

Komt een arts bij de dokter...

F.A. Verburg



Rede uitgesproken door prof. dr. Frederik Verburg ter gelegenheid van het aanvaarden van het ambt van hoogleraar met als leeropdracht Translationele Nucleaire Geneeskunde aan het Erasmus MC, faculteit van de Erasmus Universiteit Rotterdam op 16 September 2022

*Geachte Rector Magnificus,
Geachte Leden van het College van
Bestuur van de Erasmus Universiteit
Rotterdam,*

*Geachte Decaan,
Geachte Leden van van de Raad van
Bestuur van het Erasmus MC,
Beste familie, vrienden, collega's,*

*Geachte patiënten, studenten en
overige toehoorders,*

"Ik zal u vertellen waarom ik hier voor u sta met op het hoofd een zotskap, een ongewone dracht voor redenaars." Dit citaat uit Erasmus' alom bekende werk "Lof der Zotheid" moge wellicht wat hyperbool in terminologie, maar inhoudelijk toch zeker treffend voor deze oratie zijn. Ik sta hier voor u om mijn ambt als Hoogleraar Translationele Nucleaire Geneeskunde te aanvaarden en u daarbij kond te doen over de bijbehorende, soms wellicht wat oncomfortabele, inzichten, ideeën en plannen.

In de geneeskunde zijn vele fenomenen het beste inzichtelijk te maken aan de hand van een concrete casus. Daarom wil ik aan het begin van deze oratie graag een geval met u bespreken.

De protagonist van deze casus is een bijna 20-jarige student geneeskunde in zijn 2e studiejaar. Deze jongeman klaagt over sinds 2 weken bestaande klachten van veel plassen, veel drinken, ongewild gewichtsverlies van ongeveer 15 kg, moeheid en sinds heden tevens pijn in de maagstreek, gebrek aan eetlust, misselijkheid en braken.

U ziet een zieke patiënt, tendentieel somnolent met een Kussmaulse ademhaling. Hij is cachectisch, duidelijk gedehydriseerd en bij lichamelijk onderzoek vindt u een orale candidose alsmede bij palpatie een abdominale weerstand in de bovenbuik.

Graag deel ik ook het bijbehorend bloedonderzoek met u. Voor de meer intern geneeskundig geschoolden onder u zal het ziektebeeld meteen duidelijk zijn. Voor diegenen onder ons die meer in milligray dan in milligram (of geheel andere termen) denken, is mogelijk toch enige uitleg

nodig. Deze patiënt lijdt aan een diabetische ketoacidose als gevolg van een nieuw ontstane suikerziekte. Door gebrek aan insuline ontspooort het lichaam volledig: enerzijds kan glucose niet meer worden opgenomen en verwerkt in veel cellen die deze brandstof wel nodig hebben, anderzijds wordt ook de afbraak van vet naar glucose niet meer geremd. Het laatste veroorzaakt een ernstige verzuring, het eerste lijdt tot ernstige uitdroging. Deze combinatie van symptomen is in het hier beschreven, vergevorderde stadium van ontregeling zonder passende behandeling binnen enkele uren dodelijk.

Gelukkig ging het allemaal net goed. De patiënt kreeg op tijd een passende behandeling met insuline en vocht per infuus, en knapte snel op. We zijn nu enkele jaren verder, en de patiënt heeft mij toestemming gegeven om middels een foto te laten zien, dat het werkelijk goed met hem gaat (figuur 1).

Ja, u heeft het goed gezien. De patiënt in deze casus ken ik goed - ik beschrijf hem meestal in de eerste persoon enkelvoud. Er is een reden dat ik deze casus met u heb gedeeld: de ervaringen die ik in de eerder beschreven momenten en de daarop volgende nazorg heb opgedaan, hebben mij in veel opzichten meer geleerd dan zes jaar studie en vijf jaar specialisatie. Deze ervaringen dragen in belangrijke mate bij aan mijn visie op de geneeskunde in het algemeen en de nucleaire geneeskunde in het bijzonder, welke ik in de rest van dit college met u zou willen delen, verdeeld in de thema's "tijd", "individualiteit" en "laten we toch gewoon aardig voor elkaar zijn". Het begrip "tijd" moet in de zorg vanuit meerdere perspectieven worden gezien, namelijk de tijd voor en de tijd van de patiënt. Allereerst, de tijd voor de patiënt. Wellicht kent u het. Hopelijk voor u kent u het niet. U komt op uw afspraak bij de dokter. U bent wat te

vroeg. Dat is maar goed ook, want 5 minuten voor uw afspraak wordt u al binnengeropen. Na een kort consult waarbij nauwelijks een woord wordt gewisseld en al helemaal geen open vraag wordt gesteld, staat u 2 minuten voordat u uw afspraak zou hebben gehad alweer buiten. Een kans om uw vragen te stellen of over uw zorgen te spreken heeft u niet gehad. Eigenlijk weet u nog steeds niet waar u aan toe bent. Fictief? Nee, helaas uit het leven gegrepen.

Uit het perspectief van de patiënt zal deze collega, ongeacht zijn vakkundigheid, slechts zelden als een goede arts worden waargenomen. Een goede behandeling bestaat namelijk uit twee componenten: een inhoudelijk en vakkundig correcte behandeling is de iets kleinere van deze twee. De grotere component is het behandelen met oprechte menselijke interesse en warmte, zodat de patiënt zich niet alleen vakkundig en correct, maar ook als mens in plaats van als een object behandeld voelt. Dit kost soms tijd. Als ervaren patiënt kan ik u zeggen, dat een arts die niet de tijd neemt om mijn vragen te beantwoorden, mij het gevoel geeft dat ik de loop van de dag stoer en vooral zo snel mogelijk weer moet maken dat ik wegkom, er voor zorgt dat ik nooit meer terugkom - zelfs als dit achteraf gezien niet verstandig of zelfs gevaarlijk is.

Helaas wordt bovenstaande collega in de huidige tijd als een ideale dokter voor het gezondheidssysteem gezien. De poli kan nog wat voller worden gepland. Nog meer DBC's kunnen worden geopend. Nog meer rekeningen kunnen worden geschreven. Of de patiënt zich er beter van voelt? Het lijkt wel bijzaak. Tijd is duur en moet dus per patiënt zoveel mogelijk gereduceerd worden - zo lijkt het tenminste.

Helaas is de economisering zover doorgedreven dat niet alleen het belang van menselijke tijd niet wordt onderkend, maar ook de terminologie



Figuur 1.

zich steeds meer aanpast aan de drang naar een mechanistischere zorg zonder tijd en oog voor het menselijk aspect. Ik doel hierbij op de steeds meer onder artsen gebezigde term "productie draaien". Deze term komt natuurlijk oorspronkelijk uit het fabriekswezen en impliceert een sterk monotoon lopende band werk, zoals op fraaie wijze aanschouwelijk gemaakt door een van de grootste artiesten die ons land ooit heeft gekend. Namens onze helaas verhinderde decaan mag ik u hier nog een ander passend citaat van dezelfde grote artiest aan toevoegen: "een naaimachine naait en een nietmachine niet".

Echter, woorden zijn belangrijk. Als wij als artsen ons werk gaan aanduiden met termen uit de industriële fabricage, dan zal ook de houding ten opzichte van het werk, en als consequentie daarvan de organisatie van dit werk, in deze richting veranderen.

Beste collega's, ik wil geen stukgoed op de lopende band zijn. Ik kan mij niet voorstellen, dat u dat wel wilt zijn. Laten we dus alstublieft niet vergeten dat we, ongeacht of we nou chirurg, internist, radioloog of nucleair geneeskundige zijn, wij allemaal een direct of indirect deel zijn van het verzorgen van mensen. Mensen, die angsten hebben, hoop, verlangen, een levensverhaal - mensen net als u en ik. Zouden wij met elkaar kunnen afspreken de term "productie draaien" de deur van het ziekenhuis te wijzen en in de toekomst weer mensen te "verzorgen"?

Wat heeft dit alles nu met nucleaire geneeskunde te maken, hoor ik u, terecht, vragen. Het is misschien verrassend, maar, voor een arts die nog tijd en aandacht voor zijn patiënten wil hebben, is de nucleaire geneeskunde tot nu toe een fantastisch vak. Waar ik zelf ooit, bijna twintig jaar geleden, als ANIOS interne geneeskunde in mijn proeftijd ontslag heb genomen toen mij werd

opgedragen niet meer zoveel tijd met patiënten te praten en liever de labwaarden langer te bekijken, vond ik in de nucleaire geneeskunde een vak waar het de arts nog wordt vergund om voor elke patiënt die tijd te nemen, die de betreffende patiënt nodig heeft. En vergist u zich niet, dat is ook nodig. Een patiënt die voor een nucleair geneeskundige behandeling wordt verwezen, is vaak ernstig, levensbedreigend ziek. De behandeling is bedreigend, want "radioactief". De hoofdbehandelend arts heeft vaak noch de tijd in een (te) druk gepland spreekuur, noch de specifieke inhoudelijke kennis om op het nucleair geneeskundig aspect in te kunnen gaan op het niveau dat voor de patiënt nodig is. Binnen de nucleaire geneeskunde nemen wij graag de tijd, krijgen wij de tijd en hebben de tijd om niet alleen het medicolegaal, maar ook het menselijk nodige te doen.

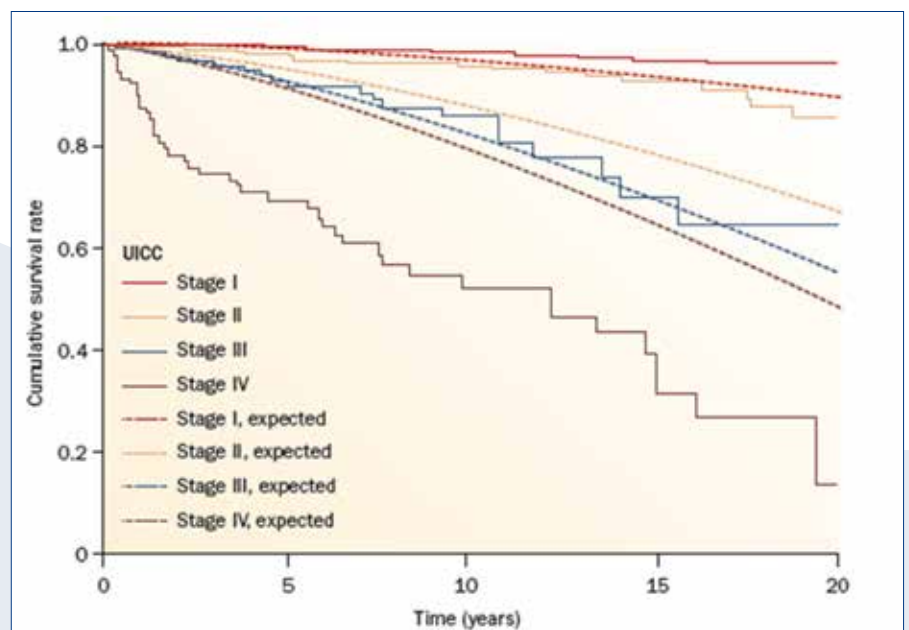
Dan komen we nu bij de tijd van de patiënt.

Want een ander aspect van tijd is de tijd die de mens heeft in dit leven. In

zekere zin is tijd een van de meest kostbare dingen die we hebben - tijd die eenmaal voorbij is, kunnen we niet terugkopen.

Een confrontatie met een potentieel dodelijke ziekte laat een mens hiervan sterk bewust worden. Het gevoel dat veel mensen na een dergelijke ingrijpende ziekte-episode beschrijven is het gevoel "in geleende tijd te leven". De verloren levensjijd, of althans de reële dreiging van een verlies aan levensjijd door iets wat zonder eigen schuld, zonder veel eigen invloed buiten je om gebeurt ook al gebeurt het binnen in je - het drukt op een mens. Het beïnvloedt de kwaliteit van leven op duidelijke, negatieve wijze.

Ik kan gelukkig ook uit ervaring vertellen, welk een last van je schouders valt op het moment dat een behandelend arts uitspreekt, dat je bij het actuele verloop van de ziekte met een normale levensverwachting mag rekenen. De behandeling die daar bij hoort, neem je dan maar op de koop toe - een kleine prijs om te betalen voor het kostbare geschenk



Figuur 2.

dat levenstijd is.

Deze realisatie motiveert ook om onderzoek te doen. Daarom deel ik graag deze grafiek met u, die ik voor de klinische praktijk als een van mijn belangrijkste resultaten tot nu toe beschouw (figuur 2).

Hier ziet u een zogenoemde Kaplan-Meier grafiek van het overleven van patiënten met een gedifferentieerd schildklier carcinoom na behandeling met radioactief jodium. De verschillende lijnen representeren patiëntgroepen die werden gecategoriseerd op basis van het stadium van de ziekte bij diagnose. De onderbroken, vloeiende lijnen tonen het gemiddelde overleven dat voor elke patiëntgroep mag worden verwacht op basis van leeftijd en geslacht. De continue, getrapte lijnen tonen het daadwerkelijk overleven na behandeling met radioactief jodium. Alleen in het meest gevorderde stadium, Stadium IV, is het overleven minder goed dan mag worden verwacht. Echter, 85% van de patiënten met een gedifferentieerd schildklier carcinoom heeft na behandeling met radioactief jodium een normale levensverwachting - het is niet voor niets dat na de eerste behandelingen van ernstig zieke patiënten met schildklierkanker de kranten in de jaren veertig koppen toonden als "radionuclide therapy is *magic*".

De belofte van deze therapeutische modaliteit is in Rotterdam door mijn illustere voorgangers professores Eric Krenning, wijlen Dick Kwekkeboom en wijlen Marion de Jong, alsmede dr. Wout Breeman voor een ander ziektebeeld opnieuw ingelost. Het overleven bij patiënten met uitgezaaide neuroendocriene tumoren wordt duidelijk verbeterd door gebruik van een behandeling die hier in Rotterdam is ontwikkeld, de zogenoemde peptide receptor radionuclide therapie, afgekort PRRT. Gemiddeld genomen mogen

patiënten die deze behandeling completeren met 5 jaar overleving rekenen. Echter, sommige van de eerste patiënten die deze behandeling ondergingen zijn na meer dan 15 jaar, soms zelfs zonder enige progressie van ziekte, nog in leven. Daarom is het volle potentieel van de PRRT waarschijnlijk nog niet geheel bekend.

Naar de toekomst toe zullen wij deze lijn voortzetten. We zullen zoeken naar nieuwe toepassingen van bestaande radionuclide therapieën en nieuwe vormen van radionuclide therapie ontwikkelen. Hierin sta ik gelukkig niet alleen: rising stars binnen ons vakgebied doen baanbrekend onderzoek naar de toepassing van nieuwe radio-isotopen in de zorg bij bijvoorbeeld neuro-endocriene tumoren of prostaatkankerpatiënten, danwel naar nieuwe toedieningswegen en indicaties zoals bij hersentumoren. Aanstormende talenten binnen de radiochemie doen baanbrekend onderzoek naar verbetering van de effectiviteit van radionuclide therapie door het gebruik van andere, mogelijk betere radio-isotopen. Wij zullen in de komende jaren nieuwe stoffen voor radionuclide diagnostiek en therapie ontwikkelen voor ziektes waar nog grote behoefte bestaat, zoals bijvoorbeeld blaaskanker, en deze van petrischaal tot patiënt brengen. Ik hoop en verwacht dan ook dat bij mijn afscheidscollege, ergens rond het jaar 2050, ik u nog veel meer "magie" van radionuclide therapie mag tonen - bij voorkeur uitgedrukt in vele, vele gewonnen jaren levenstijd.

Voor het tweede thema, te weten "**individualiteit**", neem ik u graag mee naar een van de meest voorkomende onderzoeken binnen de nucleaire geneeskunde: de botscan. Hierbij maken we ziektes van de botten, bijvoorbeeld verborgen breuken of uitzaaiingen naar de botten, zichtbaar. Zoals bij deze patiënt. U kunt hier een aantal afwijkingen zien: versleten

knieën en een opvallende vlek in de wervelkolom, waarvan we zonder aanvullende diagnostiek of kennis over de details van de patiënt niet kunnen zeggen of dit een metastase is of een breuk van de wervel. Van het skeletscintigram zelf kunt u verder niet veel afleiden. De leeftijd is raden. Het geslacht of genderidentiteit zijn niet zichtbaar. De concentratie van melanine in de huid blijft verborgen net als de plaats van geboorte, het geloof en andere uiterlijkheden. Op de schaal van woke identiteitspolitiek, waar men onder het mom van diversiteit mensen toch graag weer in hokjes - al zijn het er een paar meer, het blijven toch kunstmatige verdelingen van een veelvoud aan continue assen in de menselijke fenomenologie - blijft de naald voor dit onderzoek dus bij "onbruikbaar" steken.

Echter, er is toch veel te zien op dit beeld. Namelijk: de harde kern van een mens. Een mens, die het kind van iemand is. Die misschien de ouder is van iemand. Een mens met angst en hoop, mogelijkheden, talenten en beperkingen. Een mens, die een unieke combinatie van genen, opvoeding, gedachten en vaardigheden heeft. Kortom: een individu, zoals u en ik. Ik heb het voorrecht gehad om in mijn loopbaan de meest uiteenlopende patiënten te mogen spreken en behandelen. Patiënten van zes continenten. Van koning tot bedelaar, van ongeletterde tot Nobelprijswinnaar - soms ook direct na elkaar. In al deze contacten is mij opgevallen, dat wanneer men met ziekte en de eindigheid van het eigen bestaan wordt geconfronteerd, er veel meer overeenkomsten dan verschillen tussen mensen bestaan. Mensen ervaren dezelfde soort angsten, hebben vergelijkbare prioriteiten, en houden vast aan dezelfde hoop op succes van een therapie. Maar de behandeling wordt door ieder anders beleefd en verdient daarmee een individuele, op maat gemaakte

benadering.

In de nucleaire geneeskunde zijn wij ook schuldig aan hokjesgeest. De radioactiviteit die nodig is voor een botscan bij volwassenen wordt tamelijk onafhankelijk van individuele kenmerken, vaak in standaard dosering toegediend. Erger nog, ditzelfde doen wij maar al te vaak ook bij het therapeutisch voorschrijven van radioactiviteit. Een patiënt krijgt, ongeacht zijn individuele kenmerken, in de regel een gestandaardiseerd gedoseerde therapie: zowel bij de behandeling van neuroendocriene tumoren als van prostaatkanker geven wij standaard 7400 Megabecquerel, in oudere eenheden uitgedrukt 200 millicurie. Bij de behandeling van schildklierkanker wordt de dosering naar gelang het stadium van de ziekte uit één van nog geen handvol discrete stappen gekozen.

Dit doet natuurlijk geen recht aan de werkelijkheid. Dit werd mij al vroeg in mijn opleiding duidelijk, toen ik twee patiënten moest behandelen die schildklierkanker in hetzelfde stadium hadden (figuur 3).

Het zal, als u de kenmerken van deze patiënten kort bekijkt, duidelijk zijn dat deze patiënten niet gelijk zijn. Het is

denk ik ook makkelijk voor te stellen, dat de concentratie van radioactief jodium in het bloed bij de oude dame duidelijk hoger zal zijn dan bij de jonge heer.

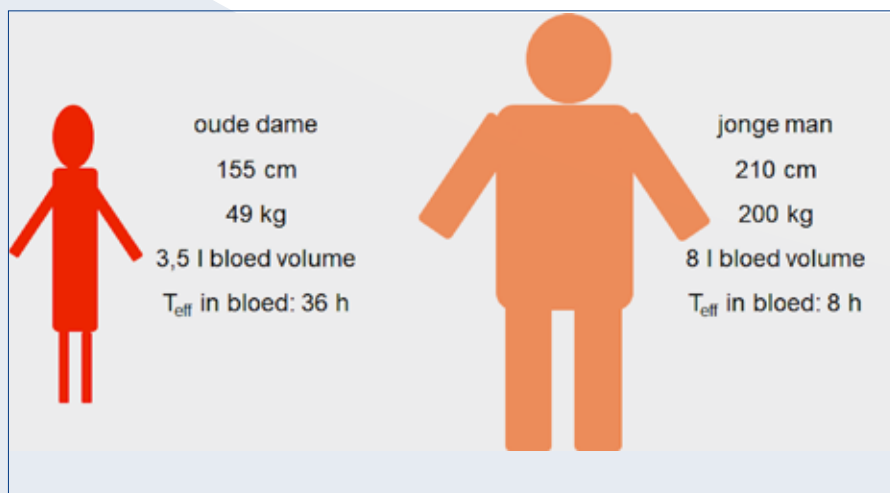
Het is juist de concentratie van radioactief jodium in het bloed dat aan de kankercellen voorbijstroomt die bepaalt hoeveel radioactief jodium in de kankercel wordt opgenomen. Een gelijkwaardige behandeling van deze patiënten zou er dus voor zorgen, dat de concentratie van jodium in het bloed vergelijkbaar is in alle patiënten. Zoals u in deze grafiek kunt zien volgt de hoeveelheid radioactiviteit die hiervoor nodig is grofweg een Gausscurve. De huidige beroepspraktijk van de nucleaire geneeskunde bestaat er echter uit, dat alle patiënten een gelijke behandeling krijgen - met een activiteit die min of meer het gemiddelde is van alle patiënten. Dit doen we niet alleen bij de behandeling van schildklierkanker, maar eigenlijk bij alle oncologische nucleair geneeskundige behandelingen. Dit betekent dat wij nu een groot deel van de patiënten te veel, en een even groot deel te weinig radioactiviteit geven. Dit staat in groot contrast met de PET-diagnostiek, waar

wij de hoeveelheid radioactiviteit wel aanpassen aan de individuele kenmerken van de patiënt door aan de hand van het lichaamsgewicht te doseren.

Naar de toekomst gericht zal het voor het verbeteren van onze behandeling onontkoombaar zijn om de dosering van radioactiviteit middels dosimetrie te individualiseren, om patiënten in plaats van een gelijke, een gelijkwaardige behandeling te kunnen geven. Hoewel de concepten voor deze gelijkwaardigheid in de nucleair geneeskundige behandeling in de praktijk een behoorlijke expertise en veel werk vereisen, zoals u ook kunt zien aan de basale vergelijkingen om te berekenen hoe een dosis in een tumor tot stand komt, zijn wij met wereldwijde top-experts op het gebied van radionuclide dosimetrie en radiobiologie op dit gebied in ons team prima opgesteld om deze verbeteringsslag te maken.

Natuurlijk zijn er naast het aanpassen van doseringen op de kenmerken van de patiënt ook nog andere verbeteringen in factoren rondom de behandeling mogelijk en noodzakelijk. Wij zullen dan ook nieuwe behandelingen die wij zelf ontwikkelen vanaf de basis geïndividualiseerd opzetten, studies initiëren om ditzelfde ook voor bestaande radionuclide therapieën te doen en door beroepspolitieke activiteit helpen het wetgevend kader zodanig aan te passen dat dit niet alleen technisch en financieel mogelijk, maar ook actief gestimuleerd wordt.

Ik hoop u bij eerder genoemd afscheidscollege te kunnen berichten dat wij er in zijn geslaagd om de behandeling met radioactiviteit zodanig te individualiseren, dat iedere patiënt de voor die betreffende persoon optimaal geselecteerde combinatie van boodschapperstof,



Figuur 3.

radio-isotoop en dosering krijgt. Het al eerder genoemde begrip "gelijkwaardigheid" brengt mij tot het laatste van de drie ervaringswaarden die ik met u wil delen:

Laten we toch gewoon aardig voor elkaar zijn

Dit punt wil ik graag beginnen met een citaat uit het gedicht "ziek" van Annie M.G. Schmidt, een van de grootste Nederlandse schrijfsters ooit en scherpzinnig observatrice van mens en maatschappij:

Drie dokters uit het berenland
Kwamen aan beertjes ledikant.
Het eerst kwam dokter Hoggelemog.
Die zei: Wat heeft dat beertje toch?
Lust geen appeltjes enzovoorts...
Beertje heeft de berenkoorts!

Toen kwam dokter Higgelemig.
Die zei: Wat is dat akelig!
Lust geen peertjes en geen lof...
Beertje heeft de berenbof!

Toen kwam dokter Hugglelemug.
Die zei: Gaan jullie maar terug!
Sta daar niet te bazelen!
Beertje heeft de mazelen!

Het is niet waar! Het is niet waar!
Ze kregen ruzie met mekaar.
't Is niet! 't Is wel! 't Is niet! 't Is wel!
Ze beten in elkanders vel.
Ik heb gelijk! 't Is niet! 't Is heus!
Ze beten in elkanders neus.

Deze manier van interactie was ooit gemeenplaats in de geneeskunde. Eenieder was zodanig overtuigd van het eigen gelijk, dat men de ander met een diskwalificerende uitspraak niet slechts spreekwoordelijk in de hoek poogde te zetten en de eigen mening te vuur en te zwaard verdedigde. De ervaring met ziekte en de confrontatie met de eigen eindigheid toont een mens echter, dat dergelijke omgangsvormen het leven niet mooier maken - en het daarom niet waard zijn om te plegen. Gelukkig

zijn dit soort omgangsvormen in de geneeskunde inmiddels verlaten. Het merendeel van de artsen is er inmiddels van doordrongen dat men de wijsheid niet in pacht heeft, en dat er meer succes ligt in het met elkaar, dan in het tegen elkaar te werken. En mochten we het een keer niet met elkaar eens zijn, dan hebben we geleerd op basis van gelijkwaardigheid met elkaar te discussiëren, zonder spreekwoordelijk in elkanders vel of neus te moeten bijten.

Helaas kan dit in de laatste jaren niet over de maatschappij in het algemeen en meer specifiek over de academie worden gezegd. Van academici zou men toch redelijkheid, nadenkendheid, gelijkwaardigheid en een basaal respect voor elkaar alsmede het vermogen tot inhoudelijk debat over meningen, stellingen en maatschappelijke problemen mogen verwachten. Legio zijn echter helaas de voorbeelden waarbij in plaats daarvan in onredelijkheid dogmatisch stelling wordt betrokken en de medemens tegenover zich met badinerende, diskwalificerende, soms zelfs minachtende stellingen onder de gordel wordt aangevallen om van het gebrek aan vermogen tot debat op de inhoud van een probleem of stelling af te leiden. Hierbij wordt helaas vergeten dat een van de kernwaarden van de academie juist dit inhoudelijk debat is, waarbij we het hartgrondig met elkaar oneens kunnen zijn, maar aan het einde van de discussie gewoon weer op basis van gelijkwaardigheid met elkaar verder moeten kunnen gaan. Ik zou bij deze vanaf hier eenieder graag willen uitnodigen zichzelf kritisch af te vragen hoe men zich in dit soort situaties gedraagt, en te bedenken: laten we toch gewoon aardig voor elkaar zijn.

Dit principe strekt zich ook uit naar de spreekkamer. Waar vroeger de arts vaak vanaf het voetstuk directief

instrueerde, wordt de hedendaagse arts-patiënt verhouding gekenmerkt door meer gelijkwaardigheid. Om dit werkelijk te kunnen leven, is ook een zekere menselijkheid van de arts gevraagd - het achter de witte jas verschuilen is voor een goed contact niet bevorderlijk. Het achter de jas vandaan komen heeft meerdere voordelen. Dertig seconden niet over ziekte praten, zoals ik in mijn Duitse praktijk vaak deed als men aan mijn accent toch snel opmerkte dat ik niet uit Duitsland kwam, zorgde er voor dat er ineens een contact van mens tot mens bestond, in plaats van enkel tussen de arts en patiënt. Patiënten stelden zich hierdoor opener op in de anamnese, leken mij meer te vertrouwen waardoor relevante informatie completer werd gegeven, namen sneller en eerder dingen van mij aan, kwamen trouwer op controle - wat voor de arts uiteindelijk een snellere en preciezer diagnose betekent, voor het gezondheidssysteem een therapietrouwere patiënt die onder de streep minder kost en, belangrijker nog, voor zowel de patiënt als de arts gewoon een aangenamer contact. Ik hoop dat u uit deze beschrijving kunt zien hoe relevant dit is voor ons vakgebied, waar wij toch vaak met ernstig zieke patiënten werken die een behandeling moeten ondergaan die uiterst bedreigend klinkt, want radioactief, en dus met veel onbekendheid en vraagtekens is omgeven. Naar de toekomst toe zullen wij ons best doen, patiënten als gelijkwaardige partners in zorg, onderwijs en onderzoek te betrekken en zo alle domeinen naar een hoger plan te tillen.

Tot slot gelden deze principes van gelijkwaardigheid en aardig voor elkaar zijn niet alleen in de interactie met patiënten, maar ook in onderwijs en onderzoek. In een ideale wereld zou op dit vlak een op basaal menselijk respect gebaseerde

gelijkwaardigheid moeten bestaan tussen eenieder van jongste student via de promovendus, postdoc, senior onderzoeker tot hoogleraar, waarbij de meest ervaren collega, degene die het academisch traject al geheel doorlopen heeft, jongere, minder ervaren collega's onder de arm grijpt en laat glanzen, zonder hierbij het eigen ego voorop te stellen. Zoals mij laatst weer duidelijk werd gemaakt, leert de praktijk steeds weer dat dit ideaal niet door iedereen wordt geleefd. Een jongere collega, inmiddels universitair docent, nam deel aan een van de excellente en zeer nuttige talentenprogramma's van het Erasmus MC en vertelde mij over een discussie bij een bijeenkomst van dit programma. Hier werd besproken wie tot de "peer group" behoorde voor het opdoen en discussiëren van onderzoeksideeën. De betreffende collega meldde hier, dat in onze groep ook de hoogleraar tot de "peer group"

behoort. Dit werd door anderen in de bijeenkomst met een zeker ongeloof aangehoord - het blijkt dat in sommige groepen uit welke deze mensen, die toch allen kort voor of op het niveau van universitair docent zitten, de hoogleraar onbereikbaar en ongrijpbaar is voor het brainstormen over, reflecteren op en begeleiden van nieuwe onderzoeksideeën. Terwijl juist in deze situatie een ervaren leraar, die zich niet verheven boven, maar op ooghoogte met anderen stelt om op basis van gelijkwaardigheid allen van een zekere ervaring te kunnen laten profiteren, van groot voordeel kan zijn, blijkt dit nog steeds te ontbreken. Hoe begrijpelijk ook gezien het brede spectrum aan opgaven waar een hoogleraar in een academisch ziekenhuis mee van doen heeft - ik kan hier ook over meepraten - blijkt toch telkens weer dat andere, wellicht "hogere" opgaven dan het begeleiden van talent te vaak prioriteit krijgen.

Echter, schreef Desiderius Erasmus zelf niet al in 1516 aan Johan Witte over het beroep van leraar: "Vind je het nu echt een 'laag' beroep om je medeburgers al op jeugdige leeftijd onmiddellijk te doordrenken met de goede letteren..... dwazen mogen het een nederig ambt vinden, maar eigenlijk is het het nobelste aller beroepen"?

Ik hoop dat bij voornoemde gelegenheid, welke hopelijk rond het jaar 2050 zal plaatsvinden, deze situatie zich heeft verbeterd. Graag wil ik vandaag een begin hiermee maken. Daarom, waarde collegae die mij vandaag de eer bewezen in het cortège deel te nemen, zou ik u willen vragen in de spiegel te kijken en u af te vragen: ben ik hoog, of ben ik leraar?

Ik heb gezegd.

f.verburg@erasmusmc.nl ♦