



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Kwali-tijd in de urologie: van eed to AI

Kummeling M.T.M.

Citation

Kwali-tijd in de urologie: van eed to AI. (2026). *Kwali-tijd in de urologie: van eed to AI*. Leiden.
Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/4285282>

Version: Publisher's Version

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

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4285282>

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

Prof.dr. Maxime T.M. Kummeling

Kwali-Tijd in de Urologie: van eed tot AI



Universiteit
Leiden

Bij ons leer je de wereld kennen

Kwali-Tijd in de Urologie: van eed tot AI

Oratie uitgesproken door

Prof.dr. Maxime T.M. Kummeling

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar

Urologie

aan de Universiteit Leiden

op vrijdag 9 januari 2026



Universiteit
Leiden

Mevrouw de rector magnificus, geacht faculteitsbestuur, zeer gewaardeerde toehoorders'

Het is extra bijzonder om in het 450ste bestaansjaar van de Universiteit Leiden mijn oratie te mogen uitspreken. Deze universiteit draagt haar geschiedenis met het motto "praesidium libertatis" -bolwerk van vrijheid- en laat zich leiden door vier kernwaarden— verbinden, vernieuwen, verantwoordelijk en vrij. Deze waarden vormen het kader waarmee ik vandaag naar de zorg kijk, in het algemeen en in de urologie in het bijzonder.

Mijn oratie draagt de titel "Kwali-Tijd in de Urologie: van eed tot AI." Die titel vat samen waar het mij om gaat: hoe we, vanaf de eed van Hippocrates tot aan de digitale realiteit van nu, kunnen blijven zorgen voor kwaliteit van leven én kwaliteit van tijd – kwali-tijd – voor zowel de patiënt als de dokter in een zorgsysteem dat steeds complexer en steeds voller wordt.

In de beroemde eed van Hippocrates, in de vijfde eeuw voor Christus, wordt al naar de urologie verwezen. Hippocrates schreef "ik zal niet snijden bij lijders aan blaasstenen". In die tijd hielden artsen zich bezig met diagnose, dieet, leefstijl en observatie en niet met chirurgische ingrepen. Opereren was het domein van gespecialiseerde vakmensen, de steensnijders. De scheidslijn tussen duiden en doen was daarmee scherp afgebakend en herkennen we vandaag de dag nog in het onderscheid tussen de beschouwende en snijdende vakken. Door de eeuwen heen is die scheidslijn echter ook verschoven. Er ontstonden vakgebieden waar duiden en doen juist samenkwamen, zoals ook in de urologie. Juist dat samenvallen van denken en handelen is voor mij de reden geweest om voor de urologie te kiezen; binnen één orgaansysteem, dat mij het meest aansprak, kon ik werken in de volle breedte. In de chirurgie, waar ik daarvoor werkte, was subspecialisatie al ingezet. Analooq aan het lot van de algemeen chirurg is de algemeen uroloog de afgelopen 20 jaar ook grotendeels verdwenen. De komst van minimaal invasieve chirurgische technieken hebben

het snijdend palet enorm verbreed. Door die toename aan opties én door steeds hogere volumennormen, leert niet iedereen nog elke benadering te beheersen in de opleiding. Daarmee is opnieuw een scheidslijn ontstaan: niet zozeer tussen diagnose en operatie, maar tussen de verschillende manieren van opereren, tussen wie wat nog kan en mag doen.

Hippocrates schreef ook: "Het leven is kort, de kunst is lang, de gelegenheid is vluchtig, de ervaring bedrieglijk en het oordeel is moeilijk." Deze woorden, meer dan tweeduizend jaar oud, zijn nog verrassend actueel.

"Het leven is kort".

Dat lijkt een paradox in de huidige werkelijkheid, waarin de moderne geneeskunde de levensduur aanzienlijk heeft verlengd. Deze verlenging betreft echter vooral de kwantiteit van het leven en niet automatisch de kwaliteit ervan. Mensen brengen meer levensjaren in slechte gezondheid door, vrouwen helaas zelfs nog meer dan mannen. In een tijd waarin welvaartsziekten zoals obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten toenemen en waarin ook onze ecologische voetafdruk en leefstijl ter discussie staan, zijn de uitspraken van Hippocrates over voeding, beweging en observatie weer opvallend actueel. De vergrijzing maakt de urgentie nog groter. We weten nu al dat er simpelweg niet voldoende professionals zullen zijn om alle toekomstige zorgvragen te beantwoorden. Dat plaatst ons voor ongemakkelijke, maar noodzakelijke vragen en keuzes. Willen we alles blijven doen wat technisch kan, ook als de kwaliteit van het leven daar niet mee verbetert? En wat betekent tijd winnen wanneer die tijd niet goed wordt beleefd? Hoe verhoudt zich dat tot een zorgsysteem dat steeds verder onder druk staat, waarin capaciteit en werkdruk allang grenzen van het haalbare hebben bereikt? De vraag naar kwali-tijd wordt daarmee geen luxe, maar een randvoorwaarde voor houdbare en betekenisvolle zorg – ook binnen de urologie.

“De kunst is lang”

Deze uitspraak kan worden gezien als een erkenning van de beperktheid van het menselijk bestaan tegenover de oneindigheid van kennis en wetenschap. De hoeveelheid medische kennis groeit sneller dan wij kunnen bijhouden. Subspecialisatie is noodzakelijk geworden om grip te houden op een steeds breder wordend veld: geen enkele arts kan het volledige vakgebied nog beheersen of het geheel compleet overzien.

Tegelijkertijd dienen nieuwe vormen van kennis zich aan. AI en big data bieden ongekende inzichten, maar brengen ook nieuwe onzekerheden. AI kan in sommige situaties adviezen of beoordelingen van artsen evenaren of zelfs overtreffen. Het komt inmiddels voor dat een patiënt een advies pas accepteert wanneer een AI-tool hetzelfde oordeel geeft. Dat lijkt een bevestiging, maar het is ook een verschuiving: vertrouwen in de arts maakt plaats voor afhankelijkheid van algoritmen.

Daarbij is het huidige medische systeem sterk gericht op waarneembare feiten en wetenschappelijk verifieerbare kennis. Andere vormen van weten — zoals persoonlijke ervaring, klinische intuïtie en ethisch inzicht — dreigen daardoor naar de achtergrond te verdwijnen. Want is een subjectieve pijnervaring minder ‘echt’ dan een afwijkende bloedwaarde of scan? En hoe past de intuïtie van een arts in een strikt evidence-based systeem?

Zo worden we in de spreekkamer geconfronteerd met een nieuwe werkelijkheid: we zijn letterlijk van eed tot AI gegaan.

Juist daarom vraagt deze tijd van ons als zorgverleners dat we de menselijke maat actief bewaken: oog houden voor de wensen en behoeften van de patiënt en die tegelijk helpen te kaderen binnen wat werkelijk bijdraagt aan kwaliteit van leven. Het vinden van die balans — tussen data en duiding, tussen techniek en tijd — is misschien wel de grootste uitdaging van onze tijd.

“De tijd is vluchtig”

Hippocrates bedoelde hiermee dat het juiste moment om te handelen kort en daarmee ook kostbaar is. Hij waarschuwde dat de gelegenheid snel vervliegt. Binnen de geneeskunde vraagt kwaliteit om tijd: tijd om te luisteren, te reflecteren en op het juiste moment te handelen. Maar juist de tijd staat in deze moderne tijd onder druk. In de recente visie van “De medisch specialist 2035” wordt dat ook scherp benoemd: de moderne specialist moet voortdurend balanceren tussen technologische mogelijkheden, maatschappelijke verwachtingen en de realiteit van beperkte menskracht. Daarmee verschuift het tijdig handelen naar bedachtzaam handelen, door bewust te kiezen wat wél en vooral ook wat niet te doen en daarmee de kwali-tijd te bewaken. Niet *meer* doen in minder tijd, maar *beter* doen in de juiste tijd.

“De ervaring bedrieglijk”

We leven in een tijd waarin kennis en verwachtingen exponentieel groeien. De patiënt van nu is beter geïnformeerd, maar ook sneller verontrust. De digitale second opinion via een zoekmachine of AI-app vergroot de kloof tussen weten en begrijpen. Informatie is er in overvloed, maar betekenis niet. Juist daarom is het onze taak om die overvloed aan informatie te vertalen naar wat er werkelijk toe doet. Niet elke afwijking is een probleem, niet elke uitslag vraagt om actie, niet elke scan geeft rust. De uitdaging ligt in het onderscheid maken tussen wat *mogelijk* relevant is en wat *werkelijk* relevant is — voor de ziekte, maar vooral voor het leven dat iemand leidt.

In de multidisciplinaire oncologie-overleggen van nu, zien we hoe ervaring óók kan bedriegen. De lijst aan patiënten groeit, terwijl de beschikbare tijd steeds korter wordt. Per bespreking worden steeds meer casus besproken. Het gevolg is dat de patiënt soms teruggebracht wordt tot een reeks getallen, classificaties en een performance-score. De nuance — hoe iemand functioneert, wat iemand wil, hoe iemand zijn dagen door-

brengt — raakt in de verdrukking. De mens wordt samengevat tot zijn tumorstadium.

Dat heeft gevolgen. Want als we alleen kijken naar objectieve parameters, lijkt intensieve follow-up of frequente controle een vanzelfsprekende keuze. Wat technisch mogelijk is, wordt dan al snel het uitgangspunt — maar de vraag is of het ook bijdraagt aan kwaliteit van leven, aan kwali-tijd. Wat is de werkelijke winst van een extra controle, een extra scan, een extra moment van onzekerheid?

Voor de patiënt betekent intensieve monitoring vaak een leven van scan tot scan: weken van spanning, wachten en terugkerende onrust — tijd die niet bijdraagt aan kwaliteit van leven en soms zelfs ten koste gaat van kwali-tijd. Studies laten zien dat dit in bepaalde kankersoorten geen invloed heeft op de overleving, terwijl de psychische belasting wél aanzienlijk is. Dan is de vraag gerechtvaardigd of we niet vaker moeten kiezen voor controleren op indicatie — op het moment dat klachten zich aandienen — in plaats van op automatische tijdstippen.

Daar komt bij dat onze zorgcapaciteit niet onbeperkt is. Iedere controle, elke scan, elk consult vraagt tijd van professionals die al schaarser worden. Tijd besteden waar die medisch én menselijk het meest betekenisvol is, is daarom geen beperking, maar een vorm van recht doen aan patiënten én aan het systeem dat we samen dragen.

Het gevaar van ons sterk datagedreven zorgsysteem is dat alles wat meetbaar is, betrouwbaar lijkt – en alles wat niet (nog) meetbaar is naar de achtergrond verdwijnt. De ervaring van ziek zijn, van pijn, van angst, van tijd verliezen of winnen, laat zich niet vangen in cijfers. Patient Reported Outcome en Experience measurements (PROMs en PREMs) zijn ontworpen om die ervaring te vangen, maar blijken in de praktijk lastig te implementeren en voegen vaak weer nieuwe tijdrovende administratieve handelingen toe.

En daarmee is de les van Hippocrates actueler dan ooit: ervaring kán bedriegen, maar vooral wanneer we de verkeerde ervaring centraal stellen. Zorg moet niet alleen meetbaar waardevol zijn, maar vooral voelbaar waardevol.

“Oordeel is moeilijk”

Ook deze laatste Hippocratische les blijkt opmerkelijk actueel. Het huidige zorgsysteem dwingt ons te werken in strikte protocollen, met het tuchtrecht als altijd aanwezige wolk erboven. Dat biedt houvast, maar beperkt soms ook de professionele autonomie van artsen en de ruimte voor maatwerk. Want wat als gepast gebruik of zinnige zorg op papier effectief lijkt, maar door patiënten als onvoldoende of onbevredigend wordt ervaren? Het kostenaspect speelt daarbij onmiskenbaar een rol, maar mag nooit leidend worden boven wat voor de patiënt werkelijk van waarde is.

Het oordeel wordt verder bemoeilijkt door de spanning tussen de autonomie van de arts en die van de patiënt. Shared decision making is in theorie prachtig, maar in de praktijk vaak sterk gericht op technische opties en evidence, veel minder op de subjectieve of beleefde tijd. Terwijl juist die tijd — hoe iemand zijn dagen ervaart, hoe hij functioneert, hoe hij zich voelt — bepalend is voor kwaliteit van leven. Wachten op zorg, wachten op een gehaast consult, wachten in onzekerheid: dat is géén kwali-tijd.

Technologische vooruitgang versterkt die spanning. Succes van zorg wordt nog steeds vooral gemeten in overlevingspercentages, ziektevrije tijd en complicaties. Maar hoe iemand zich daadwerkelijk voelt, hoe tijd wordt beleefd, hoe relaties, werk, seksualiteit en autonomie worden beïnvloed — dat raakt ondergesneeuwd. Waarom zou de subjectieve kwaliteit van leven niet de uitgangspunt zijn bij behandelkeuzes, in plaats van een bijzaak?

Niet dagen aan het leven toevoegen, maar leven aan de dagen — die kreet wordt vaak gebruikt in de laatste levensfase, maar is net zo relevant in andere fases van zorg. In zijn oratie benadrukte Mooijaart dat ouderen van 70 jaar en ouder bij een SEH-bezoek als belangrijkste doel noemen: behoud van kwaliteit van leven en zelfredzaamheid. Dat is geen uitzondering, maar een rode draad. En het is precies waar deze Hippocratische les op wijst: het oordeel is moeilijk, maar het wordt onmogelijk wanneer we alleen kijken naar meetbare tijd, en niet naar beleefde tijd.

Deze vijf lessen van Hippocrates helpen ons scherp te blijven op wat er werkelijk toe doet in de zorg. Maar richting krijgen ze pas wanneer we ze plaatsen binnen het waardekompass van deze universiteit. De eerste daarvan, verbinden, is misschien wel de kern van alles wat goede zorg kan zijn, in de urologie én daarbuiten.

Verbinden

Verbinden betekent voor mij allereerst het samenbrengen van technische mogelijkheden met de persoonlijke beleving van de patiënt. De urologie biedt tal van hoogtechnologische behandelingen, maar de keuze daarvoor zou altijd geworteld moeten zijn in de vraag wat iemand werkelijk nodig heeft om goed te kunnen leven. Dat vraagt luisteren, begrijpen en soms erkennen dat winst in kwaliteit van leven belangrijker is dan het benutten van alle technische mogelijkheden. Die kwaliteit van leven staat ook zeer centraal in mijn eigen expertisegebied: de functionele urologie en specifiek de zorg voor vrouwen met stressincontinentie.

Uit onderzoek van een masterstudent van de TU Delft, waarbij wij betrokken waren, bleek hoe verschillend de blik van de zorgprofessional kan zijn van die van de vrouw met incontinentieklachten. Waar wij als artsen als vanzelfsprekend gericht zijn op het oplossen van het probleem, staat voor vrouwen vooral de zelfstandigheid centraal: grip houden op de dag,

sociale activiteiten, werk, intimiteit en de tijd die zij zelf willen invullen. Dat verschil in perspectief zien we breder in de geneeskunde: het medische perspectief en het patiënten-perspectief overlappen niet vanzelf.

In ons eigen vragenlijstonderzoek naar kennis en bespreking van behandelopties bij stressincontinentie wordt dit beeld bevestigd. In de eerste lijn blijkt kennis over praktische hulpmiddelen en behandelopties vaak versnipperd. Huisartsen zijn niet bekend met alle mogelijkheden of verwijshrouten, waardoor vrouwen soms al bij de eerste stap een beperkt overzicht krijgen. Daarna komt de bekkenfysiotherapeut in beeld. Bekkenfysiotherapeuten vormen een essentiële schakel tussen eerste en tweede lijn. Ze zouden in de praktijk graag meer regie nemen, maar zijn niet bevoegd om zelf te verwijzen. Ook bij hen bestaat nog een kenniskloof over alle beschikbare opties. Terwijl juist zij, vaak al vóór de tweede lijn, vrouwen kunnen ondersteunen bij het terugwinnen van controle en zelfredzaamheid.

Wanneer een vrouw vervolgens in de tweede lijn terechtkomt, zou je willen dat het niet uitmaakt door welke deur zij binnenstapt: bij de gynaecoloog, bij de uroloog of bij een gecombineerd spreekuur. In de praktijk wordt de zorg voor stressincontinentie bij vrouwen in Nederland in de tweede lijn in ongeveer 75% primair door de gynaecoloog verzorgd. Urologen zien daarmee een wezenlijk kleiner deel van deze populatie. Bij urologen blijken de meer complexe of “last resort”-opties bij recidief en/of ernstige incontinentie vaker besproken te worden. Hoewel er een gezamenlijke richtlijn is opgesteld, blijkt die in de praktijk dus onvoldoende houvast te bieden om overal dezelfde breedte aan behandelingen te bespreken. Door deze verschillen ligt de boodschap dat zij er “maar mee moet leren leven” sneller op de loer. Dat is geen kwestie van onwil, maar van onvoldoende verbinding in het zorgpad en tussen specialismen.

De impact van deze klachten – zeker bij de meest aangedane groep – is groot. Vrouwen trekken zich terug uit sport, bewe-

gen minder — wat hun fysieke gezondheid en zelfvertrouwen ondermijnt — mijden sociale activiteiten en ervaren belemmeringen in hun werk en dagelijks functioneren. Stressincontinentie is geen levensbedreigende aandoening, maar wel een die de kwaliteit van leven en dus de kwali-tijd, diepgaand beïnvloedt. Het is daarmee niet alleen een individueel probleem, maar ook een maatschappelijk probleem: een andere manier van “levens redden”, niet in objectieve overlevingstijd, maar in de subjectieve tijd waarin iemand zich gezien en volwaardig voelt.

Er wordt gelukkig veel ontwikkeld: keuzehulpen, de gratis UrInControl-app en meer aandacht voor functionele klachten. Maar deze initiatieven bereiken vooral vrouwen die al in zorg zijn. Echte verbetering betekent dat elke vrouw toegang heeft tot dezelfde betrouwbare informatie, dat de stap naar zorg laagdrempelig is, en dat zij de kans krijgt om een goed geïnformeerde keuze te maken. Dat gaat niet alleen over betere zorg, maar ook over een rechtvaardige verdeling van middelen en — in het licht van schaarser wordende capaciteit en ecologische impact — over duurzaamheid. Wanneer vrouwen eerder en beter ondersteund worden, neemt hun beroep op de zorg en incontinentiemiddelen af, terwijl hun kwaliteit van leven toeneemt.

Hier raakt verbinden ook aan een ander urgent vraagstuk: de genderkloof in de zorg. Incontinentie is nog steeds een taboe en wordt bij vrouwen vaak genormaliseerd als ‘iets wat erbij hoort’ na bevallingen of bij het ouder worden. De toegang tot passende zorg is minder vanzelfsprekend dan bij mannen. We laten vrouwen nog te vaak zelf de weg zoeken in een zorgsysteem dat hen niet optimaal ondersteunt.

Deze genderkloof laat zich zelfs zien in hoe we dezelfde evidence in richtlijnen interpreteren. Een duidelijk voorbeeld daarvan is de rol van bekkenfysiotherapie bij stressincontinentie. Bij mannen is bekkenfysiotherapie na een prostaatoperatie inmiddels vanzelfsprekend: het geneest de incontinentie niet, maar bevordert herstel en geeft langdurige winst. Bij vrouwen

na een bevalling zien we ook een gunstig effect van bekkenfysiotherapie, met ongeveer 21% minder incontinentieklachten. Toch luidt de conclusie dat routinematig aanbieden bij vrouwen niet nodig is. Twee situaties met vergelijkbare winst, maar een verschillende weging van wat nodig wordt geacht. Dat wringt des te meer wanneer we kwali-tijd serieus nemen.

Dat deze achterstand een structurele is, werd bevestigd door de toekenning van de Corrie Hermannprijs voor mijn inzet op dit terrein — een prijs die specifiek aandacht vraagt voor gelijke kansen in gezondheid voor vrouwen. Het illustreert hoe noodzakelijk het is om deze ongelijkheid te erkennen en actief te verkleinen, zodat elke vrouw, ongeacht waar zij de zorg instapt, dezelfde mogelijkheden krijgt voor herstel en kwaliteit van leven.

Verbinden is daarom niet alleen een professionele opdracht, maar ook een maatschappelijke. Het vraagt dat wij het Leidse principe van vrij denken en open uitwisseling in de praktijk brengen: door wetenschappelijke inzichten te verbinden met de dagelijkse problemen van patiënten, door samenwerking tussen disciplines te versterken en door de persoon achter de klacht opnieuw centraal te zetten. Juist daar, in die verbinding, ontstaat ruimte voor echte kwali-tijd.

Verbinden legt de basis voor goede zorg. Maar om die verbinding levend te houden in een zorg die voortdurend in beweging is, moeten we ook durven vernieuwen. Daarom neem ik u graag mee naar de volgende kernwaarde: vernieuwen

Vernieuwen

In het 450-jarig bestaan van deze universiteit hebben we geleerd dat vernieuwing de motor is van vooruitgang; niet alleen vernieuwing van kennis, maar ook van denken. De echte uitdaging van vandaag is om technologische vooruitgang te verbinden met menselijke waarden. Als urologen moeten wij daarom niet alleen vernieuwen in onze technieken, maar ook in onze

benadering van de patiënt. Als we technologische vooruitgang omarmen, mogen we de morele verantwoordelijkheid die uit onze eed voortvloeit nooit uit het oog verliezen. Vernieuwing gaat niet alleen over wat algoritmes kunnen, maar over hoe wij als professionals hun uitkomsten duiden en daar in de praktijk invulling aan geven. Het vraagt dat we moderne kennis omzetten in zorg die daadwerkelijk bijdraagt aan kwaliteit van leven — en dus aan kwali-tijd.

In de urologie zien we tal van voorbeelden waarin innovatie juist heeft geleid tot minder belasting voor de patiënt en tegelijkertijd tot betere zorg. Een duidelijk voorbeeld daarvan is de active surveillance voor laag-risico prostaatkanker. Waar vroeger vrijwel altijd werd geopereerd of bestraald, weten we inmiddels dat veel mannen zonder interventie veilig kunnen worden gevolgd, zonder dat ze daar korter van leven - maar mét behoud van kwaliteit van leven. Een vergelijkbare verschuiving zien we bij small renal masses, waar steeds vaker eerst wordt gekozen voor vervolgen in plaats van direct ingrijpen, of voor een gerichte ablatieve behandeling in plaats van een operatie. Ook het uitvoeren van een sentinel node procedure bij prostaatkanker, die wij als een van de weinige centra in Nederland recent ook in het LUMC hebben geïmplementeerd, is hier een voorbeeld van. Niet alle lymfeklieren worden verwijderd terwijl het dezelfde diagnostische informatie oplevert, maar met aanzienlijk minder morbiditeit. Dit is vernieuwing op z'n best: met minder *bé*ter doen als leidend principe.

Vernieuwing kan ook liggen in het anders gebruiken van bestaande geneesmiddelen. Ons onderzoek naar penfluridol (een antipsychoticum) als mogelijke behandeling bij niet-spieurinvasief blaascarcinoom, laat zien dat vernieuwing niet altijd zit in nieuwe, dure middelen, maar in het anders inzetten van wat we al hebben. Drug repurposing is duurzamer, potentieel effectief en vermindert de afhankelijkheid van middelen die schaars of milieu-intensief zijn. Het laat zien dat innovatie niet alleen een technische, maar ook een maatschappelijke en ecologische dimensie heeft.

Daarnaast vraagt vernieuwing dat we domeinen serieus nemen die traditioneel minder aandacht kregen. De door collega Elzevier opgerichte stichting Sick & Sex brengt seksualiteit en intimiteit bij medische aandoeningen nadrukkelijk onder de aandacht. Kwaliteit van leven gaat immers niet alleen over lichamelijk functioneren, maar ook over relaties, intimiteit en identiteit. Het bespreekbaar maken van deze onderwerpen is een vorm van zorgvernieuwing die niets met technologie te maken heeft, maar alles met menselijkheid.

En tenslotte vraagt vernieuwing ook oog voor de *subjectieve* tijd: de tijd zoals deze wordt beleefd. Niet alleen de objectieve tijd die we kunnen meten in overleving of ziektevrije maanden, maar hoe iemand zijn dagen doorbrengt, hoe hij zich voelt, en welke dingen vreugde of betekenis geven. Ook dat is innovatie: het verbreden van wat we meten, waarderen en meenemen in onze besluitvorming.

Zo wordt duidelijk dat vernieuwing meer is dan het verfijnen van medische interventies. Het is een manier van kijken die techniek verbindt met betekenis, duurzaamheid met kwaliteit, en subjectieve tijd met objectieve uitkomsten. Pas wanneer zorg niet alleen doet wat technisch mogelijk is, maar aansluit bij wat voor iemand werkelijk van waarde is, ontstaat echte vooruitgang — vooruitgang die bijdraagt aan kwali-tijd

Vernieuwing brengt de zorg in beweging, maar beweging alleen is niet genoeg.

Wat we kunnen, neemt iedere dag toe — maar wat we moeten, vraagt om iets anders: om verantwoordelijkheid. Waar verbinden de basis vormt en vernieuwen de vooruitgang, daar bepaalt verantwoordelijkheid de koers.

Verantwoordelijk

Verantwoordelijkheid in de zorg gaat verder dan het zorgvuldig uitvoeren van richtlijnen of het efficiënt organiseren van zorgprocessen. Verantwoordelijkheid betekent dat we ons

steeds opnieuw afvragen wat zorg werkelijk bijdraagt aan het leven van een mens; aan waardigheid, autonomie, betekenis - aan kwali-tijd. In een tijd van groeiende zorgvraag, toenevende complexiteit en beperkte middelen wordt deze vraag urgenter dan ooit.

In *The House of God* van Samuel Shem — in mijn co-schappen aanbevolen als verplichte literatuur — staat de zin: “*It’s the patient who’s got the disease.*” Maar in werkelijkheid is dat maar een deel van het verhaal. Bij chronische aandoeningen, langdurige nasleep of ingrijpende behandelingen “heeft” ook de partner de ziekte, omdat het dagelijks leven, de intimiteit en toekomstverwachting ook veranderen. En ook de arts draagt het mee, omdat die moet uitleggen, duiden en begeleiden. Het komt regelmatig voor dat patiënten achteraf zeggen: “Als ik dat van tevoren had geweten, had ik misschien anders gekozen.” Dat confronteert ons met een essentiële vraag: benoemen we het wisselgeld van onze voorstellen wel goed genoeg?

Bij mannen na een radicale prostatectomie zien we dat duidelijk terug. Incontinentie of erectiele dysfunctie worden vooraf weliswaar besproken, maar de daadwerkelijke impact, wanneer het hun eigen werkelijkheid wordt, blijkt vaak veel groter dan men zich had voorgesteld. Een deel geeft aan dat zij wellicht andere keuzes hadden gemaakt als niet alleen de kans, maar vooral de impact van het mogelijke wisselgeld explicieter was besproken. Daarbij durft vrijwel niemand spontaan te vragen naar veranderingen in de lengte van de penis, terwijl veel mannen na de ingreep merken dat deze korter is. De opluchting is vaak groot wanneer bevestigd wordt dat dit niet ‘tussen de oren’ zit, maar een logisch gevolg is van de ingreep. Juist dat soort aspecten actief benoemen, is verantwoordelijkheid: eerlijk zijn over gevolgen die niet altijd in statistiek passen, maar diep ingrijpen op intimiteit, zelfbeeld en dagelijks functioneren.

“The art of medicine consists in amusing the patient while nature cures the disease.” Een lichtvoetige uitspraak van verlichtings-

filosoof Voltaire, maar met een serieuze kern: veel patiënten hebben niet alleen een behandeling nodig, maar ook rust, erkenning en duiding — tijd om te begrijpen wat er gebeurt. Tijd is daarmee zelf ook een vorm van behandeling. En juist daarom is wachten op zorg, wachten op onderzoeken of wachten op een gehaast consult géén kwali-tijd. Tijd die we mensen ontnemen, komt nooit meer terug. Hetzelfde geldt ook voor de tijd van zorgverleners; ook die is schaars. Tijd die opgaat aan onnodige stappen, overmatige controle of administratieve belasting, ontbreekt elders — bij gesprekken die ertoe doen en bij zorg die werkelijk waarde toevoegt.

Verantwoordelijkheid betekent dus bewaken hoe we tijd gebruiken: de tijd van patiënten én de tijd van professionals. Tijd beschermen, tijd richten en tijd waarderen — omdat tijd in de zorg misschien wel het meest schaarse én het meest waardevolle is dat we hebben.

Verantwoordelijkheid betekent ook dat we ongelijkheid durven benoemen én aanpakken. De variatie in vrouwenzorg bij stressincontinentie laat zien dat verantwoordelijkheid ook meer is dan goed behandelen: het is ook recht doen aan iedere patiënt: dezelfde vrouw moet dezelfde opties krijgen, ongeacht door welke deur van de tweede lijn zij binnenkomt. Taboes doorbreken en misvattingen corrigeren horen daarbij. Maar verantwoordelijkheid vraagt óók dat we beter begrijpen wat werkt, voor wie, en in welke volgorde.

Bekkenfysiotherapie is vaak de eerste stap, maar een groot deel van de vrouwen belandt toch bij chirurgie. We begrijpen nog onvoldoende welke vrouwen echt baat hebben bij conservatieve behandeling en wie juist beter eerder naar een operatieve optie kunnen worden begeleid. Dat vraagt onderzoek dat kijkt naar ernst van klachten, sociaaleconomische factoren, leefstijl, voorkeuren, coping stijl en mogelijk zelfs persoonlijkheidskenmerken, om zo de behandeling met de beste kwali-tijd te kunnen bespreken. Daarnaast is de doelmatigheid en duurzaamheid van onze zorgpaden onvoldoende bekend. Is een traject met standaard eerst bekkenfysiotherapie werkelijk het

meest doelmatig? Of werkt bij sommige vrouwen een pad met eerder chirurgisch ingrijpen beter — met minder langdurige klachten, minder herhaalinterventies en een kleinere ecologische voetafdruk? Ook binnen het chirurgische traject ligt een verantwoordelijkheid: beter voorspellen welke vrouwen risico lopen op suboptimale uitkomsten, zowel bij de eerste ingreep als bij vervolgkeuzes na eerdere failure.

Daarmee wordt duidelijk dat verantwoordelijkheid in de moderne geneeskunde verder gaat dan handelen volgens het boekje. Het vraagt moed om eerlijk te zijn; over wat een behandeling wél en niet toevoegt, omdat kwali-tijd net zo'n belangrijk uitkomst is als overleving of complicaties. Pas wanneer we onze verantwoordelijkheid op die manier invullen, kunnen we keuzes maken die daadwerkelijk bijdragen aan kwaliteit van leven- en dus aan kwali-tijd.

10

Vrij

Vrijheid is de vierde kernwaarde van deze universiteit en misschien wel de meest persoonlijke. In de zorg gaat vrijheid niet alleen over het recht van patiënten om te kiezen, maar ook over de ruimte voor artsen om die keuzes met hen te verkennen, te duiden en soms zelfs te heroverwegen. Vrijheid betekent dat zorg niet wordt teruggebracht tot een protocol of een algoritme of een vaste volgorde, maar dat er ruimte blijft voor wat iemand werkelijk nodig heeft.

Vrijheid voor patiënten begint bij begrijpelijke, eerlijke informatie. Niet alleen over technische details, maar over impact: wat betekent deze behandeling voor *mijn* dagelijks leven? Voor *mijn* relaties? Voor *mijn* autonomie? Voor *mijn* tijd? Vrijheid vraagt dat we verder kijken dan de vraag: “Wat kunnen we doen?” en ons richten op “Wat past bij u?”

Maar vrijheid geldt ook voor zorgverleners. In een tijd van protocollen, indicatoren, productieprikkelers en een groeiende rol voor AI, dreigt die professionele ruimte kleiner te worden.

Natuurlijk *mag* worden afgeweken van richtlijnen — mits onderbouwd, besproken met de patiënt en zorgvuldig gedocumenteerd. Maar juist dat vraagt tijd, aandacht en administratieve ruimte die steeds meer onder druk staan. Vrijheid betekent daarom dat artsen de ruimte houden om af te wijken wanneer dat beter is, om tijd te nemen wanneer tijd de belangrijkste behandelvorm is, en om nee te zeggen tegen interventies die wel kunnen, maar niet bijdragen aan kwaliteit van leven.

AI maakt die vraag urgenter. AI kan voorspellen, ordenen en ondersteunen — en dat is waardevol. Maar vrijheid vraagt om digitale wijsheid: weten wanneer je vertrouwt op het algoritme en wanneer je kiest voor menselijke duiding. Waar de eed van Hippocrates appelleert aan ons moreel kompas, dwingt AI ons tot het scherp houden van dat kompas.

Vrijheid betekent ook dat we ruimte maken voor subjectieve tijd: dat we proberen tijd te geven waar het kan, rust waar het nodig is en overzicht waar het ontbreekt. Dat we ruimte bieden om stil te staan bij wat iemand belangrijk vindt — ook wanneer dat niet strookt met de strak georganiseerde werkelijkheid van ons zorgsysteem of onze eigen cultuur. Want vrijheid vraagt ook om het erkennen van diversiteit: niet iedereen wil alles weten, niet iedereen wil alles proberen, niet iedereen kiest voor maximale levensverlenging. Vrijheid betekent dat deze verschillen niet alleen worden toegestaan, maar dat ze richtinggevend zijn voor de zorg die we leveren. Vrijheid is de ruimte om te kiezen voor kwali-tijd boven kwantiteit van tijd. En precies daar ontmoet deze kernwaarde de rode draad van mijn oratie: dat goede zorg begint met de vraag hoe tijd betekenis krijgt voor een mens.

Slot

Wanneer we de vier kernwaarden van deze universiteit — verbindend, vernieuwend, verantwoordelijk en vrij — naast de Hippocratische lessen leggen, zien we een opvallende parallel. Beide kaders zijn eeuwen van elkaar verwijderd, maar raken

dezelfde kern: dat goede zorg niet begint bij techniek, maar bij menselijkheid. Dat keuzes in de zorg niet alleen worden bepaald door wat kan, maar vooral door wat ertoe doet.

Van eed tot AI laat zien hoe breed de zorg zich heeft ontwikkeld, maar ook hoe veel hetzelfde is gebleven. Want ondanks alle technologische vooruitgang, blijft de belangrijkste vraag voor zorgverleners, bestuurders, beleidsmakers en wetenschappers: wat draagt het bij aan de kwaliteit van tijd, de kwali-tijd?

Als we ons die vraag onvoldoende stellen, dreigt zorg die ooit topzorg werd genoemd langzaam te verschuiven naar tob-zorg. Niet omdat zorgverleners minder kundig zouden zijn, maar omdat het systeem hen soms de tijd ontnemt om te doen wat ertoe doet. Tijd om uit te leggen. Tijd om te luisteren. Tijd om af te wegen. Tijd om nee te zeggen wanneer ja niet past. Dit vraagt niet om meer protocollen, maar om meer perspectief. Niet om sneller werken, maar om beter besluiten.

Het terugbrengen van de menselijke maat is daarmee geen luxe, maar een noodzaak om onze zorg houdbaar te houden. Het betekent dat we ons moeten blijven afvragen hoe we technologie blijven gebruiken zonder dat die tijd opslokt. Kwali-tijd is daarmee geen bijvangst van zorg, maar de bedoeling ervan.

Voor mijn vak en voor onze afdeling Urologie betekent dit dat wij de komende jaren onze keuzes systematisch langs dit kwali-tijd-kompas leggen: door zorgpaden zo in te richten dat zij tijd teruggeven in plaats van tijd kosten; door gelijke en toegankelijke zorg voor vrouwen met stressincontinentie te bevorderen; door duurzaam en doelmatig te werken waar minder méér is; en door de subjectieve tijd nadrukkelijker mee te wegen in besluitvorming. Kwali-tijd is daarmee toetssteen waarlangs we toekomstige keuzes moeten leggen, in de spreekkamer en daarbuiten.

Dankwoord

Van eed tot AI: het is een lange, maar geen eenzame weg. Velen stonden naast me, dachten mee, hielden me scherp en hebben zo bijgedragen aan de totstandkoming van mijn benoeming. Aan hen wil ik nu graag mijn dank uitspreken, zonder hen had ik hier niet gestaan.

Allereerst zijn dat natuurlijk het College van Bestuur van de Universiteit Leiden en de Raad van Bestuur van het LUMC. Dank voor het in mij gestelde vertrouwen. Daarnaast mijn bijzondere dank aan collega en copromotor Henk Elzevier en mijn voorganger en afdelingshoofd Rob Pelger. Jullie bedachten eerder dan ikzelf dat ik een goede match was op deze functie. Dank voor de het planten van de zaadjes en de gesprekken voorafgaand aan het moment dat ik besloot mijn sollicitatiebrief te versturen.

Ook een speciaal woord van dank aan oud-collega en andere co-promotor Pieter Groenendijk. Je stond aan de wieg van mijn promotietraject en daarmee ook aan de wieg van deze stap naar de academie. De verdediging in het Groot Auditorium ging niet door vanwege corona, nu zijn we hier alsnog.

Dank ook aan alle oud-collega's uit het HMC. Het is het ziekenhuis waar ik ben opgegroeid en gevormd tot de dokter die ik nu ben. Dank eenieder voor zijn of haar bijdrage hierin.

Dan mijn collega stafleden van het LUMC. Dank voor het warme bad waar ik in terecht kwam waardoor ik elke dag met veel plezier naar mijn werk kom. De fantastische ondersteuning van de verpleegkundigen en ons secretariaat draagt daar ook aan bij. Wat boffen wij met zo'n topteam. Collega researchers van het oncologisch onderzoek en de bekkenfysiotherapie, het kloppend hart van het urologisch onderzoek van onze afdeling, jullie doen fantastisch werk, dank voor de fijne samenwerking.

De AIOS Urologie mogen hier ook niet ontbreken. Wat is het ontzettend tof en een verrijking om met jullie te werken. Het houdt me scherp, uiteraard ook jong, en levert regelmatig extra stappen op een dag met wandelingetjes naar de Lebkov voor lekkere koffie. Jullie verwondering bij het reilen en zeilen in een academisch ziekenhuis, zowel in positieve zin als in verbeterpotentieel, is voor mij -in ieder geval nu nog- herkenbaar. Met (en dankzij!) jullie hoop ik dat vast te kunnen houden. Altijd nieuwsgierig blijven en niet te snel oordelen!

Zeer gewaardeerde studenten. Dank dat ook jullie me scherp houden.

Tot slot een dank voor het thuisfront. Mijn lieve familie, schoonfamilie en vrienden die ik niet allemaal bij naam kan noemen hier. Jullie betekenen veel en zijn onmisbaar voor mij en hebben allemaal op eigen wijze bijgedragen aan dat ik hier sta.

Lieve papa en mama, dank voor de stevige en liefdevolle basis die jullie ons hebben gegeven. Van jongs af aan werd zelfstandigheid en zelfredzaamheid bevorderd, met een onvoorwaardelijk en liefdevol vertrouwen in ons. Ik weet niet of dit ook natuurkundig verklaarbaar is, pap, maar het heeft ons alle vier gemaakt tot sterke, onafhankelijk denkende individuen die de kracht van dat warme nest ook weer aan de volgende generatie doorgeven.

Lieve Emma, Mara, Fien en Max. Net als bij mij vroeger thuis met zijn vieren en ook alle vier totaal verschillende karakters. En toch gaat bijna altijd alles in goede harmonie. Jullie zijn mijn trots en mijn alles, ik hou superveel van jullie.

Tot slot mijn fantastische man en rots in de branding Thijs. Zonder jouw aanmoediging, liefde, vertrouwen en back-up thuis bij alles wat het reilen en zeilen van een groot gezin met huisdieren met zich meebrengt, zou ik hier niet staan. Onze karakters verschillen aanzienlijk, maar dat vormt juist het

stevige fundament van ons samen en dat van ons gezin. Jij bent degene die me kan laten landen wanneer ik te hard ga en die me precies op het juiste moment laat dimmen. Dank je wel dat je naast me staat, altijd. Ik hou van je en kijk uit naar nog heel veel gezamenlijke kwali-tijd.

Ik heb gezegd.

PROF.DR. MAXIME T.M. KUMMELING



1995-1999	Doctoraal Geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen
2000-2002	Master Geneeskunde, Universiteit Leiden
2005-2011	Opleiding tot uroloog, HMC Den Haag, Erasmus MC en Franciscus Vlietland Rotterdam
2020	PhD Leiden University — <i>Urethral function in overactive bladder syndrome</i>
2012-2024	Uroloog in HMC, Den Haag
2024	Hoogleraar Urologie en afdelingshoofd, afdeling Urologie, LUMC

Prof. dr. Maxime Kummeling richt zich met name op functionele urologie bij vrouwen met een overactieve blaas en incontinentie. Binnen dit domein geldt zij als een van de pioniers in onderzoek naar de rol van de plasbuis. Haar werk toont aan dat sekseverschillen in anatomie en functie vragen om andere diagnostische en therapeutische keuzes.

Zij stimuleert in het LUMC een multidisciplinaire benadering van bekkenbodempromblematiek, waarin urologie, gynaecologie, chirurgie en bekkenfysiotherapie structureel samenwerken. Het LUMC is

het tweede centrum in Nederland dat vrouwen met ernstige incontinentie een sfincterprothese kan aanbieden. Kummeling zet zich ervoor in om deze behandeling breder bekend te maken, de toegang te vergroten en de zorg voor vrouwen met complexe incontinentie landelijk te versterken.

Ze ontwikkelde en verzorgde landelijke multidisciplinaire nascholingen voor zorgverleners in de eerste en tweede lijn en draagt via podcasts, artikelen en media-optredens bij aan het bespreekbaar maken van taboes rondom incontinentie. Haar inzet richt zich op waarden gedreven zorg, patiëntveiligheid en openheid in de zorgpraktijk.

Binnen deze context houdt zij haar oratie “*Kwali-tijd in de urologie: van eed tot AI*”, over hoe kwaliteit, technologie en menselijke maat gezamenlijk richting moeten geven aan de toekomst van de urologie.

In 2025 ontving zij de Corrie Hermann-prijs voor haar inzet voor vrouwspecifieke urologische zorg en haar bijdrage aan het doorbreken van taboes en het versterken van kwalitatieve en toegankelijke zorg.

