de X-factor bezitten, analoog aan de renpaarden, die uitsluitend van een vrouw, namelijk hun moeder, hebben kunnen erven.

Ik ben trots op de Universiteit van Leiden dat zij een voortrekkersrol heeft durven spelen, en ik zal mijn best doen om bij te

dragen aan de X-factor van het LUMC, de afdeling Heelkunde, en de Traumatologie in het bijzonder. Dit uiteraard samen met het team van traumatologen en de vele specialisten waarmee wij samenwerken. Traumatologie is ook in het LUMC, als Centrum van Vernieuwing, een volwassen medische discipline, die zich in de komende jaren stevig zal verankeren door het voorzien in topklinische zorg, enthousiasmerend onderwijs en een dynamische opleiding, wetenschappelijk onderzoek op hoog niveau, en een inspirerende samenwerking met de zo vele professionals die betrokken zijn bij de opvang en behandeling van ongevalpatiënten.

Dankwoord

Mijn rede wil ik afsluiten met een woord van dank.

Ooit in Leiden met studeren begonnen, ben ik via het OLVG, het AMC, het AvL, De Weezenlanden, en het ErasmusMC, weer terug in het LUMC gekomen. Allen die mij tijdens deze tocht hebben verrijkt met de kennis en kunde, die ertoe hebben geleid dat ik hier nu voor u sta, wil ik daarvoor van harte danken.

College van Bestuur van de Universiteit van Leiden en Raad van Bestuur van het LUMC, ik dank u voor het in mij gestelde vertrouwen.

Het bestuur van Divisie 1 dank ik voor de opbouwende wijze waarop wij van gedachte hebben kunnen wisselen over het naar een hoger plan tillen van de Traumatologie en Traumacentrum West in het bijzonder.

Hooggeleerde Van Bockel, afdelingshoofd van de Heelkunde en hoofd van divisie 1, beste Hajo. In het afgelopen jaar heb ik jouw wijze van besturen bijzonder leren waarderen. Je open geest, vizier, en deur zorgen voor een positieve sfeer binnen de afdeling, waarin je ruimte schept om visie te ontwikkelen, voor en door een koersvaste en gezamenlijk gedragen afdeling Heelkunde. Dank voor je steun!

Collega chirurgen, dank voor de warme ontvangst in het

Leidse! Van de hartelijke gesprekken en goede adviezen heb ik veel geleerd. Niet alleen hoe het ook kan, maar ook dát het anders kan!

Traumamaten Peter van Luijt, Kees Bartlema, Egbert Krug. Jullie niet aflatende enthousiasme voor patiëntenzorg en jullie enorme inzet en flexibiliteit in de kliniek zijn dé basis van de traumatologie in Leiden en een groot voorbeeld voor velen. Ik prijs me gelukkig met zo'n fantastisch team, en hoop nog vele jaren samen met jullie te mogen uitdragen wat de 'fatal attraction' van de Traumatologie behelst.

Arts-assistenten van de afdeling Heelkunde. De bal ligt nu bij jullie. Jullie zijn de toekomst van de chirurgie, en dus ook van de traumatologie. Getuige het cabaret van de Chirurgendagen 2009 wisten jullie al hoe het zat. Jullie hebben die X-factor! Onderzoekers van de traumatologie en Kees Sier, research coördinator, wat wij in een korte tijd hebben neergezet schept hooggespannen verwachtingen voor de toekomst. We hebben grote plannen, en met jullie inzet gaan we die zeker waarmaken! Medewerkers van Traumacentrum West. Ik heb af en toe veel van jullie gevraagd, maar ook steeds gekregen. Dank voor jullie geduld en vertrouwen, en de uitgesproken wens om samen iets neer te willen zetten. Speciale dank aan Rita Hermans, manager van het Traumacentrum West, steun en toeverlaat, bij de op- en uitbouw van het Traumacentrum, zowel binnen het LUMC als regionaal.

Hoe anders dan samen met alle ketenpartners en regioziekenhuizen, kunnen wij Traumacentrum West op de kaart zetten. Dank aan allen die vol vertrouwen en met opbouwende commentaren gereageerd hebben op de nieuwe ontwikkelingen.

Ik heb met mijn vertrek naar Leiden veel en velen achtergelaten. De chirurgen van de afdeling Heelkunde van het ErasmusMC, en de zo vele specialisten waarmee we de behandeling van traumapatiënten uitvoerden, dank ik voor de fijne samenwerking, en de vele leerzame momenten op zeer uiteenlopend gebied. De multidisciplinaire samenwerking op de eerste hulp zal altijd een van mijn stokpaardjes blijven.

Medewerkers van Traumacentrum Zuid West Nederland en MMT-leden van de Lifeliner 2, we hebben samen veel bereikt, maar voor jullie zeker geen eindpunt! Een onzer grootste wens is in vervulling gegaan. Parate professionele MMT zorg voor heel Nederland, 24 uur per dag 7 dagen per week. En nu vliegen! Het proefschrift van Akkie Ringburg zal er zeker toe bijdragen dat jullie de erkenning krijgen die je verdient! Rotterdamse trauma onderzoekers, ik ben er trots op samen met jullie een aantal lijnen binnen het ErasmusMC te hebben mogen uitwerken. Als goede buur zal de samenwerking, ook op wetenschappelijk vlak, alleen maar toenemen.

Nederlandse Vereniging voor Traumatologie, huidig en voorgaand bestuur, de cirkel is rond. Ook de achtste stoel staat. Ik had nooit kunnen bedenken dat toen wij in 2003 begonnen met de revisie van het beleidsplan Traumatologie, en in dat kader een brandbrief stuurden naar de medische faculteiten zonder hoogleraar Traumatologie, ik jaren later zelf op de nieuw geïnstalleerde stoel plaats zou nemen. Dank voor de vele jaren en nog steeds voortdurende samenwerking. Hooggeleerde heren van de Wetenschappelijke Raad Traumatologie, ik verheug me op de dingen die gaan komen! Dank dat ik in jullie Raad heb mogen plaatsnemen.

Hooggeleerde heren Van der Werken en Van Vugt, Chris en Arie, twee verschillender karakters dan die van jullie, ken ik niet. Jullie hebben echter één ding gemeen: het onaflatende enthousiasme waarmee jullie jonge honden, zoals ondergetekende, van afstand en dichtbij coachen, ondersteunen, en blijven volgen. Mijn dank is groot voor het al tien jaar durende vertrouwen, en onze dynamiek! Chris, speciale dank voor je hulp in de afgelopen periode.

Mijn drie vrouwelijke coaches voor het leven, Heleen Harmsen, Sandra Donkervoort, en Jacqueline den Blijker, dank voor het op koers houden wanneer dat nodig was, jullie onvoorwaardelijke steun en vriendschap, prikkelende discussies, en vooral ook wijze woorden.

Lieve ouders en Ed, dank voor alle steun en mogelijkheden die jullie mij boden om dit te kunnen bereiken. Lieve Ger, jouw vriendschap, zorg en liefde voor mij en je andere dierbaren, hebben mij gebracht waar ik nu ben. Ik ben er trots op hier in 'jouw' toga te staan.

Lieve Geert, het blijft hollen en weinig stilstaan in ons dynamische leven. Veel hoogtepunten en uitdagingen, en never a dull moment! Ik zou niet anders willen. Samen kunnen wij de wereld aan!

Dames en heren,

Zowel met de inhoudelijke argumentatie als met het dankwoord van deze rede heb ik willen benadrukken dat topprestaties in patiëntzorg, onderwijs, en wetenschap, uitsluitend bereikt worden in multidisciplinair teamverband. De chemie, de samenwerking, en de X-factor van dat team zullen de hoogte van de toppen en de limieten bepalen. Dat geldt ook en vooral in de traumatologie.

Ik heb gezegd.

PROF.DR. I.B. SCHIPPER



- 26-3-1991 Doctoraal examen Biomedische wetenschappen, Rijks Universiteit Leiden.
- 29-1-1993 Artsexamen, Rijks Universiteit Leiden.
- 1-3-1994 Opleiding Heelkunde
- 1-2-2000 Vervolgopleiding Traumatologie, AZR Dijkzigt, Rotterdam.
- 1-2-2002 Stafid traumatologie, MMT-arts, Erasmus MC, Rotterdam
Medisch Hoofd Traumacentrum Zuid-West Nederland, Erasmus MC
- 21-11-03 Promotie aan de Erasmus Universiteit Rotterdam: Treatment of unstable trochanteric fractures. The balance between man and material.
- 1-10-2008 Benoeming tot hoogleraar Ongevalchirurgie, afdeling Heelkunde, LUMC, Leiden
Hoofd Traumacentrum West, LUMC, Leiden
- 28-10-2009 Oratie: De X-factor. Universiteit van Leiden.

Topprestaties in patiëntzorg, onderwijs, en wetenschap, worden bij uitstek bereikt in multidisciplinair teamverband. De chemie, de samenwerking, en de X-factor van het team zullen de hoogte van de toppen en de beperkingen van de prestaties bepalen. Dat geldt ook en vooral in de traumatologie! Traumatologie is in vele opzichten een vak apart. De onregelmatigheid en onvoorspelbaarheid van de zorgvraag vaak gecombineerd met de noodzaak tot acuut handelen, dwingen tot improvisatievermogen, flexibiliteit en vereisen veel parate kennis bij behandelende artsen. Daarbij staat de X-factor in de traumatologie vooral voor de multidisciplinaire samenwerking, maar ook voor de uitdagingen in de zorg zoals centraliseren en samenwerken in en buiten de regio. De X-factor staat ook voor enthousiasmerend onderwijs en onderzoek. Het wetenschappelijk traumatologisch onderzoek heeft, zowel binnen de regio als binnen het LUMC, een permanent karakter gekregen met het project Evidence Based Traumatologie in Traumazorgregio West. Een project dat de multidisciplinaire basis van de traumatologie weerspiegelt. De X-factor van de traumatologie is van belang omdat wij daarmee de betrokkenheid van anderen, de inzet, de ervaring, en dus de kwaliteit van zorg voor de traumapatiënt beïnvloeden.

