

De perifere professor: best of both worlds?

Harm Rutten en **Ivo Broeders** zijn beide hoogleraar én werkzaam in perifere ziekenhuizen. Hoe combineren ze die posities? En zijn er voordelen ten opzichte van het enkel werken in de academie?

Door: Hidde Kroon

Ivo Broeders is chirurg in het Meander MC en sinds 2007 hoogleraar robotica en minimaal invasieve interventies aan de Universiteit Twente, voor de afdelingen Technische Geneeskunde en Robotics and Mechatronics. Hij houdt zich vooral bezig met onderzoek naar de toepassing van hightech op de OK. Het is klinisch en ergonomisch onderzoek rondom de Da Vinci-robot, met name op het gebied van reflux en middenrifbreuken. Daarnaast werkt hij aan nieuwe ontwikkelingen, zoals camerasturing op basis van beeldanalyse, de eerste praktische toepassing van artificiële intelligentie bij endoscopische chirurgie. Op de Universiteit Twente houdt hij zich bezig met CT-geleide puncties met een robotarm en met laparoscopische detectie van sentinel nodes op basis van magnetisme.

Het primaire onderzoeksgebied van Harm Rutten is het rectumcarcinoom, in het bijzonder lokaal voortgeschreden en lokaal recidiverende varianten. Sinds 2013 is hij hoogleraar chirurgische oncologie, in het bijzonder voor vraagstukken over gastro-intestinale tumoren. Daarnaast is hij bij het IKNL betrokken bij epidemiologisch onderzoek naar uitkomsten van de behandeling van colorectale tumoren met speciale aandacht voor ouderen. Hij combineert dit alles met zijn werk als chirurg in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven.

Heren, hoe bent u in deze bijzondere posities terechtgekomen? Was het altijd al uw ambitie om hoogleraar te worden of is het u 'overkomen'?

Broeders: Ik kreeg na mijn registratie als chirurg de gelegenheid in het UMC Utrecht om het project "operatiekamer van

de toekomst" vorm te geven. Daar startte mijn hightechloopbaan, al had ik tijdens mijn promotietraject in de jaren daarvoor ook al de nodige ervaring opgedaan met het inzetten van computertechnologie bij de analyse van de behandelresultaten van EVAR. Deze fantastische baan ging

BROEDERS: "HET HOOGLERAARSHIP OPENT MAKKELIJKE DEUREN"

over in een vaste aanstelling op de afdeling Heelkunde en ik ontwikkelde daar de ambitie om hoogleraar te worden, specifiek op mijn werkterrein, de hightechchirurgie.

Rutten: Bij mijn aanstelling had het Catharina de ambitie om intraoperatieve radiotherapie te ontwikkelen. Hiervoor waren kostbare investeringen nodig en commitment van de radiotherapeuten, maar ook van mij. Dit is de belangrijkste reden waarom ik nooit de overstap naar de academie gemaakt heb, waar de combinatie van patiëntenzorg, opleiding en onderzoek meer voor de hand lag. In het Catharina Ziekenhuis werk ik nu met gelijkgestemde geesten die juist in die combinatie geloven. Op deze manier zijn we een heel aantrekkelijke partner voor een academisch centrum geworden. Ik had het geluk dat erkenning van deze inspanningen omgezet is in een hoogleraarschap. Het is mij dus een beetje overkomen, maar toch vooral ook wel een logisch gevolg van onze de activiteiten.

Waarom hebben uw universiteiten voor een perifere chirurg als hoogleraar gekozen?

Broeders: De Universiteit Twente startte in 2003 met de opleiding Technische Geneeskunde, om antwoord te geven op de explosieve toename van het gebruik van geavanceerde technologie in de zorg. Zij zochten nadrukkelijk naar specialisten met affiniteit voor hightech, voor de rol van klinisch hoogleraar. Deze hoogleraren moeten een voortrekkersrol vervullen in de toepassing of ontwikkeling van geavanceerde medische technologie en vanuit dat perspectief studenten meenemen naar de uitdagingen van onze werkomgeving. Ik gaf destijds veel lezingen over robotchirurgie en kwam zo met de universiteit in contact. Mijn profiel sloot naadloos aan bij de taakomschrijving voor de klinisch hoogleraar Technische Geneeskunde.

Rutten: Ik ben niet de enige hoogleraar in onze maatschap, ook Teijink en sinds kort Van Sambeek hebben die posities. Ik denk dat we opvallen door onze consequente onderzoekslijnen, die een constante stroom promovendi opleveren. We zijn daarnaast vertegenwoordigd in landelijke en internationale netwerken en jaarlijks betrokken bij tientallen oncologische publicaties. En er was al samenwerking met diverse academische centra, dat is nu nog steeds zo. Hoogleraarschappen binnen onze perifere maatschap betekenen een bindende factor voor zowel de academie als ons.

Zijn er voordelen aan het perifere hoogleraarschap?

Broeders: Ik denk niet dat er specifieke voordelen te benoemen zijn ten opzichte

van werken in de academie. Het zijn twee scenario's die behoorlijk verschillen qua dagindeling, taakstelling en verplichtingen. Iedereen zal daar een persoonlijke visie op hebben. Ik ben zeer gelukkig met mijn combinatie van perifere praktijk en deeltijd universitair hoogleraarschap. Ik vind het erg belangrijk om, met mijn maten, eigen baas te zijn over onze praktijk en om rechtstreeks invloed uit te kunnen oefenen op ons profiel en op onze resultaten. Ik heb wel gemerkt dat het hoogleraarschap makkelijker deuren opent en dat ik vanuit die rol betrokken word bij zaken die me inspireren.

Rutten: Het voordeel van een perifeer werkende hoogleraar is dat je je eigen werkomgeving kunt bepalen. De lijnen zijn kort en bestuurlijke verplichtingen zijn meer een eigen keuze.

Zijn er ook nadelen?

Broeders: Dat ligt aan de mate waarin je gesteund wordt. Mijn sectie heeft me altijd de ruimte gegeven en we hebben goede afspraken met de UTwente. Dat laatste is belangrijk om steun te houden op de langere termijn. Ik werk in het Meander Medisch Centrum, een STZ ziekenhuis. Dat vraagt om unieke profilering en een degelijke onderzoeksagenda. Het Meander ondersteunt deze leerstoel en de alliantie met de UTwente dan ook van harte. Klein nadeel is de dwingende agenda van de OK, poli en dienst. Dat ligt maanden vooraf al vast en dat maakt me, denk ik, minder flexibel in vergelijking met collega's uit academische ziekenhuizen.

Rutten: Het grootste nadeel is dat een perifeer ziekenhuis niet op publicaties

en wetenschappelijke erkenning wordt afgerekend, maar op productie. Eigenlijk is er dus veel te weinig tijd. Aan mijn hoogleraarschap mag ik een halve dag per

RUTTEN: “DE LIJNEN ZIJN KORT EN BESTUURLIJKE VERPLICHTINGEN ZIJN MEER EEN EIGEN KEUZE”

week besteden en dat is genereus van mijn maatschap en ziekenhuis. Verder is er geen mogelijkheid om fundamenteel onderzoek te doen, hierin is de samenwerking met de academie van voordeel.



Ivo Broeders tussen promovendus Paul Wijsman (links) en Technische Geneeskunde student Lennert Molenaar (rechts) bij een proefopstelling van de robotarm voor camerasturing op basis van beeldanalyse.

Het aanvragen van subsidies en fondsen wordt ook minder ondersteund en is tijdrovend. Ik heb ook wel eens de indruk dat een subsidieaanvraag vanuit

BROEDERS: "KLEIN NADEEL IS DE DWINGENDE AGENDA VAN DE OK"

een perifeer ziekenhuis wat moeizamer gaat, hoewel hier de laatste jaren verandering in is gekomen, omdat we een aantal zeer fraaie projecten gesubsidieerd gekregen hebben.

Hoe combineert u uw hoogleraartaken met de drukte van de perifere praktijk?

Broeders: Dat is inderdaad wel eens lastig. Ik vind dat het meest voelbaar voor mijn klinische taken. Ik heb twee operatiedagen, een dag poli, een dag UTwente, en één op vijf dienst, dus vaak een weekdag niet in de kliniek. Dan moet er veel gebeuren in beperkte tijd en je bent minder zichtbaar. Verregaande differentiatie, ook in de perifere praktijk, maakt het dan wel weer iets overzichtelijker.

Rutten: Een week heeft maar zeven dagen en het moet uit de lengte of de breedte komen. Dus er wordt een behoorlijke wissel gelegd op mijn privéleven. Zonder de steun van mijn echtgenote, die haar carrière op een lager pitje gezet heeft om er meer voor ons gezin te zijn, was het onmogelijk geweest om te bereiken wat ik bereikt heb.

Doet u algemene chirurgische diensten (met bijvoorbeeld heupfracturen)?

Broeders: Ja, wij hebben een eerste dienst en daarnaast 24-uurs dekking van de drie grote deelgebieden. De eerste dienst beoordeelt patiënten en opereert in lijn met ons NVvH- normeringsdocument 7.0. Voor mij betekent dat wat traumatologie betreft niet verder dan



Harm Rutten

onbloedige reposities of achillespeesrupturen. Het grote voordeel blijft dat de

paraat moeten staan. Vooralsnog werkt dit bij ons goed.

RUTTEN: "ALS PROFESSOR WORD JE BIJ ONS NIET ONTZIEN"

eerste dienst in de nacht voor alle patiënten de noodzaak tot acuut handelen beoordeelt en daarmee de collega's in de achterwacht spaart die om 7.45 uur weer

Rutten: We hebben al enige jaren gedifferentieerde diensten: trauma, vaat en algemeen. Dus mijn laatste heupfractuur is al even geleden, in tegenstelling tot mijn laatste galblaas en appendix, die ik als lid van de algemene dienstploeg doe. Dus als professor word je bij ons wat dat betreft niet ontzien. Dat zou ook problemen geven met drie professoren op dertien stafleden in onze vakgroep. Gelukkig kennen we wel zoiets als een leeftijdsregeling en hoef ik om die reden binnenkort geen diensten meer te doen. ■