

Op het Snijvlak van Lichaam en Geest

Presentatie bij de inhuldiging van de eerste hoogleraar esthetische chirurgie

Mijnheer de Rector Magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders

Zoals u heeft kunnen horen in de inaugurale rede van de Hooggeleerde Werker, is Esthetische Chirurgie een van de vier belangrijke onderdelen van het vak Plastische Chirurgie. Vanwege de grote overlap tussen deze onderdelen is dan ook uiteengezet dat de stelling "eenheid in verscheidenheid" op ons fantastische vak Plastische Chirurgie van toepassing is. Tot vrij recent echter, kreeg Esthetische Chirurgie slechts beperkte aandacht binnen de opleiding Plastische Chirurgie.

Met de instelling van de eerste leerstoel Esthetische Chirurgie in Nederland, en zelfs de eerste leerstoel in Europa, welke tot mijn bijzondere genoegen mij is toegedeeld, wordt terecht op academisch niveau erkenning gegeven aan het belang van dit onderdeel voor het vak Plastische Chirurgie en voor de opleiding tot plastisch chirurg in het bijzonder. Het is mij dan ook een voorrecht dit verder uit te mogen dragen en richting te geven, iets wat meerdere collegae, zoals onder anderen mijn inspirators Jaap Kraaijenhagen en Paul Leistikow reeds op hun eigen wijze deden op een moment dat ik het vak nauwelijks kende.

De kern van mijn leeropdracht is om de Esthetische Chirurgie binnen ons vak Plastische Chirurgie een duidelijke plaats en een juiste richting te geven middels uitstekende patiëntenzorg, opleiding, onderwijs en onderzoek. Alleen op deze wijze kan dit vakgebied overleven, zoals Millard reeds lange tijd geleden aangaf in zijn boek "Principilization of Plastic Surgery": een voorbeeld zijn, zoals vroeger in de meester-gezel relatie, in technische zin, in communicatieve zin en in morele en ethische zin.

Ik zal u een uiteenzetting geven over de Esthetische Chirurgie, met hierin genoemd de in mijn optiek belangrijkste aspecten van dit vak, waardoor de complexiteit en positie van Esthetische Chirurgie in relatie tot onze Gezondheidszorg en Maatschappij duidelijk wordt, evenals het belang van een leerstoel Esthetische Chirurgie.

Wat is nu eigenlijk Esthetische Chirurgie?

Het woord "Esthetiek" is afkomstig van het Griekse woord *αισθησις* (spreek uit: aisthèsis), dat zintuiglijke gewaarwording, waarneming, smaak, en kennis van zaken betekent

In feite werd esthetiek oorspronkelijk gedefinieerd als de "systematische filosofie, die zich met schoonheid en kunst bezighoudt". Esthetische Chirurgie is dat onderdeel van ons vak Plastische Chirurgie dat zich bezighoudt met het herstel van "uiterlijke onvolkomenheden"; die uiterlijkheden van het eigen lichaam waarover men in meerdere of mindere mate niet tevreden of ongelukkig is, en wat men, indien mogelijk, graag veranderd zou zien of gewoon mooier wil hebben. Het uiteindelijke doel van Esthetische Chirurgie is dus om iemand die niet tevreden is over een bepaald aspect van zijn uiterlijk, gelukkiger te maken. Als esthetisch chirurg begeven we ons dus op het snijvlak van lichaam en geest.

Om de zin van Esthetische Chirurgie verder goed te kunnen begrijpen moeten we ook de term zelfbeeld ter sprake brengen. Het zelfbeeld is het beeld dat iemand van zichzelf heeft, de interne

representatie van iemands eigen uiterlijk. Wanneer het zelfbeeld te veel afwijkt van het gemiddelde uiterlijk binnen de eigen culturele en maatschappelijke omgeving, kan men hieronder gaan lijden en kan de wens tot verandering van een deel van het uiterlijk ontstaan. Het beeld van het gemiddelde uiterlijk heeft weer te maken met wat we mooi vinden; maar wat is mooi en is dit wel een reëel beeld.

Wat is mooi?

Over schoonheid valt niet te twisten: maar is dat wel zo? Is ons oordeel over wie mooi is louter een kwestie van persoonlijke smaak? ‘Tot op zekere hoogte valt over smaak inderdaad niet te twisten, we hebben allemaal wel een persoonlijke smaak. Echter, het is wel opvallend dat mensen over de hele wereld het redelijk eens schijnen te zijn over de vraag wat mooi is en welke gezichten als mooi worden beschouwd. Dat blijkt ondermeer uit een studie van twee antropologen in de jaren negentig (Douglas Jones en Kim Hill 1993). Men liet twee betrekkelijk geïsoleerde indianenstammen uit Zuid-Amerika (de Hiwi in Venezuela, en de Ache in Paraguay) foto's zien van vrouwen uit verschillende culturen en liet deze rangschikken naar schoonheid. Deze rangschikking werd vergeleken met die van Russen, Brazilianen en Amerikanen. In alle groepen bestond een vergelijkbaar oordeel over de vraag welk gezicht als mooi werd beschouwd: allen werden aangetrokken door vrouwengezichten met welgevormde kaak en kinlijn, volle lippen en grote ogen.

Bezig zijn met het uiterlijk, de invloed van de omgeving, de invloed op esthetische chirurgie

De mensheid heeft zich al vanaf het prille begin van zijn bestaan beziggehouden met het uiterlijk. Volgens geschriften keek Narcissus in het water en werd hij betoverd door zijn eigen uiterlijk. Cleopatra baadde zich al in een mengsel van melk en honing om de jeugdigheid van haar lichaam te behouden.

In de Renaissance waren zowel mannen als vrouwen uitgebreid bezig met hun uiterlijk: pruiken werden door beide geslachten gebruikt, beiden poederden hun gezicht uitgebreid en beiden liepen in weelderige gewaden en op hoge hakken. Echter, na de Franse Revolutie is de man zich minder om zijn uiterlijk gaan bekommeren, de vrouw geleidelijk aan meer, zeker de laatste honderd jaar.

Door de opkomst en ontwikkeling van de media in de vorm van foto, film, televisie en tijdschriften zijn de schoonheidsidealen in de Westerse Wereld wijd en zijd verspreid geraakt. Dit heeft ongetwijfeld een sterke invloed gehad op ons denken over wat we wel en niet mooi vinden en of we juist wel of niet of onvoldoende tevreden zijn met ons eigen uiterlijk. Daarnaast wordt in onze razende drukke Westerse Wereld het uiterlijk in sterke mate geassocieerd met het hebben van bepaalde karaktereigenschappen.

Al deze zaken hebben grote invloed op wat we wel of niet mooi vinden en daarmee ook op ons zelfbeeld en onze mate van tevredenheid met betrekking tot ons uiterlijk. En daarmee hebben deze zaken een enorme invloed gehad op de Esthetische Chirurgie, die hierdoor ook een onuitwisbare en vaste plek heeft gekregen binnen de Westerse Cultuur en Gezondheidszorg.

Esthetische Chirurgie, zorg?

Maar kunnen we in geval van Esthetische Chirurgie nog wel spreken van gezondheidszorg? Jazeker, er is niet zozeer sprake van de genezing van een ziekte, maar van het behandelen van

mensen die niet tevreden en gelukkig zijn over een bepaald aspect van hun uiterlijk en daar vaak ook in meerdere of mindere mate onder lijden. Als geen ander weten wij dat veruit de meeste patiënten die op ons esthetisch spreekuur komen een goed invoelbaar probleem hebben met een bepaald aspect van hun uiterlijk; hun motieven zijn niet om er uit te zien als miss of mister world, maar om er "gewoon" uit te zien, om niet zoveel af te wijken van het "gemiddelde" zoals de patiënt vindt dat nu het geval is. Bijvoorbeeld het nauwelijks hebben van borsten, waardoor men zich minder vrouwelijk voelt, of het hebben van een uitgezakt voorhoofd en hangende bovenoogleden, waardoor men een sombere of vermoeide indruk kan maken.

De meeste patiënten profiteren psychologisch gezien duidelijk van een esthetische ingreep. We weten als geen ander dat na zo'n operatie of behandeling de levenskwaliteit van deze patiënten meestal aanzienlijk verbeterd is. Dat maakt dat we met een gerust hart en zonder gewetenswroeging Esthetische Chirurgie goed kunnen verantwoorden. Een zekere mate van relativering in het kader van andere gezondheidsproblematiek en wereldproblematiek is natuurlijk wel op zijn plaats.

Wie voeren de Esthetische Chirurgie uit?

Insteek is: alle specialisten die een bekwaame en gedegen chirurgische opleiding hebben gehad in de Esthetische Chirurgie. Het moge duidelijk zijn dat dit niet alleen plastisch chirurgen betreft, alhoewel in de Nederlandse setting plastisch chirurgen qua training en opleiding er wel het meest voor toegerust zijn. Zij hebben uitgebreid ervaring met delicate weke delen chirurgie en zijn opgeleid in de principes van weefselverplaatsing, iets wat bij uitstek nodig is voor de Esthetische Chirurgie.

Anderzijds zijn vele plastisch chirurgen niet zo goed opgeleid in de fysiologie van de neus en de septum chirurgie als kno-artsen. En kaakchirurgen zijn natuurlijk veel beter getraind in het uitvoeren van een profielcorrectie middels een kaak-osteotomie dan een gemiddelde plastisch chirurg.

Wat in Nederland wat mij betreft echt verleden tijd moet worden is dat iedere arts bevoegd is esthetische chirurgie en behandelingen uit te voeren. Na een cursus waar dan ook, kan iedere arts hiermee beginnen. Echter, deze arts, die zich vaak cosmetisch arts noemt, kan vaak bij lange na niet de consequenties van dergelijke behandelingen overzien, kent geen alternatieve behandelingen, en kan eventuele complicaties en tegenvallende resultaten vaak niet oplossen.

Maar ik steek ook de hand in eigen specialisten boezem: weg met die specialisten die geen adequate nazorg bieden omdat ze in de postoperatieve fase er of zelf niet zijn, of niet bereikbaar zijn of geen andere adequate nazorg hebben geregeld.

Bewaking van de kwaliteit van esthetische chirurgie / Complicatieregistratie.

Na het overlijden van een jonge patiënte die een esthetische ingreep onderging, recent gemeld via publieke pers, stond heel Nederland op zijn kop. Terecht! Iedere patiënt die overlijdt na een ingreep is er een teveel. Maar is het laten uitvoeren van een esthetische ingreep in een privé-kliniek daarmee ook daadwerkelijk gevaarlijk? En hoe is het gesteld met de bewaking van de kwaliteit van Esthetische Chirurgie in Nederland?

We beschikken in ons land helaas niet over statistische gegevens met betrekking tot het risico op overlijden na een plastische chirurgische ingreep in een privé-kliniek. Wel hebben we aanwijzingen over de grootte van een dergelijk risico, uitgaande van Amerikaanse cijfers. Het

risico ligt, indien je deze cijfers rechtstreeks toepast op de Nederlandse situatie, op ongeveer maximaal één sterfgeval op de 50.000 ingrepen indien de ingreep wordt uitgevoerd door volgens Amerikaanse richtlijnen gekwalificeerde plastisch chirurgen in gekwalificeerde instellingen. Dit risico is dan dus tweeënehalf keer zo klein als de jaarlijkse kans om te overlijden ten gevolge van een auto-ongeval in Nederland.

En dan nu de vraag hoe het met de bewaking van de kwaliteit van de Esthetische Chirurgie in Nederland is gesteld? Medisch specialisten worden door hun beroepsgenoten regelmatig gevisiteerd en specialisten moeten jaarlijks hun nascholingsactiviteiten registreren en opgeven. Maar geeft dit voldoende bewaking van de kwaliteit? Mijns inziens moeten we net zoals in Amerika, naast regelmatige visitaties, overgaan naar een board-certificatie en scholing en testen via zogenaamde continue medische educatie programma's; op deze wijze kan gemakkelijk kennis worden opgedaan en wordt deze ook regelmatig getoetst.

Daarnaast is het ook absoluut noodzakelijk dat complicaties van behandelingen goed worden geregistreerd, geëvalueerd en besproken. Het is bekend uit de literatuur dat evaluatie en bespreking van complicaties het aantal doet afnemen, het zogenaamde autodidactisch effect van de complicatieregistratie.

Ook wordt het tijd om met de overheid specifieke eisen en richtlijnen op te stellen voor privé-klinieken met betrekking tot inrichting en veiligheid. Alleen dan zijn risico's op per- en post-operatieve complicaties acceptabel laag te houden.

Onderzoek / Objectieve meting

Tot nu toe doen we als specialist vanuit de Esthetische Chirurgie te weinig wetenschappelijk onderzoek en leggen we het resultaat van onze aspect verbeterende ingrepen nog te weinig objectief vast, zodat evaluatie van resultaten vaak niet optimaal mogelijk is. We spreken vaak van "in mijn handen werkt het fantastisch, ik zie nooit problemen". Het evalueren van allerlei esthetisch chirurgische behandelingen, zowel technische als gemeten vanuit het perspectief van de patiënt in maat en getal via objectieve scoringssystemen, zoals bijvoorbeeld die van Strasser, zijn mijns inziens dan ook noodzakelijk om objectief en kwalitatief op een hoger esthetisch chirurgisch niveau te komen. Vanuit het Universitair Medisch Centrum Groningen vinden reeds verschillende klinische als ook basaal wetenschappelijke studies plaats in samenwerking met onder anderen collega's uit het Medisch Centrum Leeuwarden, de Isala Klinieken uit Zwolle, privé-kliniek Heerenveen, het Universitair Medische Centrum Utrecht (Prof.dr. M. Kon), het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam (dr. S.O.P. Hofer) en het Medisch Centrum Scheveningen (dr. H.P.J.D. Stevens), en met andere disciplines vanuit de Rijksuniversiteit en het Universitair Medisch Centrum Groningen zoals onder anderen de onderzoeksgroep Stamcel en Tissue Engineering (Prof.dr. M. van Luyn, dr. M. Harmsen), de vakgroep Psychologie (dr. T. Bouman), en de vakgroep Medische Ethiek (Prof. dr. M. A. Verkerk).

Toekomstige samenwerking met andere vakgroepen, zoals bijvoorbeeld de vakgroep Gynecologie, Dermatologie, Tandheelkunde en Kaakchirurgie zullen zeker volgen.

Nieuwe technieken en producten

Binnen de Esthetische Chirurgie in het bijzonder is er helaas te weinig wet- en regelgeving met betrekking tot het invoeren van nieuwe technieken en producten. Een techniek en/of product is nog maar amper ontwikkeld, of het wordt na CE markering massaal de esthetische markt op gebracht. Via slimme marketing en soms naïeve dokters worden vervolgens potentiële klanten en

masse bediend met het nieuwste product dat fantastische resultaten belooft. Vervolgens leert de tijd pas of het betreffende product of techniek wel voldoende werkt of toch zijn beperkingen kent of zelfs vreselijke complicaties kan veroorzaken. Wij hebben ons waarschijnlijk allemaal - en ik kan u zeggen ook ik in mijn jonge jaren als onervaren specialist - wel eens met de beste bedoelingen laten verleiden om een dergelijk nieuw product of techniek toe te passen. We menen dikwijls dat we de patiënt er mee van dienst zijn, maar het tegendeel is vaak waar. Bekende voorbeelden zijn de verschrikkelijke granulomen die kunnen ontstaan na het opvullen van oppervlakkige rimpels met New Fill, de beperkingen van de zogenaamde draadlift, en tot slot de vaak minimale en vaak onvoorspelbare effecten van zogenaamde niet-ablatieve behandelingen als ultrashape en thermage. Helaas zijn er nog steeds klinieken, artsen en specialisten die dergelijke technieken en producten op grote schaal toepassen; honderden, zo niet duizenden mensen zijn daar in Nederland uiteindelijk in meerdere of mindere mate het slachtoffer van geworden. Het wordt nu echt tijd dat de overheid, in goede samenwerking met de beroepsvereniging, zorgt voor een adequate wet- en regelgeving inzake het invoeren en gebruik van nieuwe producten en technieken. Registratie van vulmiddelen als geneesmiddel in plaats van als medisch hulpmiddel is daarvoor bijvoorbeeld een uiterst noodzakelijke en passende maatregel.

Psychologie van de esthetische patiënt / de Psycholoog

Een aspect dat ook aandacht verdient binnen de Esthetische Chirurgie is dat wij als esthetisch chirurg - nog meer dan nu al het geval is - psychologisch geschoold moeten worden en op de hoogte moeten zijn van de psychologische factoren die een rol spelen bij maken van de keuze voor een esthetische ingreep. Op die manier kan tot een nog zorgvuldiger indicatie stelling worden gekomen en kunnen potentiële klanten met psychische stoornissen en problemen, zoals bijvoorbeeld een body dysmorphic disorder, psychologisch worden behandeld in plaats van met het mes. Gevalideerde, goed ontwikkelde screeningslijsten kunnen hierbij van grote waarde zijn.

Echter, iedereen naar de psycholoog sturen die bij de plastisch chirurg komt voor een esthetisch probleem - zoals recent weer ter discussie werd gebracht in de media - is mijns inziens absoluut overtrokken. Mensen die daar op aandringen denken mijns inziens te paternalistisch over patiënten die een esthetische ingreep willen laten uitvoeren en preken mogelijk ook voor eigen parochie. Ik onderstreep echter de noodzaak voor nauwere samenwerking met psychologen, ter bevordering van optimale zorg en verdere ontwikkeling van de Esthetische Chirurgie.

De grenzen van esthetische chirurgie / Medisch Ethicus

Waar ligt de limiet voor Esthetische Chirurgie? Voeren we het adagium "u vraagt, wij draaien" of moeten we een behoorlijk ethisch verantwoord kader scheppen? Behandelen we kinderen met het Syndroom van Down om hun stigmatiserende kenmerken weg te halen - en zo ja voor wie dan, voor de ouders of voor het kind?

Brengen we mega borstprothesen in, omdat ene Lola F. dat nu zo graag wil of denken we na? En hoe bepalen we dan de grens; of zijn we dan zelf paternalistisch bezig? Allemaal terechte vragen met een ethische lading. Het betrekken van de ethicus binnen de Esthetische Chirurgie is mijns inziens dan ook van groot belang om de Esthetische Chirurgie in medisch ethisch opzicht verantwoord verder te kunnen ontwikkelen en uitvoeren.

Bekendmaking / Advertentie beleid / Media

Aan belangstelling van de media - gevraagd en ongevraagd - heeft onze beroepsgroep geen gebrek. Maar doen we dat zelf wel altijd op een correcte en zuivere wijze? Of misleiden we potentiële cliënten met advertenties waarin teksten staan als: "de nieuwste methode".

Door de aandacht vanuit de media is Esthetische Chirurgie wel een meer en makkelijker bespreekbaar onderwerp geworden. De drempel van potentiële klanten om naar een privé-kliniek te gaan is hierdoor lager geworden. Een positief effect is dus zonder meer dat mensen die eigenlijk al lang de wens tot een esthetische ingreep hadden, nu gemakkelijker de voor hun vaak bevrijdende stap durven maken.

Er is echter ook een keerzijde. De manier waarop regelmatig in de media aandacht wordt besteed aan de Esthetische Chirurgie - bijvoorbeeld via "extreme make-overs", en programma's over vreselijke complicaties, maar ook de laatste tijd via de zogenaamde meer objectieve programma's als Zembla, zoals u afgelopen zondag heeft kunnen zien- zou je kunnen kwalificeren als "medische pornografie (P. Leistikow) ". Door de vaak shockerende of indrukwekkende wijze van presentatie krijgt de argeloze toeschouwer in het geheel geen realistisch beeld van de werkelijkheid; iets dat vergelijkbaar is met het kijken naar pornofilms. Alles wordt juist te mooi of te onrealistisch of juist te vreselijk voorgesteld.

Alsof jongeren op grote schaal naar de plastisch chirurg gaan voor een cosmetische ingreep, alsof alle vrouwen hun schaamlippen willen laten verkleinen omdat ze niet weten wat normaal is, alsof alle esthetische ingrepen leiden tot vreselijke complicaties. De voorstelling van zaken is niet meer gebaseerd op realistische feiten, maar op een "idée fixe" dat door media vaak "gehyped" wordt omdat we nu eenmaal sensatie willen zien, een moderne variant van de oude Romeinse Spelen. De waarheid is echter anders en wordt hiermee ernstig geweld aangedaan.

Medisch handelen versus commercieel belang

Door commerciële belangen, die overal en dus ook binnen onze beroepsgroep een rol spelen, bestaan er gegronde zorgen vanuit onze beroepsgroep binnen de Esthetische Chirurgie. Privé-klinieken rijzen als paddestoelen uit de grond. Er zijn - mogelijk uit kostenoverwegingen - klinieken die niet voldoen aan de eisen die aan een dergelijke instelling met operatiefaciliteiten gesteld horen te worden. Daarnaast zijn er artsen en specialisten die iedere klant behandelen. We moeten er absoluut voor waken dat we ons handelen niet enkel en alleen laten leiden door zakelijke belangen; adequate en goede zorg horen voorop te staan. De klant zou er op moeten kunnen rekenen in goede handen te zijn bij een instelling en een medisch specialist die ten alle tijde handelt in het belang van deze klant en niet in het belang van eigen portemonnee.

Esthetische Chirurgie en de Politiek / Overheid

De politiek heeft zich de afgelopen jaren met enige regelmaat weinig vleidend uitgelaten over de Plastische Chirurgie, en de Esthetische Chirurgie in het bijzonder. Zo sprak de vorige minister van Gezondheidszorg Hoogervorst via de pers op een laagdunkende en weinig genuanceerde wijze over "bijklassende plastisch chirurgen in privé-klinieken".

In deze term "bijklassen " zitten een ongefundeerde kwalificatie die het leeuwendeel van onze beroepsgroep schaadt. Namelijk dat het werk in privé-klinieken door ons er even bij gedaan wordt voor het geld.

Niets is minder waar; Esthetische Chirurgie is veeleisend werk, dat veel tijd en inspanning vergt. Bovendien doordat de overheid binnen de verzekerde zorg vele ingrepen naar de categorie "niet

noodzakelijke zorg" heeft verbannen, moeten vele mensen deze ingrepen voortaan zelf betalen. De kortere toegangstijd, de langere tijd voor het eerste consult, de vlottere planning, de minder grote bureaucratie, en de vaak meer persoonlijke aandacht (iets wat binnen de conventionele ziekenhuisstructuur en financieringsstroom vaak minder goed realiseerbaar is), maken dat dezelfde goed getrainde plastisch chirurgen een deel van hun werk nu uitvoeren in een privé-kliniek in plaats van in hun eigen ziekenhuis.

In plaats van zich negatief uit te laten zou de politiek en daarmee de overheid de handschoen moeten oppakken om samen met de beroepsgroep duidelijke richtlijnen en regelgeving op te stellen om te komen tot goede en verantwoorde zorg, zowel op het gebied van de Esthetische Chirurgie als op het gebied van de reguliere gezondheidszorg.

Quo Vadis

En dan, tot slot; quo vadis? Esthetische Chirurgie is niet meer weg te denken uit het pakket van de plastisch chirurg en de vraag ernaar zal alleen maar groeien. Middels wet- en regelgeving moeten duidelijke eisen en richtlijnen gesteld worden aan alle uitvoerders van esthetisch chirurgische behandelingen en aan klinieken van waaruit deze behandelingen plaatsvinden. Daarnaast is een ruimere aandacht voor de Esthetische Chirurgie binnen de opleiding tot plastisch chirurg van groot belang. Zorgvuldige patiëntenzorg, gedegen opleiding, onderwijs en onderzoek zijn dan ook de kerntaken die ik tot mijn domein reken. Door de krachten van de plastisch chirurgische opleidingsklinieken in het Noorden, bestaande uit het Universitair Medisch Centrum Groningen, het Medisch Centrum Leeuwarden, en de Isala Klinieken in Zwolle tezamen met privé-kliniek Heerenveen en de Hanze kliniek op Esthetisch Chirurgisch gebied te bundelen hoop ik samen met mijn collega's een belangrijke bijdrage te leveren aan een nog betere zorg en opleiding op het gebied van de Esthetische Chirurgie in Nederland. Onder het motto samen sterk kunnen we een grote slag maken: ik hoop dat dit initiatief ook elders in Nederland een vervolg zal krijgen.

De warmte en aandacht die ik van mijn ouders heb gekregen, de liefde en aandacht van mijn lieve Hester en die van mijn vier dochters Charlotte, Femke, Lycke en Lisa en van mijn zoon Cees-Jan, de steun van mijn dierbare collega's en assistenten in het Noorden, de mede-initiatief nemers van privé-kliniek Heerenveen, en speciaal de steun en het vertrouwen gegeven door mijn baas de Hooggeleerde Werker, en de Raad van Bestuur van zowel het Universitair Medisch Centrum Groningen als het Medisch Centrum Leeuwarden, al die anderen die hierin ook een rol hebben gespeeld, maken dat ik hier nu sta. En met de instelling van de eerste leerstoel Esthetische Chirurgie in Nederland is mijns inziens een fundament gelegd waarop de Esthetische Chirurgie verder richting kan worden gegeven;

En alleen met een goed fundament voor de Esthetische Chirurgie kunnen we erop toezien dat uiteindelijk in deze tak van zorg geen zorgen meer zijn en er alleen nog maar verantwoord wordt gehandeld en behandeld op het snijvlak van lichaam en geest,

Ik heb gezegd.

Prof. dr. B. van der Lei