

Tilburg University

Onderwijs in de chirurgische oncologie

Roukema, J.A.

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde

Publication date:
2002

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Roukema, J. A. (2002). Onderwijs in de chirurgische oncologie. *Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde*, 11(2), 49-52.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Dr. J.A. Roukema
chirurg,
St. Elisabeth Ziekenhuis,
Tilburg

Onderwijs in de chirurgische oncologie

Vroeger was het simpel: als je geluk had begon Van Slooten op de eerste dag van de jaarlijkse Chirurgenweek van het Antonie van Leeuwenhoek ziekenhuis zijn voordracht met de uitspraak: 'Kenmerkend voor het functioneren van een oncologisch team is het ontbreken van het hiërarchisch principe', en dan zweeg hij even. De toehoorders – hier en daar wat Leids grijs, een beetje corpsbalblauw, maar meestentijds slecht zittend corduroy – keken elkaar dan vol verstandhouding aan en wisten: wij zijn anders. En dat was ook zo. (Ned Tijdschr Heelkd 2002;11:49-52.)

Maar inmiddels is alles anders geworden. Ook de opleiding. En je vraagt je wel eens af of we niet beter gewoon op kunnen gaan in al die andere orgaan-specialismen, die kunnen dan ook mooi de opleiding verzorgen.

Want wat rechtvaardigt eigenlijk een aparte oncologische opleiding binnen de heelkunde? Immers: een belangrijk kenmerk van het oncologie-onderwijs in vroeger dagen was de opvoeding in het multidisciplinair beslissen over en behandelen van patiënten, terwijl tegenwoordig Jan en alleman in de geneeskunde pretendeert multidisciplinair te zijn, te denken en te handelen.

Zelfs vaatchirurgen die karakterologisch gewoonlijk ver bij oncologen vandaan staan, maken tegenwoordig opgewekt deel uit van multidisciplinaire behandelingsteams, spreken vol waardering over hun radiologische vakbroeders en roepen wel voortdurend dat ze zich van de heelkunde gaan

afschieden, omdat heel Europa dat doet, maar willen als puntje bij paaltje komt voorlopig liever deel blijven uitmaken van een groter en multidisciplinair verband.

Ik stelde mijzelf, in mijn pogen wat nuttigs te zeggen over het belang van de opleiding in de kankerchirurgie, een vijftal vragen.

Vraag 1: doet de chirurgische oncologie er wel toe?

Wij vinden zelf van wel. Maar dat weet verder bijna niemand. Wij zijn er meesters in om voor een eigen gehoor uit te leggen dat 90% van alle maligniteiten bestaat uit solide tumoren, dat daarbij chirurgie vrijwel altijd de behandeling van eerste en vaak van enige keuze is, dat meer dan 60% van alle genezingen bij kanker gerealiseerd wordt door chirurgie, en dat dat hooguit in 5% van de gevallen geldt voor chemotherapie.

Chirurgische oncologie doet er dus toe, zou je zeggen. Hoe komt het dan

dat er zeker tien, misschien wel twintig keer zoveel medisch oncologen als chirurgisch oncologen zijn? Dat is enerzijds te verklaren uit het feit dat het overgrote deel van de oncologische operaties ook in ons land door chirurgen wordt verricht, die wel bevoegd en bekwaam zijn, maar niet nadrukkelijk het predikaat oncologisch chirurg dragen, anderzijds met het gegeven dat niet alleen oncologisch chirurgen, maar ook chirurgen in het algemeen al decennialang slecht voor zichzelf zorgen, altijd met het 'hogere' bezig zijn en niet opletten of domweg niet aanwezig zijn als anderen geld, budgetten, formatie, leerstoelen en allerlei andere vormen van aandacht verdelen.

Ik raad u aan, als u eens op bezoek komt in een ander ziekenhuis – zoals ik al vele jaren doe in het kader van visitaties – de stafkamers van de heelkunde (als die er al zijn) en die van bijvoorbeeld de interne of de microbiologie te bekijken en te vergelijken. Het

zal u opvallen dat in die vergelijking de behuizing van chirurgen altijd te klein is, dat ze soms als astelzoekers hun kamers moeten delen en dat ze u dan ook nog felloos weten uit te leggen dat dat juist fijn is en goed voor de onderlinge contacten, zo met z'n achten op een kamer.

Wij moeten leren beter voor onszelf te zorgen, dan kunnen we ook beter voor onze patiënten zorgen en dat moeten wij ook in onze opleiding overdragen.

Organisaties als de World Federation of Surgical Oncology Societies (WFSOS) en de European Society of Surgical Oncology (ESSO) waar Bin Kroon thans president van is, doen ertoe en zijn hard nodig.

Vraag 2: doet de opleiding in de chirurgische oncologie ertoe?

Onderwijs en opleiding spreken niet zo erg tot de verbeelding. Het is natuurlijk ook veel spannender om grote operaties te verrichten of schitterende nieuwe apparaten in gebruik te nemen of kond te doen van baanbrekende researchresultaten. Ik was natuurlijk ook trots op Cock van de Velde en de zijnen toen onlangs weer een fraaie studie in the New England Journal of Medicine werd gepubliceerd.¹

Ter illustratie wil ik een ander voorbeeld dat zich in de heelkunde voordoeft noemen. Iedereen doet opgewonden positief over de miljoenen die jaarlijks door Den Haag in die prachtige traumahelikopters worden gepompt, maar laten we wel wezen: er worden natuurlijk meer levens gered omdat een groeiend aantal dokters de ATLS-cursus heeft gevolgd. Deze cursus drijft uitsluitend op het onbaatzuchtig enthousiasme van enkelen en van overheidswege heeft men er nog nooit een cent voor overgehada.

Wij kennen allemaal de orgaanspecifieke argumenten waarom het belangrijk is chirurgen die kankerpatiënten

behandelen goed op te leiden. Het is bewezen dat patiënten met een coloncarcinoom een betere kans maken als ze zijn geopereerd door daartoe specifiek opgeleide chirurgen met veel ervaring. Het is bewezen dat de kans op een lokaal recidief bij het mammacarcinoom beïnvloed wordt door de mate van training en ervaring van de behandelend chirurg.²

Het was mij overigens dierbaarder geweest als onomstotelijk was bewezen, dat – los van de parameter chirurgische vaardigheid – de patiënt een betere kans heeft wanneer hij wordt geopereerd door een chirurg die deel uitmaakt van een multidisciplinair oncologisch team. Een dergelijke chirurg zou op de hoogte moeten zijn van de laatste, niet primair chirurgische ontwikkelingen rond de aandoening van de patiënt in kwestie. Hij zou een volwaardige gesprekspartner moeten zijn voor de andere leden van het team, onder meer omdat hij voortdurend aanwezig is en zijn inbreng heeft bij de multidisciplinaire oncologiebesprekingen en niet, zoals veel van zijn collega's, vaak schittert door afwezigheid bij deze besprekingen of op het allerlaatst met de striemen van het OK-petje op het verhitte hoofd en bloed op de klompen nog even binnen komt vallen.

Dat dit aspect ertoe doet, ligt voor de hand, maar is lastig te bewijzen. Wij zullen het moeten doen met het gegeven dat vrijwel alle oncologische patiënten betere kansen hebben als zij worden onderzocht en behandeld door een multidisciplinair oncologisch team, zowel binnen als buiten trials.

Vraag 3: waartoe leiden we op, of: wat zijn onze eindtermen, of: hoe ziet de toekomst er eigenlijk uit of, zo u wilt: vertel nog eens van de muis die brulde?

Als er iets is dat altijd weer in een razend tempo door de werkelijkheid

wordt achterhaald, dan is het wel een toekomstvisie. Het bedrijfsleven heeft dan ook al jaren geleden het principe van de strategische planning als een achterhaalde inspanning terzijde geschoven en mij zult u daar ook niet over horen.

Maar er komen wel wat dingen op ons af waar we rekening mee moeten houden als we erover nadenken hoe de oncologisch chirurg van de toekomst eruit moet zien en wat hij moet kunnen.

Europa

In het nieuwe Europa is er vrij verkeer, ook van werkers in de zorg. Wij zijn een land van veel kruideniers en weinig dokters en je zou een toevloed van dokters elders uit Europa verwachten. Maar onze leiders hebben door jarenlange bezuinigingen de goede naam die de Nederlandse gezondheidszorg had zo grondig om zeep geholpen dat het met die toevloed voorlopig erg meevalt.

Trouwens, wij met ons poldermodel zullen er nog raar van staan te kijken dat niet iedereen in Brussel er wat in ziet om omwille van de besluitvorming elkaar in eindeloze vergaderingen vreselijk te zitten begrijpen.

Internationale voorstellen met betrekking tot de opleidingseisen voor chirurgische oncologie, zoals al enige tijd geleden gedaan door bijvoorbeeld de WFSOS, doen ertoe, wij zullen er rekening mee moeten houden. En onlangs zijn nieuwe voorstellen met betrekking tot de chirurgische oncologische training gedaan richting de UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes). En ik denk dat als men in Europees verband voorstelt – en dat is al gebeurd – en accepteert – ik weet niet of dat al gebeurd is – om een aparte vierjarige training voor chirurgisch oncologen die uitsluitend in gespecialiseerde centra gaan werken in

te stellen en als men besluit tot internationale examens op ons terrein – terwijl examineren in ons tolerante landje niet in de mode is – wij hoog en laag kunnen springen, maar dat het toch die kant op zal gaan.

Differentiatie

De differentiatie binnen de geneeskunde verloopt op vele fronten en veel sneller dan velen zich realiseren. Ook het aandachtsgebied kankerchirurgie is inmiddels alweer opgedeeld en deskundigen op het gebied van het mammacarcinoom worden nog zelden giconsulteerd over andere wekedelentumoren. Op dit moment adviseert de chirurgisch consulent bij oncologiebesprekingen zowel over de behandeling van patiënten met gastro-intestinale maligniteiten als over de vraag hoe het melanoom te behandelen, maar dat zal niet lang meer zo blijven. Buiten onze grenzen zijn die ontwikkelingen al verder. Mij lijkt het prima, maar we zullen er bij onze opleidingseisen ten aanzien van zowel de opleidingsinstituten als het opleidingsprogramma rekening mee moeten houden.

Territoriumdrift

Onze endogene neiging tot multidisciplinair overleg heeft ook haar schaduwzijden en iedere keer dat wij betrokken zijn bij overleg over oncologische aandoeningen die zich naar de mening van andere snijdende disciplines inmiddels op hun terrein bevinden, terwijl het naar onze mening toch echt altijd bij ons hoorde, is de gang van zaken aldus: na veelvuldig interdisciplinair overleg wordt besloten tot warme samenwerking en na enige tijd moeten we dan concluderen dat we ook dat onderdeel van de chirurgische oncologie kwijt zijn geraakt aan een orgaanspecialisme. Klassiek voorbeeld is het verlies van de hoofdhalsschirurgie en ik vrees op termijn hetzelfde

voor bepaalde onderdelen van de gastro-intestinale oncologie.

Stoer roepen wij steeds dat de longchirurgie een onderdeel van de chirurgische oncologie is, maar de werkelijkheid is anders: longchirurgen opereren autonoom; ze komen zelden op oncologiebesprekingen; de longchirurgie komt nadrukkelijk in onze opleidingseisen voor, maar wij in het geheel niet in de hunne en bij visitaties van een afdeling die een vervolgopleiding chirurgische oncologie verzorgt, wordt veelvuldig gevraagd of er toch niet een stage thoraxchirurgie gerealiseerd kan worden, maar dat gebeurt nooit.

Wij moeten ons derhalve beraden op de positie van ons vak als 'ziektege-relateerd' specialisme. Misschien is het wel prima dat de oncologisch chirurg van de toekomst ook een snijdende orgaankankerspecialist zal zijn en dat daarmee nog niet per definitie het oncologisch holistisch denken geschiedenis is geworden.

Vraag 4: hoe leiden we op en wanneer beginnen we ermee?

Tot voor enkele jaren kwam kankerchirurgie pas aan de orde aan het eind van de opleiding heelkunde. Maar alle onderwijs is inmiddels 'probleemgestuurd', we spreken voortdurend over een onderwijscontinuüm en ook deze vereniging wil – zoals wij kunnen lezen in de Nota 2000 – invloed hebben op het onderwijs in de oncologie, ongeveer vanaf het moment dat de eerste kankercel in het geneeskundig curriculum ter sprake komt.

Eigenlijk zou het niet nodig moeten zijn, maar blijktbaar is het voor andere deskundigen op het gebied van de oncologie heel moeilijk om het gedachtegoed rond de behandeling van solide tumoren – en dat is dus meestal een chirurgische – adequaat over te brengen.

U zult begrijpen dat ik in de discussie over ziekte dan wel orgaangerichte chirurgische oncologie van mening ben dat met name de principes rond de algemene chirurgische oncologie niet moeten worden onderwezen door orgaanspecialisten.

Schoorvoetend beginnen faculteiten die vele jaren de kankerchirurgie als aparte entiteit bleven ontkennen ordinariaten in de chirurgische oncologie in te stellen. Deze vereniging heeft wat dit betreft wel wat bereikt. Zoals bekend, zijn er nogal wat veranderingen voor de opleiding heelkunde op komst en dus voor de chirurgische oncologie. De regionale opleidingscommissies hebben grote vrijheid gekregen bij de samenstelling van het curriculum en de eindtermen voor de eerste twee jaren van de opleiding heelkunde zijn gedefinieerd en geven ruimte voor veel aandacht richting de oncologie. Belangrijk wordt de invulling van het differentiatiejaar.

En dan onze gekoesterde vervolgopleiding, eigenlijk het 'kindje' van deze vereniging. De opleidingseisen hebben jaren voldaan, maar zijn op onderdelen aan revisie toe. Ons bestuur doet daartoe nieuwe voorstellen en ook al zien die er prima uit, ik kan het toch niet laten om me over een ding hogelijk te verbazen: in de oude opleidingseisen was de regelgeving rond het volgen van stages tamelijk open, maar nu wil men opeens dat de chirurg in voortgezette opleiding (CHIVO) structureel gedurende een tot twee maanden stages gaat lopen. Dan denk je: mooi, een stage in het National Cancer Institute in Washington of bij Veronesi of vanuit het AMC/AvL naar Theo Wiggers en Harold Hoekstra en andersom, wel een beetje kort, maar vooruit.

Maar nee: de CHIVO moet structureel een stage op een afdeling Radiotherapie en een stage op een afdeling

Medische Oncologie volgen. Dat gebeurde al eerder hier en daar. Dat moet je ook niet verbieden, maar ik dacht, als ik daar dan visiteerde: alsof we niets beters te doen hebben? Ik weet wel dat dergelijke stages ook worden genoemd in de internationale opleidingsvoorstellen en het is misschien ook niet te vermijden in dat kader, maar laten we wel wezen: de opleidingsduur is maar twee jaar en zelfs maar andehalf jaar als er een differentiatie aan voorafging en onderscheiden wij ons van die andere oncologen niet vooral door onze chirurgische vaardigheid? Dus laat een CHIVO vooral consulten doen op genoemde afdelingen en laat hem vooral optreden in multidisciplinaire besprekingen, maar onthoudt hem vooral niet het chirurgische handwerk, want de tijd is al zo kort en hebt u wel eens gehoord van een internist-oncoloog in opleiding die in het kader van een stage structureel een of twee maanden meekwam naar de OK?

Vraag 5: Wie zijn de opleiders?

Vele jaren waren de academische en categorale centra toonaangevend op het gebied van de zorg voor kankerpatiënten en op het gebied van de oncologische research is dat nog steeds zo. Maar het lijkt wel of het aandeel van de academie op het terrein van de klinische zorg alleen maar minder wordt. Weliswaar in samenwerking met, maar in praktische zin voornamelijk buiten de academie, ontstaan in het hele land netwerken, waarbinnen goed opgeleide en ziekenhuis overstijgende oncologisch-chirurgische teams voor grote regio's het beleid bepalen en uitvoeren. Dit zijn typische uitingen van het poldermodel.

Er zijn inmiddels vier klinieken met een erkende vervolgopleiding chirurgische oncologie, allemaal academisch. In vergelijking met de andere vervolgoopleidingen van de heekunde, is dat bar weinig. En dat komt toch echt niet omdat de opleidingseisen die in overleg met de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie (NVCO) door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Heekunde zijn vastgesteld nu zo bijzonder zwaar zijn. Er is grote behoefte aan meer opleidingscapaciteit. Maastricht is nu bezig, misschien Nijmegen nog, maar zolang er nog steeds universiteiten zijn die een specifieke leerstoel chirurgische oncologie niet nodig vinden, zal het daar wel bij blijven. Persoonlijk hoop ik meer op ziekenhuis overstijgende opleidingen in netwerkverband en ik hoop vooral dat men niet te veel zal streven naar uniformiteit van die opleidingen. Laat ze maar verschillen, zodat de oncologisch chirurg van de toekomst het pakket kan kiezen wat bij hem of haar past.

Het belang van onderwijs als vitaal onderdeel van het geneeskundig bedrijf is niet alleen binnen ons aandachtsgebied, maar feitelijk overal lang onderzocht.

Kort geleden hebben we in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde kunnen lezen dat de prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in internationaal perspectief bepaald niet om over naar huis te schrijven zijn. De sterfte in Nederland aan borstkanker, longkanker en coloncarcinoom zou inmiddels ruim boven het Europees gemiddelde liggen. Nog niet zo lang geleden deden we het wat dit betreft veel

beter.¹ Gelukkig hanteren onze wetenschappers, zoals we hebben kunnen lezen, een effectief oud principe: als de uitslag je niet uitkomt, moet je schrijven dat je aan de betrouwbaarheid van het onderzoek twijfelt, want daarmee creëer je op z'n minst uitstel.⁴ Dus voorlopig kunnen we ons nog koesteren in de illusie dat het een beetje meevalt en ik denk persoonlijk dat een en ander meer een gevolg is van onze manier van leven, dan van onze manier van geneeskunde bedrijven.

Maar hoe het ook zij: de beste behandeling die wij onze kankerpatiënten kunnen geven, is hen te voorzien van een goed opgeleide dokter en in de meeste gevallen dus van een chirurg. Laten we daar dan ook voor zorgen. ■

Voordracht gehouden in het kader van het lustrum van de Nederlandse Vereniging Chirurgische Oncologie, Noordwijkerhout, 2001.

Literatuur

- 1 Kapiteijn E, Marijnen CA, Nigtegael ID, Putter H, Steup WH, Wiggers T, et al. Preoperative radiotherapy combined with total mesorectal excision for resectable rectal cancer. *N Engl J Med* 2001;345:638-46.
- 2 Sloan DA. The surgical oncologist and cancer education: mandate or missed opportunity? *Surg Oncol* 2000;73:127-9.
- 3 Kruijers PGN, Achterberg PW, Wilk EA van der. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in internationaal perspectief: achtergronden en implicaties voor beleid. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1752-5.
- 4 Groenewegen PP, Wal G van der. De toestand van de Nederlandse gezondheidszorg: behoefte aan genuanceerde en concrete maatstaven. *Ned Tijdschr Geneesk* 2001;145:1722-5.