



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Beter worden, samen sterker

Hartemink, K.J.

Citation

Hartemink, K. J. (2025). *Beter worden, samen sterker*. Leiden. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4265455>

Version: Publisher's Version

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

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4265455>

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

Prof. dr. Koen J. Hartemink

Beter worden, samen sterker



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

Beter worden, samen sterker

Oratie uitgesproken door

Prof. dr. Koen J. Hartemink

bij de aanvaarding van het ambt van
Hoogleraar Longchirurgie, in het bijzonder long- en mediastinale tumoren
aan de Universiteit Leiden
op vrijdag 17 oktober 2025



Universiteit
Leiden

Mevrouw de rector magnificus, leden van de Raad van Bestuur van Het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek en van het Leids Universitair Medisch Centrum, hooggeleerde leden van het Curatorium, zeer gewaardeerde toehoorders.

Graag neem ik u mee naar mijn visie op de behandeling van longkanker en mediastinale tumoren en de rol van de chirurgie binnen de multidisciplinaire samenwerking in zowel patiëntenzorg als het wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast bespreek ik enkele maatschappelijke zaken en persoonlijke onderwerpen die ik belangrijk vind, de meeste betrekking hebbend op, of in relatie staand tot, mijn werk als chirurg en onderzoeker.

Longkanker in Nederland

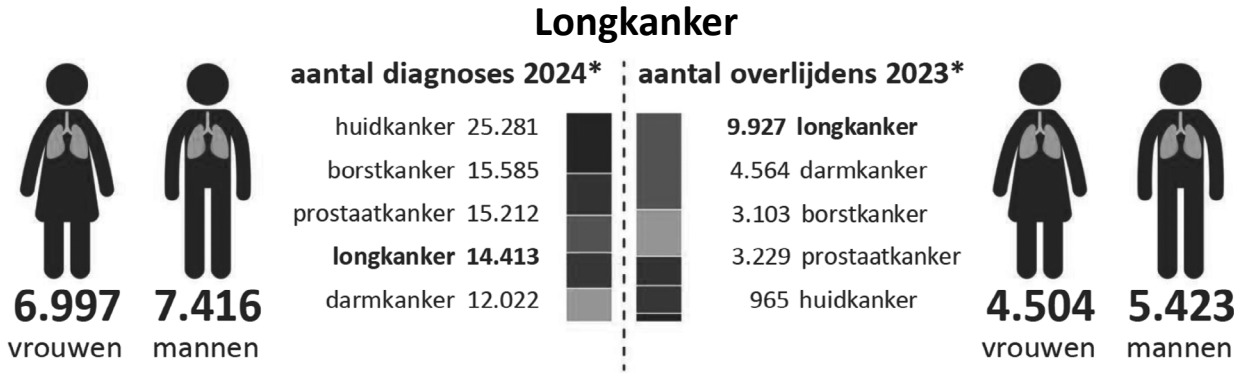
Op de factsheet van de Patiëntenorganisatie Longkanker Nederland is te zien dat in Nederland ruim 14.000 mensen per jaar de diagnose longkanker krijgen. Longkanker behoort daarmee tot de meest voorkomende kwaadaardige tumoren. Longkanker kent een slechte prognose en zorgt voor de meeste kankergerelateerde sterfte met bijna 10.000 sterfgevallen per jaar, hetgeen meer is dan het aantal mensen dat jaarlijks overlijdt als gevolg van borst- en darmkanker samen.

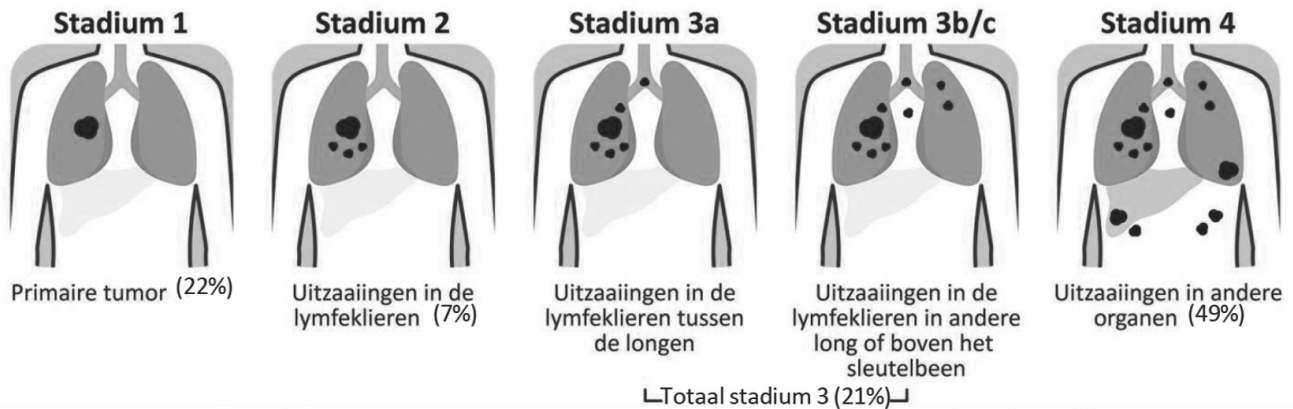
Bij het stellen van de diagnose longkanker, is er bij ruim een kwart van de patiënten sprake van ziektestadium I of II, waarbij een operatie de standaardbehandeling is, met als doel genezing. Bijna een kwart van de patiënten heeft bij presentatie een stadium III tumor, doorgaans met uitzaaiingen naar de lymfeklieren, waarbij de chirurg tot recent slechts een beperkte rol speelde in de behandeling. Ongeveer de helft van de patiënten heeft bij het stellen van de diagnose reeds uitzaaiingen in andere organen, ziektestadium IV, dat tot voor kort middels een palliatieve of remmende behandeling, doorgaans chemotherapie, werd behandeld. Maar onder invloed van recente ontwikkelingen en succesvolle nieuwe behandelmogelijkheden, speelt de chirurg in toenemende mate ook een rol van betekenis bij stadium III en IV ziekte, waarover later meer.

Mediastinale tumoren in Nederland

Mediastinale tumoren uitgaande van de zwezerik of thymus komen veel minder vaak voor dan longkanker. Meer dan de helft van de tumoren bevindt zich ten tijde van het stellen van de diagnose in een vroeg stadium, stadium I, waarbij de standaardbehandeling een operatie is.

3





4

Verbetering kwaliteit van (longchirurgische) zorg

Ik neem u mee in mijn ambitie de kwaliteit van zorg voor zowel patiënten met longkanker als voor patiënten met een mediastinale tumor te verbeteren. Een doel dat mijns inziens continu nagestreefd dient te worden. Een aantal manieren om dit doel te bereiken zal ik hier vandaag bespreken.

Preventie en screening

Een groot deel van onze werkzaamheden is gericht op behandeling van ziekten, met als doel overleving, bij voorkeur met zo weinig als mogelijk bijwerkingen en een zo goed als mogelijke kwaliteit van leven. Maar er dient ook aandacht uit te gaan, meer dan nu het geval is, naar stimuleren van een gezonde levensstijl; gezond eten en voldoende lichaamsbeweging, evenals naar preventie van ziekten door terugdringen van intoxicaties zoals roken.

Roken is geassocieerd met vele aandoeningen, zoals hart- en vaatziekten en diverse vormen van kanker. Er is een directe relatie tussen roken en de kans op het krijgen van longkanker. Roken wordt vanuit overheidswege weliswaar ontmoedigd, maar deze maatregelen gaan niet ver genoeg.

Vapen vormt een grote bedreiging voor onze jeugd en de actuele maatregelen om dit tegen te gaan zijn onvoldoende om dit een halt toe te roepen. De hoeveelheid nicotine in een vape is schrikbarend hoog, is zeer verslavend en leidt tot diverse gezondheidsproblemen, waaronder hersenschade. Bijna 70% van de vappende jongeren stapt na verloop van tijd over op het roken van tabakssigaretten of gaat beide gebruiken en de tabaksindustrie hanteert een uiterst sluwe strategie om zoveel als mogelijk jongeren verslaafd te maken.

Het is mede aan dr. Daniëlle Cohen, patholoog LUMC, Frank Borm, longarts AVL en hun team van *#Vapenjouwkeuze* te danken dat Nederlandse jongeren op diverse manieren geïnformeerd worden over de gevaren van vaperen. Zelf heb ik inmiddels 8 maal onderwijs over vaperen mogen geven, op een basis- of middelbare school en ik blijf mij verbazen over de soms jonge leeftijd waarop begonnen wordt met vaperen, de grote schaal waarop dit gebeurt en de onwetendheid van kinderen, maar ook docenten, over de schadelijke gevolgen hiervan. De Nederlandse overheid dient door regelgeving en handhaving het vaperen te ontmoedigen en krachtig op te treden in deze. Dit betreft een strijd die gevoerd moet worden

in Nederland, in Europees verband en in Oost-Azië waar de meeste vapes vandaan komen. Maar het is ook een strijd tegen een aantal social media platforms die positieve berichtgeving over vapes nog steeds niet stelselmatig weren.

Het doel van screening en vroegdiagnostiek is kanker in een vroeg stadium opsporen bij mensen die nog geen, of slechts minimale, klachten hebben. Dit vergroot de kans op een succesvolle en minder ingrijpende behandeling, resulterend in een betere prognose. Bij longkanker betekent dit het vinden van meer kleine tumoren, zonder uitzaaiingen naar de lymfeklieren en/of andere organen. Ik ben betrokken bij een aantal initiatieven die dit doel nastreven. De '4-in-the-lung-run' is een Europese screeningsstudie gecoördineerd vanuit Nederland waarbij rokers of ex-rokers tussen de 60 en 79 jaar middels een CT-scan gescreend worden. SOLACE betreft een groot internationaal collectief dat onderzoek doet naar de mogelijkheid van invoeren van longkanker screeningsprogramma's in Europa. De Nederlandse longartsen zijn verenigd in de NVALT en zij hebben een werkgroep opgericht die onderzoek doet naar de implementatie van longkanker-screening in Nederland, waarbij ik betrokken ben.

Daarnaast doe ik samen met dr. Daan van den Broek, dr. Paul van der Leest en promovendus Robert Luger onderzoek naar de waarde van circulerend tumor DNA bij de opsporing van longkanker en ben ik betrokken bij onderzoek waarbij we proberen longkanker in een vroeg stadium op te sporen met behulp van artificial intelligence (AI) en radiomics, een proces waarbij diversen parameters van vele scans worden geanalyseerd en geïnterpreteerd.

Een tweede aangrijpingspunt voor verbetering van zorg betreft de organisatie van zorg, onder te verdelen in dataregistratie, centralisatie en regionalisatie en in samenwerking.

Dataregistratie; DICA en DLCA-S/-R/-L

In Nederland zijn we goed in dataregistratie. Dit is onder andere te danken aan de Dutch Institute for Clinical Auditing, de DICA. Longkanker behandelingen worden geregistreerd in een longkanker database, de Dutch Lung Cancer Audit, DLCA met hierin ook een chirurgische module.

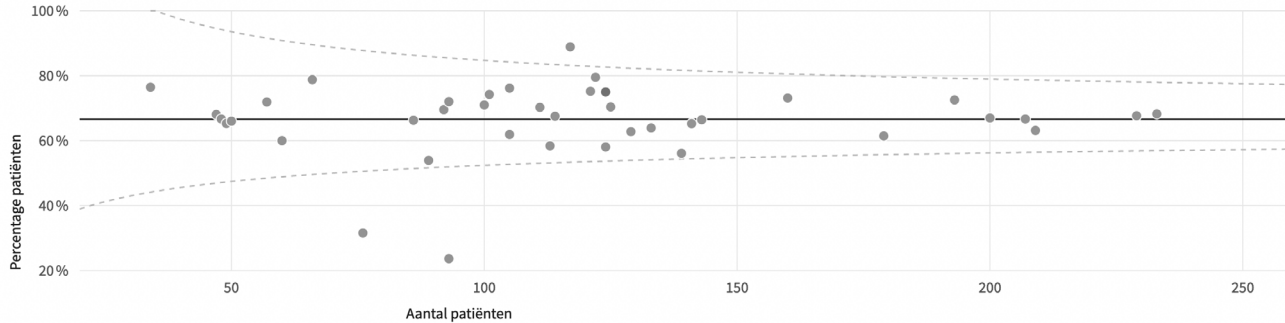
DICA biedt een registratiesysteem met als doel behandelars, patiënten en beleidsmakers meer inzicht te geven in de uitkomsten van geleverde medische zorg, middels getallen over bijvoorbeeld opnameduur en complicaties, met een vergelijk met het Nederlandse gemiddelde. Hierdoor krijgen zorgprofessionals inzicht in wat goed gaat, wat minder goed gaat en waar verbeterd kan worden.

Ter illustratie ziet u op de volgende pagina een grafiek waarbij iedere afgebeelde stip een Nederlands longchirurgie ziekenhuis weergeeft waarbij in dit geval de 'textbook outcome' per ziekenhuis weergegeven wordt. Textbook outcome is een samengestelde kwaliteitsparameter, waarin onder andere complicaties en sterfte meegenomen zijn. In de figuur staat op de Y-as weergegeven hoe vaak deze gewenste textbook outcome bereikt wordt. Hoe hoger de stip staat, hoe beter het ziekenhuis op deze uitkomstparameter scoort. De horizontale lijn geeft de standaard weer en hier is zichtbaar dat een aantal ziekenhuizen beter of slechter scoren dan de standaard. Ieder ziekenhuis kent zijn eigen stip en krijgt aldus inzicht in de eigen resultaten, in vergelijking met andere Nederlandse ziekenhuizen, zodat duidelijk wordt wat goed gaat en waar verbeterd dient te worden.

5

Dataregistratie; Nederlandse kankerregistratie

Naast registratie door de DICA, vindt dataregistratie plaats in de Nederlandse Kankerregistratie, de NKR. Sinds 1989 verzamelt het Integraal Kankercentrum Nederland, het IKNL, gegevens over alle mensen met kanker in Nederland, hetgeen een gedetailleerd overzicht van het ziekteverloop van



deze patiënten geeft. Deze informatie wordt gebruikt voor wetenschap en statistiek en is belangrijk voor het verbeteren van preventie, zorg en beleid.

6

De meest voorkomende longoperatie voor longkanker is een lobectomie, het verwijderen van een longkwab, inclusief de bijbehorende lymfeklieren, zoals we dat internationaal hebben afgesproken en in richtlijnen hebben vastgelegd. Laten we de lobectomie buiten beschouwing, en zoomen we in op de andere type longoperaties, dan zien we dat een pneumonectomie, waarbij de gehele long verwijderd wordt, steeds minder vaak wordt uitgevoerd en dat een segmentrectie, waarbij een deel van een longkwab wordt verwijderd, juist aan populariteit wint. Reden om een segmentrectie te doen, indien technisch mogelijk, is behoud van gezond longweefsel en daarmee een betere longfunctie dan wanneer een lobectomie wordt verricht.

De afgelopen 15 jaar zijn we steeds minder vaak middels een thoracotomie gaan opereren, een open benadering met een grote snee en spreiden van de ribben. Daarentegen zijn we vaker minimaal invasief gaan opereren, met een kijkoperatie, thorascopisch of VATS, of met behulp van de robot.

Onder invloed van diverse veranderingen; minder pneumonectomieën, meer scopisch en robotisch opereren, betere perioperatieve zorg, maar ook inzicht in eigen data in vergelijking met het landelijk gemiddelde, zien we het sterftepercentage na een longoperatie de afgelopen 20 jaar dalen naar ongeveer 1%. Maar het kan beter.

Integratie van DICA- en NKR data is noodzakelijk. Dit heeft wat mij betreft prioriteit na realisatie van een op handen zijnde bestuurlijke fusie tussen DICA en IKNL, welke gepland staat voor begin volgend jaar. Daarnaast dienen lange termijnresultaten verzameld te worden, uitgebreider dan nu het geval is. Zorgprofessionals hebben behoefte aan inzicht in ziektespecifieke uitkomsten; 'Hoe vaak trad er na een longoperatie, of na bestraling, terugkeer van ziekte op, waar in het lichaam en hoe werd dit behandeld?' 'Hoe kunnen we de kans hierop verkleinen?' We zijn op zoek naar aanknopingspunten voor verbetering van onze zorg.

Ik roep de bestuurders van zowel DICA als IKNL op beide registratiesystemen te koppelen en lange termijnuitkomsten, ook ziektespecifieke resultaten, te incorporeren in bestaande registratiesystemen, deze transparant en toegankelijk te maken, hiermee ook lange termijnfeedback op de door ons geleverde zorg mogelijk te maken.

Zorglandschap; centralisatie en regionalisatie, integraal zorgakkoord

Voor een verdere verbetering van onze kwaliteit van zorg dient het zorglandschap anders ingericht te worden. Sinds de invoering van het Integraal Zorgakkoord, het IZA, is er een volumenorm voor diverse oncologische ingrepen vastgesteld. Zo dient een ziekenhuis minimaal 60 anatomische longresecties per jaar te verrichten om de Longchirurgie te mogen blijven uitvoeren. Achterliggende gedachte is dat hoe vaker een bepaalde ingreep wordt gedaan, of een behandeling wordt gegeven, hoe beter de kwaliteit van zorg. Door volumetoename zal tevens de efficiëntie toenemen en daarmee de kostprijs van het zorgproduct dalen. Centralisatie voor kwaliteitsverbetering van zorg is essentieel, met name voor hoog risico-, laag volume behandelingen, zoals bepaalde complexe operaties.

Op dit moment wordt Longchirurgie uitgevoerd in 41 Nederlandse ziekenhuizen. Het zal de kwaliteit van zorg ten goede komen als we dit concentreren in een kleiner aantal ziekenhuizen. Maar de herverdeling van longchirurgische zorg is een uitdaging gebleken. Want hoe bepalen we wie Longchirurgie blijft doen en wie hiermee gaat stoppen? Waar gaan we op sturen? Op een minimaal aantal operaties, zoals nu is vastgesteld in het Integraal Zorgakkoord?

Van de 41 ziekenhuizen die Longchirurgie doen in Nederland voldeden 19 ziekenhuizen vorig jaar niet aan de gestelde norm van minimaal 60 anatomische resecties per jaar. Zij zullen, overeenkomend de gestelde norm, hun Longchirurgie moeten gaan verplaatsen naar een ander ziekenhuis. Maar waar is dat afkappunt van 60 nu eigenlijk op gebaseerd? Welk wetenschappelijk bewijs ligt hieraan ten grondslag? Betekent dit dat deze 19 ziekenhuizen het op dit moment slecht doen? De kwaliteit van de Longchirurgie in Nederland is goed. Maar het kan beter.

Bij centralisatie is het mijns inziens essentieel te sturen op kwaliteit van zorg, hetgeen bepaald kan worden door

registratie van diverse kwaliteitsparameters, zoals dat door DICA en IKNL gebeurt. Hiertoe dienen ziekenhuizen transparant te zijn betreffende hun uitkomsten. Interpretatie van deze cijfers is echter niet altijd makkelijk. Een ziekenhuis of een chirurg met een hoog sterftecijfer of complicatiepercentage, hoeft niet noodzakelijkerwijs slecht te zijn, maar behandelt misschien wel voornamelijk complexe patiënten, die elders niet behandeld kunnen worden. Het gevaar van openbaar maken van dit soort cijfers, zonder dergelijke nauncering erbij vermeldend, werkt ‘shaming and blaming’ in de hand en stimuleert terughoudendheid ten aanzien van het doen van complexe behandelingen. Daarnaast heeft het een negatieve invloed op innovatie en wetenschappelijk onderzoek bij complexe ziektebeelden, hetgeen geen goede ontwikkeling is.

Belangrijke voorwaarde voor verbetering van kwaliteit van zorg door centralisatie is dat de capaciteit, niet alleen op de operatiekamer, maar in de gehele keten van zorg, dus ook op de polikliniek, verpleegafdeling, afdeling Radiologie, etc. gewaarborgd is en de capaciteit voldoende is voor de volumetoename, welke het gevolg is van verplaatsen van zorg naar een ander ziekenhuis.

Omdat in een ziekenhuis diverse behandelingen met elkaar samenhangen, heeft het stoppen met aanbieden van bepaalde zorg niet zelden invloed op andere geleverde zorg in dat ziekenhuis. Als de impact hiervan groot is en de voordelen niet opwegen tegen de nadelen, is verdergaande centralisatie niet verstandig.

Naast centralisatie zal regionalisatie de kwaliteit van zorg verbeteren door in de regio afspraken te maken over waar welke zorg het beste plaats kan vinden; complexe operaties bijvoorbeeld gecentraliseerd in 1 of 2 centra, maar andere, veel voorkomende behandelingen in meerdere ziekenhuizen, bij voorkeur dicht bij de patiënt. Regionalisatie brengt afstemming

van zorgpaden, diagnostiek, behandeling en nacontroles met zich mee en zal aldus zorgen voor meer uniformiteit, zal de variatie beperken en daarmee de doelmatigheid en efficiëntie van ons handelen vergroten, leidend tot een hogere kosteneffectiviteit.

Door centralisatie en concentratie van longchirurgische zorg, zijn we beter in staat jonge collega's op te leiden, omdat de exposure aan Longchirurgie toe zal nemen en zij in kortere tijd meer ervaring op zullen doen.

Daarnaast zal concentratie van kennis, onderzoeksfaciliteiten en patiënten het wetenschappelijk onderzoek ten goede komen.

Multidisciplinair Researchplatform Long(oncologie), Dutch Thoracic Group (DTG)

8

Begin 2021 heb ik samen met prof. Ad Verhagen, cardiothoracaal chirurg Radboudumc, prof. Egbert Smit, afdelingshoofd Longziekten LUMC en prof. Michel van den Heuvel, afdelingshoofd Longziekten UMC Utrecht het Multidisciplinair Researchplatform Longoncologie opgericht, een onderzoeksplatform met als doel laagdrempelig multidisciplinaire en multicenter studie-initiatieven met elkaar te bespreken, uit te werken en te starten. Wat begon als een kleinschalig project gericht op oncologische studies, groeide uit tot een groter oncologisch en niet-oncologisch platform waar collega's uit het land, vanuit diverse disciplines, zich bij aansloten om iedere 3 maanden met elkaar te spreken over wetenschappelijk onderzoek. Ook het Dutch Oncology Research Platform, DORP, de Stichting NVALT studies en de patiëntenorganisatie Longkanker Nederland sloten zich hierbij aan.

Begin 2024 hebben we samen met dr. Frank van den Broek, chirurg MaximaMC en hoofdonderzoeker van meerdere multidisciplinaire en multicenter studies en met het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Longchirurgie, de

stichting Dutch Thoracic Group, de DTG, opgericht, waarin 8 wetenschappelijke verenigingen, de DICA, IKNL en de patiëntenorganisatie Longkanker Nederland vertegenwoordigd zijn. Doel van de DTG is bevorderen van multidisciplinaire samenwerking op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

Als voorzitter van de wetenschappelijke commissie, samen met vice-voorzitter dr. Lizza Hendriks, longarts Maastricht UMC en 21 andere leden vanuit de diverse specialismen, vormen we binnen de DTG een wetenschappelijk platform voor multidisciplinair en multicenter onderzoek.

Richtlijnen en richtlijnontwikkeling

Richtlijnen bevatten aanbevelingen ter ondersteuning van medisch specialisten en andere zorgverleners in te maken keuzes met betrekking tot diagnostiek en behandeling, met als doel verbetering van de kwaliteit van zorg. Richtlijnen worden opgesteld op basis van wetenschappelijk bewijs, aangevuld met de expertise van diverse medici en andere zorgverleners. Continue aandacht voor aanpassing van richtlijnen op basis van actuele kennis draagt bij aan verbetering van de kwaliteit van zorg, maar geeft ook inzicht in lacunes in beschikbare kennis. Deze kennishiaten vormen de basis voor nieuw wetenschappelijk onderzoek.

Onderwijs en kennisoverdracht

Om verbetering van zorg voor de patiënt te bereiken dient er een continu doorlopend onderwijsprogramma te zijn binnen de gehele keten van zorg. In het AVL verzorgen wij de opleiding voor arts-assistenten Chirurgie, de differentiatie Longchirurgie tijdens de opleiding tot chirurg en geven wij op de AVL-academie onderwijs aan oncologieverpleegkundigen die in opleiding zijn. We leiden een verpleegkundig specialist op en leiden een chirurg op die zich na de opleiding Chirurgie verder bekwaamt in de Longchirurgie.

Maar daarnaast is het belangrijk ook nationaal en internationaal te participeren in nascholingsprogramma's voor chirurgen en collega medisch specialisten en op congressen en symposia verricht onderzoek te presenteren. Gebruik van 'social media', video opnames en podcasts speelt hierin in toenemende mate een rol.

Wetenschappelijk onderzoek

Ik heb mij ten doel gesteld multimodaliteiten behandelingen bij in opzet curatief te behandelen longkanker te optimaliseren, evenals de op maat gemaakte systeembehandeling bij uitgezaaide longkanker. Ik hoop bij te kunnen dragen aan het beschikbaar hebben van een succesvolle behandeling voor ieder tumorstadium bij longkanker. Ik wil hierbij inzetten op basaal wetenschappelijk, translationeel en preklinisch onderzoek enerzijds en klinisch onderzoek anderzijds. Zonder te verzanden in te veel, voor sommigen hier aanwezig saai details, zal ik in grote lijnen een aantal studies, waarbij ik betrokken ben, of die ik zelf heb opgezet, aan u tonen. Ik zal mij hierbij focussen op een aantal klinische studies en projecten bij longkanker.

Samen met promovendus Julianne de Ruiter, radiotherapeut dr. Judi van Diessen, statisticus dr. Vincent van der Noort en prof. Egbert Smit, longarts LUMC doen we onderzoek naar de optimale behandeling van het vroegstadium niet-kleincellig longcarcinoom. Vragen die we daarbij proberen te beantwoorden zijn: 'Welke patiënt kan het beste geopereerd worden en welke patiënt heeft meer baat bij een bestralingsbehandeling, in dit geval stereotactische radiotherapie?' Deze studie wordt uitgevoerd in 38 ziekenhuizen en wordt gefinancierd door KWF. Er hangen 5 studies onder het ESLUNG project en momenteel zetten we een vervolgstudie op naar de behandeling van een opgetreden recidief, de ESLUNG-II.

Samen met pathologen dr. Jan von der Thusen uit het Erasmus MC en dr. Erik Thunnissen uit het Amsterdam UMC zijn we

in het MOONSTONE project voornemens de classificatie van vroegstadium longtumoren in relatie tot de kans op terugkeer van ziekte te onderzoeken. Het betreft een ambitieus project, dat voorligt bij KWF voor subsidiëring.

Samen met Julianne de Ruiter, promovendus Robert Luger, onze Longchirurgie fellow dr. Anne Kuijer en voormalig fellow Tom van Zwieten werken we aan een aantal projecten waarbij we ons focussen op lymfekliermetastasering bij longkanker. We kijken onder andere naar het verspreidingspatroon en naar de prognostische waarde van lymfekliermetastasen, gebruikmakend van de eerdergenoemde DICA- en NKR databases. We onderzoeken de mogelijkheid van verkleinen van een longoperatie, met als doel een sneller herstel van de patiënt. Laatstgenoemde studie betreft de ESLUNG-NODE, waarbij een aantal Nederlandse centra betrokken zijn.

De behandeling van het 'locally-advanced', of lokaal-uitgebreid, niet-kleincellig longcarcinoom is onderwerp van vele studies wereldwijd. Samen met promovendus Pieter Joosten en Robert Luger onderzoeken we in de UPLAN retrospectief studie en de UPLAN-I studie de waarde van een chirurgische behandeling bij grote longtumoren, met participatie van meerdere centra in Nederland.

Tot enkele jaren terug werd een patiënt met een lokaal-uitgebreid niet-kleincellig longcarcinoom behandeld met de combinatie van chemotherapie en bestraling, eventueel gevolgd door een operatie. Immunotherapie na chemoradiatie en/of operatie en chemoimmunotherapie gevolgd door operatie zijn inmiddels gangbaar en samen met longartsen dr. Willemijn Theelen en Michiel Smeenk en met prof. Paul Baas, prof. Egbert Smit en promovendus Lydia Schonewille uit het LUMC en patholoog dr. Kim Monkhorst, doen we onderzoek naar de rol van immunotherapie in de zoektocht naar de optimale op maat gemaakte behandeling.

Door middel van moleculaire diagnostiek kunnen afwijkingen in het DNA van tumoren worden gedetecteerd. Met de toename van kennis van specifieke tumorkarakteristieken hebben we steeds vaker een aangrijpingspunt in handen voor een doelgerichte behandeling, voor immunotherapie, of voor een combinatie van behandelingen bij longkanker met uitzaaiingen.

In samenwerking met longartsen dr. Joop de Langen, Jasper Smit, dr. Sushil Badrisingh en patholoog dr. Kim Monkhorst en met dr. Daniela Thommen, medisch oncoloog NKI en prof. Egbert Smit, onderzoeken we de werkingsmechanismen en de inzet van deze behandelingen.

Samen met dr. Monika Wolkers en dr. Suzanne Castenmiller van Sanquin, dr. Willemijn Theelen, Jasper Smit en medisch oncoloog prof. John Haanen en met Wouter Scheper en prof. Daniël Peepers uit het NKI, doen we onderzoek naar Celtherapie, een behandeling waarbij levende cellen, meestal de eigen afweercellen van de patiënt, worden gebruikt om longkanker te bestrijden. Bij 'TIL therapie' wordt tumormateriaal uit het lichaam gehaald om buiten het lichaam vele afweercellen, *Tumor Infiltrerende Lymfocyten*, te maken om deze vervolgens terug te geven aan de patiënt. Het betreft een zware behandeling met vele mogelijke bijwerkingen, maar gaat hopelijk in de toekomst een effectieve behandeling blijken te zijn voor het gemetastaseerd niet-kleincellig longcarcinoom, welke niet reageert op chemotherapie of immunotherapie.

Voor verdere verbetering van de chirurgische kwaliteit van zorg is onderzoek naar optimalisatie van operatietechnieken noodzakelijk. Samen met onderzoeker Mirjam Davidse, chirurg dr. Quirijn Tummers, longarts Illaa Smesseim en technisch geneeskundige dr. Kevin Groot Lipman doen we onderzoek naar het maken van 3-dimensionale reconstructies van long- en mediastinale tumoren, waarvan we gebruik maken in de voorbereiding van een operatie. Peroperatieve

navigatie draagt daarnaast bij aan preciezer kunnen opereren, sparen van gezond weefsel en het doen van een radicale resectie.

Met promovendus Isabel Bos en uroloog dr. Maaïke van de Kamp onderzoeken we de inzet van robotchirurgie bij diverse tumoren. Met ingebruikname van een derde robotsysteem worden vele operaties in het AVL robotisch uitgevoerd en inmiddels voer ik samen met de twee teams waar ik deel van uitmaak de meeste long-, mediastinale tumor-, slokdarm-, maag- en bijnieroperaties met behulp van de robot uit.

Samen met cardiothoracaal chirurgen Wilson Li en prof. Ad Verhagen uit het Radboudumc doen we onderzoek naar de rol van segmentresecties bij de behandeling van longkanker.

Binnen de DICA dataregistratie werken we aan meerdere onderzoeksprojecten, allen gericht op kwaliteit van zorg, uitgevoerd door promovendi Lisa van der Woude, Julianne de Ruiter en Robert Luger, onder leiding van prof. Ad Verhagen, prof. Michel Wouters en mijzelf.

Beloning, erkenning en waardering verpleegkundigen

Verpleegkundigen werden tijdens de 'Corona crisis' als ware helden bejubeld. Er werd in maart 2020 landelijk voor ze geklapt en iedereen sprak zijn of haar bewondering voor ze uit. Gezien de werkdruk, de onzekerheid, het tekort aan beschermingsmiddelen en de kans op besmetting die COVID in die tijd met zich meebracht en waarmee zij geconfronteerd werden, was dit dan ook volledig terecht. Maar toen gesproken werd over de beloning van hun werk en verhoging van de financiële vergoeding hiervoor, kwam een wet niet door de kamer, omdat een deel van de toenmalige coalitie een hoofdelijke stemming voorkwam door de vergadering voortijdig te verlaten. Hiermee werd een slecht signaal afgegeven richting de Nederlandse verpleegkundigen,

richting de ‘handen aan het bed’, richting die mensen waar de ziekenhuiszorg voor een groot deel op leunt.

Om de kwaliteit van onze zorg in Nederland te verbeteren dient de gehele keten van zorg optimaal geregeld te zijn, zowel op de verpleegafdeling, operatiekamer, scopiekamer als op de polikliniek. Een complexe operatie is alleen zinvol als ook de zorg rondom deze operatie goed geregeld is. Daarin spelen verpleegkundigen een essentiële rol. Het werk van verpleegkundigen is fysiek en mentaal zwaar, maar belangrijk voor de zorg van de patiënt. Dit dient beloond te worden, financieel, door het bieden van doorgroeimogelijkheden en door het tonen van erkenning en waardering.

Doorgaan of opgeven?

Ik draag KWF Kankerbestrijding, hun missie en toewijding, hun financiële ondersteuning van vele onderzoeken en studies een warm hart toe. Hun werk is van onschatbare waarde in de strijd tegen kanker. Tijdens de jaarlijkse Alpe d’HuZes werden de woorden ‘Opgeven is geen optie’, het KWF-motto van Alpe d’HuZes, talloze keren geroepen door aanmoedigende supporters op de berg. Ik fietste en rende 6 maal omhoog om geld op te halen ter ondersteuning van KWF in de strijd tegen kanker, met in mijn achterhoofd, en in foto bij me gedragen, de nagedachtenis van 3 mensen die dicht bij mij stonden en helaas kort daarvoor overleden waren aan de gevolgen van kanker.

Voor de partner of een familielid van iemand met kanker is opgeven en toegeven aan de kanker geen optie en ik heb diep respect voor de mensen die blijven knokken tegen hun ziekte, ook al lijkt het een niet te winnen strijd. Maar als dokter heb ik evenveel respect voor die patiënten, die op een bepaald moment zeggen: ‘Dokter, tot hier en niet verder, het is tijd om afscheid te nemen.’

Natuurlijk willen we knokken tegen deze ziekte, dat geldt voor de patiënt, de familie, maar ook voor mij als

behandelend dokter, maar iemand die opgeeft is geen verliezer. Ook opgeven is een optie. Een waardig einde van het leven is een groot goed. Niet iedereen is dat gegeven helaas.

In de afgelopen 15 jaar werkend als oncologisch chirurg heb ik geleerd dat er vele manieren zijn om met kanker, ziek zijn, de onzekerheid, om te gaan. Misschien niet de gewenste manier die bij u of bij mij past, maar misschien wel bij hem of haar. Ook opgeven en afscheid nemen is een optie.

Risicofactoren, stigma, schuldgevoel en steun

Niemand kiest ervoor om kanker te krijgen. En achter ieder persoon die kanker krijgt, schuilt een persoonlijk drama en worden mensen geraakt. Iemand die kanker krijgt heeft veel pech en verdient steun, los van eventueel aanwezige risicofactoren of risicovol gedrag. Er is sprake van een stigma op longkanker. Patiëntenorganisatie Longkanker Nederland heeft laten zien dat de associatie tussen roken en longkanker sterk gekoppeld is aan het gevoel van: ‘eigen verantwoordelijkheid’ of ‘eigen schuld’.

Risicofactoren die het krijgen van kanker vergroten dienen benoemd, behandeld en bij voorkeur voorkomen te worden. Preventie speelt hierin een belangrijke rol. Maar wanneer iemand kanker krijgt, zetten we in op behandeling, welke vele vormen kent. Operatie of bestraling bijvoorbeeld aan de ene kant en ondersteuning en zo goed als mogelijke palliatie van klachten aan de andere kant. Mentale ondersteuning speelt hierin een belangrijke rol. Bespreken en wegnemen van een eventueel aanwezig schuldgevoel is hier onderdeel van. Patiënten hebben recht op onze steun en hebben niets aan een verwijt waarin ze horen wat ze anders hadden kunnen of moeten doen. Roos Schlikker, journalist en schrijfster, schreef vorig jaar in *Het Parool*: ‘Ziekte is erg genoeg zonder schuldgevoel’, waarbij zij stelt: ‘Wie niet wint, is geen verliezer. Die heeft pech. En dat is al verschrikkelijk genoeg.’ En zo is het. Ziek zijn is geen keuze.

Iedere patiënt met kanker verdient, en heeft recht op, steun vanuit zijn of haar omgeving.

Investeren in wetenschappelijk onderzoek (en innovatie)

Vorig jaar werd duidelijk dat in het Hoofdlijnenakkoord en later de Rijksbegroting van de toenmalige regeringscoalitie een voornemen van het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, het OCW, opgenomen was ten aanzien van bezuinigingen op het Groeifonds, het Fonds Onderzoek en Wetenschap en op het hoger onderwijs, hetgeen innovatie zal remmen en een negatieve invloed heeft op de kwaliteit van wetenschappelijk onderzoek. Dinsdag 16 september j.l., 'Prinsjesdag', werd duidelijk dat het demissionaire kabinet vasthoudt aan de forse bezuinigingen op onderwijs en onderzoek.

12

Prof. Marcel Levi, voorzitter van de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, de NWO en prof. Robbert Dijkgraaf, hoogleraar 'Wetenschap en maatschappij in internationaal perspectief' en voormalig minister van OCW, benadrukten vorig jaar in de media het belang van continue investering in wetenschappelijk onderzoek en innovatie. Ook het College van Bestuur van de Universiteit Leiden heeft het afgelopen jaar zijn zorgen geuit inzake de bezuinigingsplannen en reflecteert met regelmaat op de actuele politieke ontwikkelingen en de mogelijke gevolgen hiervan aangaande de positie van het wetenschappelijk onderzoek in Nederland.

Structureel investeren in onderwijs en wetenschappelijk onderzoek is goed voor de wetenschap, voor de Nederlandse economie en brengt innovaties met zich mee waar wij allemaal van profiteren. Bij deze dan ook de oproep aan beleidsmakers, bestuurders en overheid, juist te investeren in onderwijs en onderzoek om daarmee onze positie als innovatief Kennisland te kunnen handhaven.

Investigator-initiated research, regelgeving en samenwerking met bedrijven

'Investigator-initiated' studies, studies opgezet door dokters en onderzoekers, sluiten, in tegenstelling tot 'industrie-geïnitieerde studies, vaak aan bij de dagelijkse klinische praktijk en de vraagstukken waar wij, in de patiëntenzorg of op de operatiekamer, tegenaan lopen. Als onderzoekers worden wij in toenemende mate geconfronteerd met toenemende regelgeving rondom het doen van wetenschappelijk onderzoek en het uitvoeren ervan kost veel tijd en geld.

Samenwerkingsverbanden met industriële partners en farmaceutische bedrijven zijn derhalve noodzakelijk om de klinische vraagstellingen die we hebben te kunnen onderzoeken, maar veel onderzoekers ervaren druk aangaande de strikte regelgeving omtrent het werken met bedrijven die een commercieel doel voor ogen hebben. Onderzoekers willen wegblijven van potentiële beïnvloeding van hun onderzoek. De afgelopen jaren werden meerdere onderzoekers publiekelijk, zonder hoor en wederhoor, in de media bekritiseerd en daarmee potentieel beschadigd. Een kritische houding ten aanzien van genoemde samenwerkingsverbanden is goed, maar niet iedereen die wetenschappelijk onderzoek doet probeert zich op een oneigenlijke manier te verrijken. Er dient vertrouwen te zijn van patiënt en samenleving in de gezondheidszorg en door transparantie te tonen betreffende ons werk en ons toetsbaar op te stellen, dienen wij te tonen dat dit vertrouwen gelegitimeerd is.

Werkdruk en stress, draagkracht en draaglast

Opleiding en onderwijs dienen plaats te vinden in een veilig klimaat, in een omgeving waarin er ruimte is voor de mening van een ander. Ook ervaren opleiders dienen open te staan voor verandering, want wie nooit van mening verandert, leert niets en wordt niet beter in wat hij of zij doet. Wie niet open staat voor de mening van anderen is arrogant en blind voor mogelijke vooruitgang of verbetering. En ik, ik ben eigenwijs,

zo zeggen Sandra, Joep, Guus en Josje. En ze hebben gelijk. Een aandachtspunt mijnerzijds.

Waarom willen we controle houden tijdens ons werk in het ziekenhuis? Waarom zijn we soms rechtlijnig, perfectionistisch en willen we dat het op de operatiekamer loopt zoals wij dat voor ogen hebben? Komt dit voort uit de verantwoordelijkheid die we voelen richting onze patiënt? Het is niet goed onder woorden te brengen wat deze verantwoordelijkheid met je doet, welk gevoel een ernstige complicatie bij jou als operateur teweegbrengt. Het is moeilijk te verwoorden hoe het is om een patiënt te verliezen, of welke impact het krijgen van een klacht op je heeft.

Ik heb het mooiste beroep dat er is, ik was nog jong toen ik wist dat ik chirurg wilde worden, een doel dat ik altijd voor ogen heb gehad. Het vak is vaak betekenisvol en het geeft voldoening iets te kunnen betekenen voor een patiënt. Het is uitdagend en spannend met vele innovatieve ontwikkelingen, maar soms ook zwaar en belastend als het niet gaat zoals gehoopt.

Twijfel, piekeren en teleurstelling houden niet op als je 's avonds het ziekenhuis verlaat. Dat is er ook als je 's nachts in bed ligt of in het weekend naast het hockey- of voetbalveld van de kinderen staat.

In toenemende mate is er aandacht voor de balans tussen draagkracht en draaglast. Maar ook ik heb te weinig oog voor

laatstgenoemde bij de mensen om me heen, vraag te weinig aan mijn collega's hoe het echt met ze gaat.

In de huidige tijd is er genoeg klinisch, administratief, organisatorisch en wetenschappelijk werk om een volledige week, inclusief avonden en weekenden te kunnen vullen.

Ik ben van mening dat enig egoïsme, of noem het zelfbescherming, noodzakelijk is om jezelf te beschermen tegen overbelasting. Maar de meeste dokters zijn gepassioneerd in hun vak, willen patiënten helpen, zijn ambitieus en hebben bepaalde doelen voor zichzelf gesteld. Het is juist deze combinatie van factoren die potentieel bijdraagt aan overbelasting of burn-out.

Iedereen put zijn of haar energie uit een andere bron. Voor mij speelt de dankbaarheid van een patiënt hierin een belangrijke rol, evenals het succesvol verlopen van een complexe operatie of de publicatie van een studie die ik zelf hebt opgezet.

Mijn draagkracht wordt daarnaast gevoed door een leuk, gezellig, enthousiast, soms druk en vermoeiend, maar vooral liefdevol gezin thuis en een groep vrienden, verspreid over het land woonachtig. Daarnaast haal ik mijn energie uit sport en wel de combinatie van zwemmen, fietsen en hardlopen. Dat wat jaren terug begon met een kleine triatlon over de korte afstand, is uitgegroeid tot een passie voor duursport en met name lange afstand triatlon. Op sportief gebied had ik

13

Stress
Prestatiedruk
Weldoen en compassie
Doelen
Ambitie
Persoonlijkheid



Werksfeer
Dankbaarheid patiënt
Succes
Rust en ontspanning
Hobby's (sport)

mijzelf dit jaar een doel gesteld; een hele triatlon volbrengen. Ik schreef mij na overleg met, en toestemming van, Sandra en de kinderen in voor de Ironman van Frankfurt juni dit jaar. Een wedstrijd over 3.8 km zwemmen, 180 km fietsen, gevolgd door een marathon, ruim 42 km, hardlopen. De timing van dit overleg met het gezin was zorgvuldig gekozen, tijdens een vakantie in Girona, na een gezellige dag met z'n 5-en, genietend van de avondzon en met een goed glas wijn, en de kinderen een zak chips, in de hand. De weg naar Ironman Frankfurt ging gepaard met enkele tegenslagen die overwonnen moesten worden; een fietsongeval met enkele breuken, een hardnekkige achillespeesblessure en een stressfractuur in mijn bekken, maar de finish, de woorden 'Koen, you are an Ironman', zijn toch wel magisch en gaven een gevoel van trots. Deelname aan het Europees Kampioenschap lange afstand triatlon vorige maand was vervolgens, voor mij, de kers op de taart.

Ik ben dankbaar voor het team om mij heen. Zonder team is het werk als chirurg en onderzoeker, met een tijdrovende hobby ernaast, niet mogelijk. Mijn team wordt thuis gevormd door Sandra en de kinderen die mij de ruimte en steun geven mijn werk te doen en passie te volgen. In het AVL en LUMC word ik omringd en gesteund door een fijne groep collega's, iets wat ik iedereen in zijn of haar werk toewens. Mijn triatlon-coaches Paul Verkleij en Erik-Simon Strijk en mijn fysiotherapeut Jurre Kok spelen een belangrijke rol in het bereiken van mijn sportieve doelen, waarvoor veel dank.

Sport is fysiek dan wel inspannend, het verhoogt mijn mentale weerbaarheid, is soms een uitlaatklep, geeft mij de energie om mijn werk te kunnen doen en motiveert om steeds weer nieuwe uitdagingen en projecten aan te gaan.

(Dienend) leiderschap

Het is aan een leidinggevende om oog te hebben voor datgene wat iemand nodig heeft om te kunnen presteren

op de werkvloer, hierin de medewerker te ondersteunen en daarmee groei en ontwikkeling te stimuleren. Niet iedereen heeft behoefte aan dezelfde ondersteuning, begeleiding of juist vrijheid om zich te ontwikkelen en het is niet altijd eenvoudig vast te stellen wat iemand nodig heeft om goed te kunnen functioneren. Er dient hierbij een balans gevonden te worden tussen taakverdeling en aanwezigheid op de werkvloer enerzijds en anderzijds de vrijheid om tijd en energie te steken in andere zaken zoals wetenschappelijk onderzoek, bestuurlijke functies of commissiewerkzaamheden. Binnen mijn afdeling is daar ruimte voor en ik ben van mening dat dit het werkplezier verhoogt, uitval van medewerkers vermindert en onze klinische en wetenschappelijke productiviteit bevordert.

Doelen en ambities

Het is mijn doel invulling aan deze leerstoel te geven door een aantal doelen na te streven: de incidentie van longkanker reduceren, screening en (vroeg)diagnostiek optimaliseren en het beschikbaar hebben van een succesvolle behandeling voor ieder tumorstadium van longkanker, door mij te richten op:

- Preventie en voorlichting
- Detectie en (vroeg)diagnostiek
- Optimaliseren van multimodaliteiten behandelingen bij in opzet curatief te behandelen longkanker
- Optimaliseren van gepersonaliseerde systeembehandeling bij gemetastaseerde longkanker
- Kennisoverdracht, onderwijs en opleiding

Multidisciplinaire en multicenter samenwerking, met bundeling van krachten en ideeën, vormt mijns inziens de basis voor succes in deze. Door samenwerking staan we sterker en worden we beter in datgene wat we doen, dit betreft zowel de klinische zorg als het wetenschappelijk onderzoek. Door samen studies en wetenschappelijk onderzoek te doen en de resultaten hiervan naar de dagelijkse praktijk te brengen, zijn we in staat onze patiënten steeds beter te behandelen.

Woord van dank

Mijn interesse in het wetenschappelijk onderzoek ontstond tijdens mijn derde studiejaar Geneeskunde. Ik werd geïnspireerd door prof. Koen Joosten, kinderarts-intensivist en inmiddels hoogleraar ‘Voeding en metabolisme van het zieke kind’ en buurman van mijn ouders. Via hem kwam ik terecht bij prof. Johan Groeneveld, hoogleraar Experimentele Intensive Care Geneeskunde, die mij begeleidde bij het doen van wetenschappelijk onderzoek, in 2011 resulterend in verdediging van mijn proefschrift, getiteld ‘Cardiovascular markers and mediators in human septic shock’. Johan is helaas veel te jong overleden, maar was een briljant onderzoeker en heeft veel betekend voor het wetenschappelijk Intensive Care onderzoek en voor mijn wetenschappelijke vorming en ik ben hem veel dank verschuldigd.

Na mijn opleiding Chirurgie, onder leiding van prof. Roelf Breederveld, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk en prof. Jan Rauwerda, het toenmalige VU medisch centrum (VUmc, nu: Amsterdam UMC, locatie VUmc), werd ik in het VUmc door dr. Rick Paul en dr. Wolter Oosterhuis opgeleid in de Longchirurgie, door prof. Miguel Cuesta en prof. Donald van der Peet in de Slokdarm-/maagchirurgie en door dr. Petrousjka van den Tol en prof. Sybren Meijer in de Oncologische chirurgie. Nadien werd ik, dankzij steun van prof. Jaap Bonjer, staflid Heelkunde in het VUmc. Dank dat mij deze kans werd geboden.

In 2013 maakte ik de overstap naar het AVL, een stap die mogelijk werd gemaakt door dr. Houke Klomp, longchirurg en nu bestuurslid Noordwest Ziekenhuisgroep en prof. Emiel Rutgers, toenmalig afdelingshoofd Chirurgie in het AVL. Het was een overstap die plaatsvond tijdens een turbulente periode in het VUmc. Het is mijn doel en hoop in de toekomst een mooie samenwerking tussen Amsterdam UMC, AVL en het LUMC te kunnen realiseren. Ik ben van mening dat we gezamenlijk veel kunnen bereiken.

Dank aan Lidia Barberio van de Patiëntenorganisatie Longkanker Nederland, voor de prettige samenwerking en voor aanleveren van figuren ter illustratie van mijn inaugurele rede. Dank aan dr. Ronald Damhuis van het IKNL voor aanleveren van NKR data ten behoeve van deze oratie.

Dank aan prof. Geerard Beets en dr. Hester Oldenburg, respectievelijk voormalig en huidig afdelingshoofd Chirurgie in het AVL, voor hun steun en de aan mij gegeven ruimte om mijn klinische werkzaamheden te kunnen combineren met wetenschappelijk onderzoek.

Een paar personen wens ik expliciet te benoemen en te bedanken. Prof. Piet Postmus, voormalig afdelingshoofd Longziekten LUMC en Pancras Hogendoorn, toenmalig lid van de Raad van Bestuur LUMC en Decaan van de Faculteit Geneeskunde Universiteit Leiden, vormden de basis voor mijn benoeming en hebben zich hiervoor ingezet en hard gemaakt. Ik ben ze daarvoor zeer erkentelijk. Hun rol werd overgenomen door prof. Egbert Smit, afdelingshoofd Longziekten LUMC, prof. Henk-Jan Guchelaar, lid van de Raad van Bestuur LUMC en op dat moment Decaan ad interim en prof. Marlies Reinders, lid van de Raad van Bestuur LUMC en de huidige Decaan van de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Leiden. Het is dankzij de steun vanuit het AVL, prof. Emile Voest, voormalig lid van de Raad van Bestuur, prof. Maurice van den Bosch, voorzitter van de Raad van Bestuur en dr. Jacqueline Stouthard, lid van de Raad van Bestuur, dat ik hier vandaag voor u mag staan. Veel dank voor de steun in deze.

Ik wil graag alle patiënten bedanken die bereid waren en zijn te participeren in studies, wetende dat ze er zelf meestal niet van profiteren, maar wel bijdragen aan de wetenschappelijke vooruitgang en daarmee aan een betere behandeling van de toekomstige patiënt.

Tevens dank aan de collega's van de afdeling Chirurgie, Anesthesiologie, Longziekten, Radiotherapie, Oncologie, Maag-, Darm- en Leverziekten, Radiologie en Nucleaire Geneeskunde, Pathologie, het Klinisch Chemisch Laboratorium, het Wetenschapsbureau, statistici, Clinical Project Managers, KT&C, verpleegkundigen en medewerkers op de poli, afdeling en operatieafdeling en onze gewaardeerde secretaresses in het AVL en LUMC.

In het bijzonder wil ik bedanken mijn directe collega-chirurgen in het AVL, dr. Johanna van Sandick, dr. Xander Veenhof en dr. Quirijn Tummers van het long- en slokdarm-/maag team en dr. Iris van der Ploeg, dr. Frederieke van Duijnhoven en dr. Anke Kuijpers van het schildklierteam, maar ook onze fellow dr. Anne Kuijer en de voorgaande fellows dr. Anouck Huijbers, dr. Marie-Chantal Struijs, dr. Niek Hugen en Tom van Zwieten, evenals onze verpleegkundig specialisten Eline van Ankorven, Yvonne Hilhorst en Marjolein Warmerdam die het samen mogelijk maken voor mij om deze taak te vervullen en in mijn afwezigheid de poliklinische en klinische zorg in het AVL waarborgen.

Dank aan mijn vriendengroep, grotendeels ontstaan in het eerste studiejaar Geneeskunde in Amsterdam. We hebben samen veel mooie dingen gedaan en meegemaakt. Helaas hebben we ook verlies moeten meemaken, maar daarbij het verdriet kunnen delen en elkaar kunnen steunen. Ik ben dankbaar voor onze hechte vriendschap.

Dank aan mijn ouders en broertje Wouter, die mij hebben laten opgroeien in een veilige, gezellige en liefdevolle omgeving, waarbij het mij aan niets ontbrak en ik de mogelijkheid heb gekregen mij te ontwikkelen tot de persoon die ik nu ben.

En tot slot de 4 belangrijkste mensen in mijn leven, die mij af en toe even moeten afremmen, maar mij bovenal inspireren en heel veel liefde en energie geven. Lieve Sandra, Joep, Guus en Josje, we zijn op weg naar nog vele mooie jaren samen.

Ik heb gezegd.



PROF. DR. KOEN. J. HARTEMINK

Koen Hartemink (Nijmegen, 1977) voltooide in 2002 zijn studie Geneeskunde aan de Vrije Universiteit, Amsterdam. In 2003 startte hij de opleiding Heelkunde in het Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk (opleider prof. dr. Breederveld), gevolgd door het VU medisch centrum (VUmc, nadien Amsterdam UMC, locatie VUmc), Amsterdam (opleider prof. dr. Rauwerda) en voltooide deze in 2009.

Nadien deed hij de vervolgopleiding Longchirurgie in het VUmc (opleider dr. Paul) met als extra aandachtsgebieden de slokdarm- en maagchirurgie, bijnierchirurgie en schildklierchirurgie. Na zijn opleiding tot chirurg en vervolgopleiding tot longchirurg en gastrointestinaal-/oncologisch chirurg was Hartemink staflid Heelkunde in het VUmc, waarna hij in 2013 zijn carrière voortzette in het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam.

Zijn wetenschappelijke interesse ontstond in het derde jaar van zijn studie Geneeskunde, met interesse in de hemodynamiek bij ernstig zieke intensive care patiënten. In 2011 promoveerde hij onder leiding van prof. dr. Groeneveld met zijn proefschrift getiteld 'Cardiovascular markers and mediators in human septic shock'. Nadien richtte hij zijn wetenschap-

pelijke interesse op diverse chirurgische onderwerpen met speciale aandacht voor longkankergerelateerd onderzoek. Hij is betrokken bij meerdere onderzoeksprojecten en begeleidt diverse promovendi en onderzoekers binnen dit onderzoeksgebied.

Naast zijn interesse in het wetenschappelijk onderzoek is Hartemink lid van de wetenschappelijke commissie van de chirurgische dataregistratie van de Dutch Lung Cancer Audit (DLCA) van de Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA), lid van de richtlijncommissie van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) en is hij betrokken bij de revisie van diverse chirurgische en multidisciplinaire richtlijnen. Hij is oprichter van het Multidisciplinair Researchplatform Long(oncologie) (2021), hetgeen in 2024 is opgegaan in de stichting Dutch Thoracic Group (DTG), waar hij bestuurslid is en voorzitter van de wetenschappelijke commissie.

Op 1 oktober 2024 is Hartemink door het College van Bestuur van de Universiteit Leiden, namens het bestuur van de Stichting Het Nederlands Kanker Instituut, benoemd tot bijzonder hoogleraar Longchirurgie, in het bijzonder long- en media-stinale tumoren.

