



Universiteit
Leiden
The Netherlands

'Verbeter de wereld,'

Pelger, R.C.M.

Citation

Pelger, R. C. M. (2023). 'Verbeter de wereld, ..'. In . Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3656752>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3656752>

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

Prof.dr. R.C.M. Pelger

‘Verbeter de wereld,’



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

‘Verbeter de wereld,

Afscheidsrede uitgesproken door

Prof.dr. R.C.M. Pelger

bij gelegenheid van zijn emeritaat als hoogleraar op het gebied

urologie

aan de Universiteit Leiden

op vrijdag 8 december 2023



Universiteit
Leiden

'Some things you miss because they're so tiny you overlook them.

*But some things you don't see because they're so huge.'*¹

Leden van de Raad van Bestuur, geachte collegae, vrienden en familieleden, dames en heren,

Vandaag vieren we mijn afscheid als hoogleraar afdelingshoofd urologie en blik ik met genoegen terug op een loopbaan van meer dan 40 jaar als arts, waarvan tenminste 35 jaar in de urologie. Mijn loopbaan is gekleurd door grote veranderingen in het zorgstelsel, maar ook door veranderingen in de zorg zelf en daarmee ook in de urologie.

Het zorgstelsel

Als ik op de afgelopen decennia terugkijk, is het zorglandschap gedurende mijn loopbaan gekenmerkt door vele en ingrijpende veranderingen. Momenteel ligt het zorgstelsel weer onder zwaar vuur. In de media wordt nu regelmatig gesproken over een 'dreigend' zorginfarct. Hoe het zover heeft kunnen komen, probeer ik u te schetsen.

Zolang als ik in de zorg gewerkt heb, weet ik niet beter dan dat de zorg geplaagd wordt door regelmatig terugkerende golven van bezuinigingen en zogenaamde efficiëntie slagen. Dit werd veelal ingegeven door economische tegenslagen en snelgroeiende kosten veroorzaakt door ons, op solidariteit gebouwde, zorgstelsel. Zelden waren dergelijke bezuinigingsmaatregelen succesvol, soms zelfs met een averechts effect. Een goed voorbeeld daarvan was de in de 80'er jaren ingevoerde eigen bijdrage voor ziekenfondsverzekerden van tweeënhalf gulden per recept ('de zogenaamde medicijnknaak') met een maximum van 125 gulden per jaar. De administratie van het aantal uitgeschreven recepten kostte de apothekers een veelvoud van dit bedrag en het medicatieverbruik steeg gewoon door! Wellicht een vroeg voorbeeld van het gevaar van snel ingevoerde en slecht doordachte maatregelen? De overheid werkt helaas maar al te vaak met een kortetermijnvisie om snel politiek gunstige resultaten te behalen. Maar juist de zorgsector heeft in mijn ogen juist een lange termijnvisie nodig. Om de stijging van

de zorgkosten te beteugelen werd in de politiek al langer dé oplossing gezocht in een nieuwe volksverzekering, een basisverzekering voor iedereen zoals we die nu meer dan vijftien jaar kennen. De vele namen van bewindvoerders en nota's, die hieraan voorafgingen bent u waarschijnlijk allang vergeten. Gezien de grote impact, die deze ontwikkelingen van ziekenfondsen en particuliere verzekeringen naar een basisverzekering hebben gehad op ons zorgstelsel en mijn loopbaan, wil ik hier graag dieper op ingaan.

Decennia heeft het geduurd om tot een volksverzekering te komen en, zoals gezegd, zijn vele namen van bewindvoerders bij dit proces betrokken geweest. De eerste aanzet tot een volksverzekering kwam in 1974 van de toenmalige Staatssecretaris van Volksgezondheid J.P.M. (Jo) Hendriks² in het kabinet den Uyl met zijn structuurnota 'Gezondheidszorg'. De beoogde volksverzekering kwam er niet, maar wel diende hij in 1976 twee wetsontwerpen in. Deze gaven de overheid de instrumenten om zorgvoorzieningen regionaal te kunnen plannen en de ontwikkeling van de tarieven in de hand te houden: de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de Wet Tarieven Gezondheidszorg. Vijftien jaar later, in 1989, ondernam de Staatssecretaris van Volksgezondheid H.J. (Hans) Simons² in kabinet Lubbers III een nieuwe poging met het voorstel 'Werken aan zorgvernieuwing', ook wel het plan-Simons genoemd. Maar ook zijn poging strandde uiteindelijk en besloot hij daarom op te stappen. Het plan-Simons was gebaseerd op de adviezen van de 3 jaar eerder geïnstalleerde commissie Dekker, een voormalig CEO van Philips. Deze commissie stelde het rapport 'Bereidheid tot verandering inzake de structuur en financiering van de gezondheidszorg' op. De kern van dit rapport was te komen van een aanbod-gestuurde tot een vraag-gestuurde gezondheidszorg. De bedoeling was, dat de gezondheidszorg een overgang zou maken van een duur zorgstelsel met vaste tarieven, inefficiënt en met weinig keuze voor de patiënt (aanbod-gestuurd) naar een betaalbaar, efficiënt systeem en met vrije keuze voor de patiënt door uit-onderhandelde tarieven.

Deze vraag-gestuurde gezondheidszorg werd mogelijk door introductie van gereguleerde marktwerking ofwel het toestaan van concurrentie tussen zorgaanbieders onderling en zorgverzekeraars onderling. Hier begint al de misvatting, dat successen uit het bedrijfsleven één op één vertaald kunnen worden naar de zorg (Shell, PostNL, Philips, Lean).

Dit concept van een nieuw zorgstelsel van professor Alain Enthoven van de Stanford University was al in de 80-er jaren overgewaaid vanuit de Verenigde Staten. Ongetwijfeld komt dit concept u bekend voor, het is in grote lijnen de grondgedachte van ons huidige zorgstelsel. Daarna blijft het weer 12 jaar relatief stil. Maar het grondwerk voor de totstandkoming van marktwerking in de zorg wordt gefaciliteerd door de toestemming in 1992 om concurrentie tussen ziekenfondsen mogelijk te maken en verder in 1995 met de oprichting van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) door de fusie van de brancheorganisaties van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars.

Wederom tevergeefs wordt in 2001 door Minister E. (Els) Borst² in de kabinetten Kok I en II (1986-2002) een poging gedaan met de nota '*Vraag aan bod: Hoofddijnen van vernieuwing van het zorgstelsel*'. Opnieuw was het politieke klimaat nog niet rijp voor deze vergaande plannen.

Eerlijkheidshalve moet vermeld worden, dat Borst vele andere beladen thema's in de zorg wel met nieuwe wetgeving wist te regelen: zoals de wetgeving rondom de euthanasie.

Na al deze pogingen om tot een nieuw zorgstelsel te komen in een tijdsbestek van meer dan 30 jaar, lukte het uiteindelijk in 2006 de Minister van VWS, J.F. (Hans) Hoogervorst² in kabinet Balkenende II om op 1 januari van dat jaar een nieuw zorgstelsel in te voeren, een basisverzekering voor iedere Nederlander.

Hiermee werden de ziekenfondsen (Ziekenfondswet) en de particuliere ziektekostenverzekeringen vervangen door de Zorgverzekeringswet (ZVW). De marktwerking in de zorg was geboren: gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars onderling en zorgaanbieders onderling met als doel de burgers de beste zorg tegen de beste, lees laagste, prijs te kunnen aanbieden. De overheid treedt terug en houdt alleen toezicht, het is nu immers een zelfregulerende markt geworden, een spel met vraag en aanbod. Helaas, zo simpel steekt de zorg niet in elkaar, dit heeft de tijd ons inmiddels geleerd.

Recent is door de hoogleraren Patrick Jeurissen (hoogleraar in fiscale duurzame zorgstelsels van het Radboud UMC) en Hans Maarse (hoogleraar Health Policy Analysis van de Universiteit Maastricht) het effect van de invoering van de marktwerking in de gezondheidszorg tegen het licht gehouden in hun boek '*The market reform in Dutch health care*'³. Het is vrij beschikbaar als pdf-file op de website van European Observatory on Health Systems and Policies. De auteurs komen tot de conclusie, dat de invoering van marktwerking in de gezondheidszorg de afgelopen vijftien jaar inderdaad heeft geleid tot een betere betaalbaarheid van de zorg! Daarentegen vormen de aanzienlijk toegenomen administratieve lasten voor het zorgpersoneel een groot minpunt van de marktwerking.

Dames en heren, daar kan ik uit ervaring over meepraten! Het basisvertrouwen in het zorgpersoneel is veranderd in een basiswantrouwen gekenmerkt door het gedrocht van een vinkjescultuur. De ultieme karikatuur van een onwerkzaam geworden marktwerking in de zorg ten koste van plezier in het werk en handen aan het bed.

Jeurissen en Maarse noemen als onderliggende oorzaken: zorgverzekeraars die allemaal op hun eigen manier met zorginstellingen werken, de toename van het aantal kwaliteitsdata, die verzameld en geregistreerd moeten worden. Terzijde, de huidige wetgeving AVG (Algemene Verordening

Gegevensbescherming) vormt daarbij nog een extra te nemen horde in de zorg voor een deel van deze registraties.

Medewerkers leveren dezelfde gegevens versnipperd aan, aan onder meer verzekeraars, inspectie en toezichthouders. Jeurissen en Maarse geven aan, dat daardoor 40 tot 50 procent van het zorgbudget niet uitgegeven wordt aan directe patiëntenzorg. Verder concluderen zij, dat er uiteindelijk veel minder sprake van concurrentie is tussen zorginstellingen dan was beoogd.

Zij constateren in hun boek, dat het systeem van marktwerking zich vooral richt op patiënten met één aandoening, terwijl mede door de vergrijzing steeds meer mensen meerdere aandoeningen hebben, daarmee veel complexer is en ook veel duurder. Kortom, marktwerking heeft absoluut niet gebracht wat de commissie Dekker beoogd had.

De nieuwste aanwinst voor ons zorgstelsel is het IZA, het Integraal Zorg Akkoord, gelanceerd in 2022 door de Minister van VWS, E.J. (Ernst) Kuipers² in kabinet Rutte IV (2022-2023) met als doel te komen tot toegankelijke, goede en betaalbare zorg. Het centrale motto is *‘Dichtbij als het kan en ver(der) weg als het moet en beter is voor de patiënt’*. Deze centralisatie van bepaalde typen zorg wilde de minister realiseren, vaak met als enig instrument, het minimaal aantal te verrichten ingrepen. Dit alles onder de suggestie van een verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Vergist u niet, ik geloof zeker dat centralisatie een rol kan spelen bij het verbeteren van de kwaliteit en aantallen spelen daar een rol bij. Ik heb daar ook aan meegewerkt binnen de urologie, maar het IZA is, mijns inziens, met name een financieel instrument, het bundelen c.q. herverdelen van schaarse middelen, en de kwaliteit is daarbij niet leidend.

Helaas hebben de door de minister genomen besluiten en daarvoor gebruikte criteria rondom het vaststellen van

de kindhart chirurgische centra in Nederland dat maar al te pijnlijk aangetoond. Als het besluit doorgaat, zijn de consequenties voor het LUMC enorm. Ten tijde van het schrijven van deze rede ligt het beroep over het definitieve besluit van de minister nog onder de rechter. Ik hoop van harte voor het LUMC, dat het besluit van de minister vernietigd wordt.

Alles overziend durf ik te stellen, dat de marktwerking onze zorg geen goed gedaan heeft. De kostenontwikkeling in de zorgsector is weliswaar afgeremd, maar tegen welke prijs? Het effect van de marktwerking is door de COVID epidemie verder in negatieve zin versterkt. Door de jaren van verschraling in de zorg was al vóór de COVID epidemie een lagere capaciteit in de zorg ontstaan en daarmee niet meer goed berekend op pieken, zoals een pandemie of ramp. Nu, na de pandemie, maken de vele niet te vervullen vacatures in de zorg, ondanks de toename van de instroom van de opleidingen, het werk zwaar en de uitstroom van personeel duurt voort. De brandende vraag is dan ook, wie gaat de zorg in de toekomst leveren (en betalen)? Het zorginfarct dreigt niet, het is er al!

De urologie

Misschien komen mijn woorden wat zwartgallig op u over, maar het is meer om een tijdsbeeld te schetsen van de periode waarin ik met veel plezier mijn beroep heb kunnen uitoefenen. De realiteit is, dat ik met een bezuiniging in 2009 als afdelingshoofd begonnen ben en in een nieuwe bezuinigingsronde neem ik afscheid! Het zal zeker niet de laatste zijn, ben ik bang.

De afgelopen decennia heeft de urologie vakinhoudelijk vele ontwikkelingen en innovaties doorgemaakt. Een vak, dat in 1908 uit de traditie van de Heelkunde en Dermatologie als zelfstandig specialisme is ontstaan, was van origine een vak van open chirurgie en wat endoscopie, het traditionele blaaspiegelen ofwel de cystoscopie.

Nu is het vak grotendeels endoscopisch, minimaal invasief, met als laatste innovatie de operatierobot. Kortom de rollen zijn omgedraaid, de open chirurgie wordt in de urologie relatief weinig meer verricht en is meer iets van de ‘dinosaurussen’, waar ik mijzelf ook toe reken. Deze endoscopische ontwikkelingen zijn niet alleen technische hoogstandjes, zij hebben ook het nodige gebracht, niet alleen voor de patiënt, maar ook voor de operateur, zeker met veel betere ergonomische houding tijdens robot-geassisteerde ingrepen. Zittend aan de console, de afstandsbediening van de robot, naast de operatietafel in plaats van een langdurig gebogen houding van de operateur boven de operatietafel!

Ik kan de veranderingen het beste toelichten met een voorbeeld van de ontwikkelingen rondom een ingreep uit de kliniek door de jaren. De eerste hoogleraar urologie in Leiden was professor P.J. (Pieter) Donker. In zijn afscheidsrede in 1979 getiteld ‘*Over kostenbeheersing in de klinische geneeskunde. De beste artsen zijn de goedkoopste*’⁴ sprak hij over de opnameduur van de radicale prostatectomie. In de 70-er jaren van de vorige eeuw was dat nog een open procedure, de perineale radicale prostatectomie. Een ingreep om de gehele prostaat vanwege prostaatkanker te verwijderen via het perineum, het gebied gelegen tussen de anus en het scrotum. Dat werd indertijd als de meest veilige operatieve benadering van de prostaat beschouwd. In 1976 bedroeg de opnameduur 20 dagen, waarvan 5 dagen preoperatief. Donker sprak in zijn rede de verwachting uit, dat hij het aantal dagen na de operatie van 15 naar 9 zou kunnen bekorten, een hele verbetering voor die tijd. Om zijn vorderingen te kunnen benadrukken citeerde Donker een Leids proefschrift uit 1948 van H. Muller ‘*Over de behandeling van prostaathypertrofie en prostaatcarcinoom*’, waar de totale opnameduur nog 40 dagen bedroeg voor dezelfde ingreep! Behalve de lange opnameduur, was de ingreep berucht vanwege de complicaties zoals fistels tussen urinewegen en endeldarm en het vaak aanzienlijke bloedverlies. Bij deze ingreep was de kans op incontinentie voor urine en verlies van erecties zeer hoog.

In de jaren na zijn afscheid werd de ingreep meer en meer een ingreep met een benadering via de onderbuik, achter het schaambeen langs, de retropubische radicale prostatectomie. Deze benadering kreeg de voorkeur, omdat gedurende de ingreep ook de lymfklieren direct mee verwijderd konden worden, wat perineaal niet mogelijk was. Door diverse aanpassingen van de ingreep werd de kans op incontinentie voor urine en erectiestoornissen kleiner, maar het bloedverlies leidde regelmatig nog tot bloedtransfusies na de operatie.

Donker zat echter niet stil na zijn emeritaat, maar verzette veel werk in het Anatomisch Laboratorium in Leiden om meer inzicht te krijgen in de zenuwvoorziening van de organen in het kleine bekken. Het voert te ver om dit verhaal nu uitgebreid te vertellen, maar zijn werk heeft (mede) geleid tot het ontstaan van de zogenaamde zenuwsparende radicale prostatectomie^{5,6}. De kans op erectiestoornissen na een prostatectomie nam daardoor af.

Inmiddels was de opnameduur voor deze ingreep verder afgenomen naar 7-10 dagen, waarvan 1 dag opname vooraf aan de operatie. De mannen gingen naar huis met een blaaskatheter gedurende enkele weken.

De volgende grote verandering voor onze afdeling kwam in 2003. Door de inzet van Rob Bevers vond ook in Leiden de introductie van de laparoscopische radicale prostatectomie, een kijkoperatie, plaats.

In Leiden kozen we indertijd voor de extraperitoneale benadering, een operatie buiten de buikholte om, een benadering voor de blaas langs in plaats van door de buikholte heen, ten einde letsel van de buikorganen beter kunnen te voorkomen. De mannen werden nu voortaan nuchter opgenomen en verbleven nog maar 36-38 uur in het ziekenhuis en werden ontslagen met een verblijfskatheter gedurende 1-2 weken. Bloedtransfusies, die bij de open benadering nog bij ca. 25% van de operaties noodzakelijk waren, bleken niet meer nodig.

De voorlopig laatste ontwikkeling tot nu toe was de introductie van de robot-geassisteerde chirurgie van de prostaat. In Leiden waren we hier laat mee, omdat we niet geheel overtuigd waren van de voordelen van de operatierobot boven de standaard kijkoperatie. De resultaten leken toen niet beter en de robot-techniek bleek door zijn verbruiksartikelen, de armen van de robot zijn maar een beperkt aantal malen te gebruiken, veel duurder. De wereld om ons heen en zeker de patiënten dachten daar anders over. Het woord 'robot' doet wonderen voor de PR. Het aanbod voor de kijkoperatie in het LUMC halveerde in korte tijd. Uiteindelijk zijn ook wij in 2016 ook overgegaan op de robot-geassisteerde radicale prostatectomie.

De opnameduur bleef hetzelfde, maar erecties en continentie bleken bij een ervaren robot-chirurg nog beter gespaard te blijven! Deze ingreep vindt sinds eind 2018 niet meer plaats in het LUMC en wordt gecentraliseerd uitgevoerd in het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam-Zuid, binnen het samenwerkingsverband van 8 klinieken met de naam Anser Prostaat Operatiekliniek, mede om beter te kunnen voldoen aan de huidige volumenormen. Kortom, netwerkzorg 'avant la lettre' en IZA-proof.

Gedurende de ingreep wordt nu als extra met de NeuroSafe-methode beoordeeld (met behulp van vriescouples) of de zenuwbundels, die beiderzijds langs de prostaat lopen en nodig zijn voor de erectie, vrij van tumor zijn en veilig gespaard kunnen worden. De methode is ontwikkeld in de Martini-Kliniek te Hamburg in Duitsland en wordt nu bij Anser op zijn waarde beoordeeld. Recent zijn de resultaten van de ingreep bij Anser, gemeten met behulp van gevalideerde vragenlijsten, 'the Patient Reported Outcome (PROM)', gepubliceerd⁷. Het percentage continentie van de mannen na een robot geassisteerde radicale prostatectomie met NeuroSafe bedraagt nu 92% na 1 jaar en 94% na 2 jaar. De erectiele functie behaalde een matige tot goede score van 44% 1 en 2 jaar na de operatie. Daarmee kan Anser zich meten met de grote internationale centra.

In het licht van de bovenstaande samenwerking en daarmee de behoefte aan uitwisseling van data, is door de inzet van Willemijn Zonneveld 'registratie aan de bron' in het Elektronisch PatiëntenDossier (EPD) van ons prostaatcentrum (in het project 'LUMC 2.0') gerealiseerd. Dit is als een voorbeeld gedemonstreerd aan de overige prostaatcentra binnen Anser. Hopelijk kunnen zo eenvoudiger de vele data uit het EPD geëxtraheerd worden voor zowel patiëntenzorg, onderzoek, als verplichte aanleveringen aan diverse instanties.

Recent heeft onze Raad van Bestuur besloten de samenwerking met Anser niet meer voort te zetten en het contract te beëindigen per april 2024. Zo ziet u, niet alleen externe, maar ook interne wisselende visies beïnvloeden een loopbaan.

De robot geassisteerde ingrepen zijn in het LUMC niet beperkt gebleven tot de prostaat. Door de inzet van Erik van Gennep vinden in Leiden nu ook de radicale cystectomie en Bricker, het verwijderen van de blaas en aanleggen van een stoma, maar ook de radicale totale en partiële nefrectomie, het verwijderen van de nier of een deel van de nier vanwege niertumoren, plaats met de robot zowel door Erik van Gennep als Rob Bevers.

Het palet van de urologie is echter veel breder dan bovengenoemde ingrepen en omvat zeker meer dan alleen de oncologie. In het LUMC is naast de oncologische chirurgie de functionele urologie een belangrijk aandachtsgebied, overigens vaak in nauwe samenhang met de oncologie. Zoals ik al vermeldde, hebben ingrepen aan de prostaat in wisselende mate incontinentie voor urine en erectiestoornissen tot gevolg. De urologen werkzaam in de functionele urologie proberen juist deze gevolgen van de behandeling te verhelpen of te beperken. Helaas staat de functionele urologie in deze tijd, met schaarste aan operatietijd, onder druk van het aandachtsgebied oncologie in het LUMC en lopen helaas de wachttijden voor dergelijke ingrepen, zoals de prothesiologie, op.

De laatste jaren zijn door ons keuzes gemaakt in het portfolio, zowel om derdelijns academische zorg te scheiden van tweedelijnszorg, maar ook om aandachtsgebieden meer de ruimte te geven en de kostbare OK-tijd aan deze gebieden toe te kunnen wijzen. In de moderne urologie is het niet meer mogelijk alles te doen in ieder ziekenhuis. Daarmee hebben dergelijke keuzes direct hun weerslag op de opleiding tot uroloog. Om een uroloog op kunnen te leiden, die toch kennis kan maken met de gehele breedte van het vak, hebben wij samenwerking met meerdere partners gezocht. Het Diaconessenziekenhuis Leiden was al bereid in de tijd van mijn voorganger, professor Jaap Zwartendijk, om onze assistenten extra operatie-ervaring op te laten doen. Nu is het Alrijne ziekenhuis, het resultaat van de fusie in 2015 van het Diaconessen en Rijnland ziekenhuis, sinds 2009 partner in onze opleiding en kunnen de AIOS-stages lopen in het Alrijne ziekenhuis. In ons opleidingscluster zijn daarnaast voor de perifere stages al heel lang het Haga Ziekenhuis (en de voorganger Leyenburg Ziekenhuis) en wat recenter het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis voor een oncologische verdiepingsstage, een onderdeel van de opleiding. U begrijpt het al, het opstellen van een opleidingsschema, maar ook het aanpassen en coördineren na mutaties door ouderschapsverloven, zwangerschappen en parttime opleidingen is complexer geworden in de loop van de tijd. Dat is dan ook in 2009 de reden geweest om bij mijn aantreden het opleiderschap in de handen van een ander staflid dan het afdelingshoofd te leggen. Tot 2016 was dit professor Guus Lycklama à Nijeholt, vanaf 2016 Henk Elzevier. Botsende belangen tussen bedrijfsvoering en opleiding kunnen hiermee goed voorkomen worden en heeft het de afgelopen 14 jaar prima gefunctioneerd.

De genoemde keuzes in het portfolio hebben binnen de medische staf van de urologie van het LUMC ook geleid tot specialisaties. Van alleskunnners binnen het gehele vakgebied naar focus binnen een aandachtgebied. Met de staf zijn we daarmee in staat geweest innovaties te volgen of te initiëren. Ik wil mijn collegae daarom op deze dag niet ongenoemd laten, want juist zij hebben door hun inzet dit mogelijk gemaakt. Het

oncologisch kwartet bestond tot voor kort uit Rob Bevers, Erik van Gennep, Willemijn Zonneveld en ik zelf. Het functionele duo wordt gevormd door Henk Elzevier en Janneke van Uhm. De keuze voor specialisatie en keuzes in het portfolio, mede onder invloed van veranderde inzichten en mogelijkheden, maar ook onder invloed van beleidsmakers en verzekeraars, hebben de operatieve werkelijkheid drastisch veranderd. De eerdergenoemde grote verschuiving van de traditionele open operatieve zorg ('het mes') in de urologie naar de minimaal invasieve, endoscopische operaties ('kijkoperaties') c.q. robot geassisteerde endoscopische operaties.

Naast heroïek van de robotchirurgie in de oncologie mogen de 'helden' van de functionele urologie niet onvermeld blijven! Ik haal hierbij vrij de prikkelende stelling 10 aan van collega Elzevier bij zijn promotie in 2008: *'Oncologische urologie is stoer, maar voor functionele urologie moet je lef hebben'*. Het oplossen van de problemen, die de oncologische chirurgie veroorzaakt, is zeker niet eenvoudig. Niet alleen kunnen oncologische ingrepen ingrijpende fysieke gevolgen hebben, zoals incontinentie en erectiestoornissen, maar ook een enorme weerslag hebben op het seksuele en relationele domein. In Leiden bestond al sinds de 80-er jaren veel aandacht voor problemen in het fysieke domein en werden al sfinterprothesen ingebracht om de sluitspier te vervangen bij ernstige incontinentie voor urine en penisprothesen bij erectiestoornissen. Beroemd uit die tijd is de semirigide Jonasprothese voor de behandeling van erectiestoornissen, vernoemd naar professor Udo Jonas, de tweede hoogleraar urologie in Leiden en opvolger van professor Donker. Dit aandachtgebied is de laatste jaren door Janneke van Uhm voortvarend opgepakt.

In bovengenoemde periode ontstond ook de farmacotherapie voor erectiestoornissen in Leiden. De aandacht voor problemen in het seksuele domein was er zeker wel, maar beperkt tot de man.

De laatste 20 jaar hebben de ontwikkelingen op dit gebied, met name door de inspanningen van Henk Elzevier en zijn promovendi, een vlucht genomen, maar nu met aandacht voor wat ziekte doet op de seksualiteit bij zowel mannen als vrouwen. De relationele component, de invloed van ziekte op de partner is daar als natuurlijk sluitstuk bij gekomen. Een gebied waar nog veel te leren valt.

De afgelopen jaren zijn initiatieven zoals het multidisciplinaire Prostaat- en recent het Blaaskankercentrum samen met de collegae van de afdelingen Radiotherapie en Medisch Oncologie vormgegeven. Maar ook andere multidisciplinaire spreekuren zijn opgezet samen met de collegae van de afdelingen Infectieziekten en Psychosomatische Gynaecologie en Seksuologie. Multidisciplinair werken is verrijkend voor zowel de arts als de patiënt!

Dat deze ontwikkelingen voorzien in een behoefte, blijkt niet alleen uit de waardering van onze patiënten, maar ook van de collegae uit de verwijzende ziekenhuizen. We kunnen in de gezondheidszorg niet meer optimaal functioneren zonder dergelijke multidisciplinaire samenwerkingen, binnen, maar inmiddels ook buiten de regio.

Ook de niet-medische staf mag niet in mijn overzicht ontbreken, essentieel om samen tot innovaties te komen, te weten onze basale onderzoekers Gabri van der Pluijm, Geertje van de Horst en onze bekkenfysiotherapeute Dorien Bennink.

Het accent van onze basale research is de laatste jaren van prostaat meer naar blaaskanker verschoven en van basaal naar translationeel onderzoek ofwel van laboratorium naar kliniek. Prostaatkanker is getalsmatig, in 2022 met 14.649 nieuwe diagnoses, nog steeds het grootste binnen de urologie en hoort bij de zogenaamde 'Big Four' (borst-, prostaat-, darm- en longkanker). Blaaskanker is volgens het IKNL respectievelijk nummer zes bij de man en nummer 10 bij de vrouw met een aantal nieuwe gevallen van blaaskanker (oppervlakkig en spierinvasief) van bijna 6800 in 2022.

In schril contrast tot deze rangorde staat, dat qua kosten blaaskanker door de intensieve zorg, recidieven en controles, voor de gezondheidszorg bovenaan staat. De levensverwachting voor spierinvasief blaaskanker is vooralsnog slecht en ondanks alle inspanningen de afgelopen decennia nagenoeg onveranderd gebleven (IKNL: meer dan de helft van de patiënten is na 5 jaar overleden). Toch gaat er naar verhouding veel minder aandacht en geld voor wetenschappelijk onderzoek naar blaaskanker in vergelijking tot prostaatkanker. Kortom, tijd voor een verschuiving van de focus voor onderzoek.

Momenteel volgt het onderzoek bij blaaskanker in het LUMC twee sporen, te weten oncolytische virussen en repurposing van medicijnen. Een oncolytische virus kan selectief een tumorcel indringen en laat de gezonde cellen met rust. Als het virus de tumorcel overneemt en zich gaat vermenigvuldigen in de tumorcellen, vallen deze uiteen en komen nieuwe virussen vrij. De tumorcellen worden zo gedood en de zo vrijgekomen bestanddelen van de uiteenvallende tumorcellen stimuleren bovendien op hun beurt weer het afweersysteem om deze tumorcellen te herkennen en verder op te ruimen, een dubbelslag dus.

Bij repurposing (repositioning) van medicijnen wordt een nieuw therapeutisch doel voor een bestaand medicijn gevonden. Vaak zijn dit medicijnen, waar het patent allang van verlopen is en soms in onbruik zijn geraakt. Een voorbeeld hiervan is penfluridol, een antipsychoticum. Dit middel bleek in een epidemiologisch onderzoek bij rokers, die penfluridol gebruikten, niet de door roken verwachte toename van blaaskanker te geven. In het laboratorium en in de blaas van diermodellen kon de remmende werking van penfluridol op de groei van blaaskankercellen bevestigd worden. De stap van diermodel naar mens is kostbaar en aan veel regels gebonden. Het middel is weliswaar al geregistreerd als oraal middel (antipsychoticum) bij psychose, maar niet als blaasspoeling bij blaaskanker. Mogelijk kan financiering met hulp van het LUMC Donation Investment Fund de stap naar onderzoek

bij de mens gemaakt worden. Op deze manier kan dit middel daarmee ook uit handen van farmaceutische ‘kapers’ gehouden worden, die oude en goedkoop te produceren geneesmiddelen met een nieuwe indicatie voor een woekerprijs op de markt proberen te brengen.

De academische bekkenfysiotherapie heeft in het LUMC (en in Nederland) vorm gekregen door Petra Voorham-van der Zalm en wordt sinds haar pensioen met verve voortgezet door Dorien Bennink. In het LUMC is in 2003 gestart met de ontwikkeling van de Multi-Array Probe Leiden (MAPLe), gepatenteerd in Europa, VS⁸ c.q. Australië en is in 2014 op de markt gebracht. De MAPLe kan de bekenbodemactiviteit meten, maar ook zo nodig gericht stimuleren. Het onderzoek met de MAPLe duurt nog voort en recent heeft Dorien Bennink een grote grant verworven voor onderzoek met de MAPLe bij Parkinsonpatiënten.

De Toekomst (‘I have a dream’)

We mogen ons gelukkig prijzen met de vele verworvenheden en nieuwe technologieën in de gezondheidszorg. Maar de betaalbaarheid van de zorg en inzetbaarheid van voldoende zorgpersoneel is op termijn daarmee niet op te lossen.

Om de druk op de zorg en daaraan verbonden kosten te kunnen beteugelen is een vergaande maatschappelijke verandering noodzakelijk met de focus op preventie en leefstijl. De negatieve gevolgen van onder andere roken, obesitas, alcohol- en drugmisbruik zijn indrukwekkend en zeer kostbaar voor onze gezondheidszorg. Iedere medicus ziet daar dagelijks de gevolgen van, ook in de urologie. Het beleid van de overheid rondom leefstijl is ten minste dubieus te noemen. Enerzijds de goedbedoelde publieke campagnes, maar anderzijds de inkomsten voor diezelfde overheid uit belastingen en accijnzen op bv. alcohol, rookwaren, etc. en voorgenomen bezuinigingen van het ‘Nationaal Preventieakkoord 2040 (2018)’ van 70 miljoen Euro in 2023 naar 36 miljoen in 2026.

Hoe mooi zou het zijn om de leefstijl met adequate middelen in Nederland ten goede te veranderen! Een betere leefstijl kan de zorg, de bevolking, maar ook de BV Nederland veel brengen en niet alleen financieel.

Denk bijvoorbeeld aan de bestrijding van obesitas, waardoor het aantal nieuwe gevallen van bv. diabetes type II, hypertensie, vaatlijden, maar ook erectiestoornissen drastisch zouden kunnen afnemen. Niet alleen goede, consequente voorlichting, maar ook een regulering van de kwaliteit van levensmiddelen om te voorkomen, dat goedkope ‘caloriebommen’ in onze winkels blijven komen en deze pandemie blijven voeden. Daarnaast het stimuleren van bv. meer in beweging zijn, vaker de auto laten staan, maar ook armoedepreventie mag niet ontbreken.

Zoals gezegd is roken, ook in de urologie, een leefstijl met veel risico. Het lijkt dan ook wenselijk de verkoop van rookwaren verder te beperken, liefst af te schaffen, waardoor diverse vormen van kanker minder voorkomen zoals long-, darm- en blaaskanker. Maar ook niet-oncologische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten.

Tenslotte, hoort in deze rij ook alcoholmisbruik thuis. Door betere regulering en voorlichting is niet alleen een reductie van het aantal doden door verkeersongevallen en dergelijke mogelijk, maar ook een afname van het risico voor diverse kankersoorten door het streven naar alcoholarme generaties.

Iedereen kan deze opsomming verder aanvullen. Het is heel herkenbaar en invoelbaar. Ik denk, dat alleen zo onze zorg betaalbaar en overeind blijft, maar het vraagt om een verandering en inspanning van ons allemaal. Het begint thuis! Daarmee is het oude spreekwoord ‘*verbeter de wereld, begin bij jezelf*’ nog steeds van kracht!

Tot slot

Tot slot wil ik nog een aantal mensen bedanken. Bestuur van het Leids Universitair Medisch Centrum: Ik dank u voor het in mij gestelde vertrouwen de afgelopen jaren. Medewerkers van de vakgroep en de afdeling Urologie, artsen, verpleegkundigen en administratieve medewerkers door jullie sterke betrokkenheid is veel mogelijk. Ik kon altijd op jullie rekenen en het was een voorrecht met jullie te mogen samenwerken. Dames en heren medisch studenten. Geneeskunde is en blijft een prachtig beroep, maar beleidsmakers kunnen het u moeilijk maken. Ook mijn patiënten wil ik bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen de afgelopen jaren. Ik heb veel van u geleerd!

Lieve kinderen: ik ben blij, dat wij samen deze speciale dag kunnen vieren. Yvette en Arjan, Cas en Sabrina, Marlous en Pim jullie staan volop in het werkzame leven met al zijn uitdagingen. Geloof in jezelf, investeer in je medemens en de wereld staat voor jullie open. Ik hoop hier nog lang getuige van te zijn. Lieve Tess, ik heb het vanaf deze plek al eerder gezegd: zonder jou zou ik hier niet hebben gestaan.

Geachte toehoorders: ik dank u dat u de moeite heeft genomen bij mijn afscheidsrede aanwezig te zijn. Deze blijk van vriendschap en belangstelling waardeer ik zeer.

Ik heb gezegd.

Noten

1. Robert M. Pirsig, Zen and the Art of Motorcycle Maintenance: An Inquiry into Values, 1974.
2. <https://www.parlement.com/>
3. Patrick Jeurissen and Hans Maarse. The market reform in Dutch health care Results, lessons and prospects. Observatory Studies Series 55. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/the-market-reform-in-dutch-health-care-results-lessons-and-prospects>
4. Over kostenbeheersing in de klinische geneeskunde. De beste artsen zijn de goedkoopste. Afscheidscollege P.J. Donker, 21-09-1979.
5. Two hands in one glove The “discovery” of the cavernous nerves. RCM Pelger, Eur Urol Today, p33, februari/ March 2022 (EAU Amsterdam).
6. Nerve-sparing radical prostatectomy: A European discovery? Let’s take a look back in time. PC Walsh. Eur Urol Today p46, februari/March 2023 (EAU Milaan).
7. Slot, MA van der, Remmers S, Leenders GJLH van, et al.; on behalf of the Anser Prostate Cancer Network. Urinary Incontinence and Sexual Function After the Introduction of NeuroSAFE in Radical Prostatectomy for Prostate Cancer. Eur Urol Focus 2023 7 apr; S2405-4569(23)00090.
8. Patent MAPLe <https://patents.google.com/patent/US9656067B2/en>

PROF.DR. R.C.M. PELGER



1982	Artsexamen Erasmus Universiteit Rotterdam
1982-1983	Reserve-eerste-luitenant-arts 41TKBAT, Bergen-Hohne (D)
1983-1986	Arts niet in opleiding tot specialist afdeling Urologie, Reinier de Graafgasthuis, Delft
1986-1992	Opleiding Urologie te Leiden
1993-1999	Staflid afdeling Urologie Leids Universitair Medisch Centrum
1999-2009	Chef de Clinique Urologie Leids Universitair Medisch Centrum
1988-2006	Lid Schoolbestuur R.K. Jenaplanschool "De Kring"
2001-2005	Bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Urologie
2003	Promotie Universiteit Leiden. Titel proefschrift: 'Prostate Cancer & The Skeleton'
2009-2019	Plaatsvervangend opleider Urologie Leids Universitair Medisch Centrum
2009-2023	Promotor van 16 promovendi
2009-2023	Lid-beroepsgenoot Centraal Tuchtcollege
2009-2023	Hoogleraar afdelingshoofd Urologie Leids Universitair Medisch Centrum

Na zijn specialisatie tot uroloog in 1992 richtte het wetenschappelijk onderzoek van Rob Pelger zich voornamelijk op het onderzoek van bisfosfonaten bij uitgezaaid prostaatkanker voor de behandeling van botpijn. Dit onderzoek heeft in 1996 geleid tot een ontwikkelingsgeneeskundig project om de effectiviteit van bisfosfonaten te vergelijken met Strontium voor de behandeling van botpijn door uitzaaiingen van prostaatkanker. Door KWF en EU projecten was hij vanaf 2003 betrokken bij basaal wetenschappelijk onderzoek naar het mechanisme van uitzaaiingen naar het bot bij prostaatkanker. Dit onderzoek concentreerde zich op tumorstamcellen en de interactie van stroma en tumorcellen. Tegenwoordig ligt de focus op translationeel onderzoek met oncolytische virussen en repositioning van medicijnen bij prostaat- en blaaskanker. Daarnaast was hij actief in de Wetenschappelijke Commissie, Commissie Kwaliteit, Commissie ICT, Commissie Urologisch Vaardigheids Onderwijs en is hij actief in het Historisch Genootschap van de Nederlandse Vereniging voor Urologie. Hij was betrokken bij het opstellen van landelijke richtlijnen voor prostaatkanker en osteoporose. Verder was hij actief betrokken bij het onderwijs van de Bachelor en Master geneeskunde, de Bachelor Technische Geneeskunde, de opleiding van artsen in opleiding tot specialist urologie en diverse nascholingen voor urologen. In de periode van 2003 tot 2014 heeft hij gewerkt aan de ontwikkeling en op de markt brengen van een device voor onderzoek en behandeling van bekkenbodemp Problemen, de MAPLe (Multiple Array Probe Leiden). Patenten zijn in verworven in de Europa, Australië en Verenigde Staten.



Universiteit
Leiden