

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/30216>

Please be advised that this information was generated on 2019-09-22 and may be subject to change.

Verbintenis der zuilen

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. P.F.A. MULDER

Radboud Universiteit Nijmegen



INAUGURELE REDE
PROF. DR. P.F.A. MULDER



Urologie is een zelfstandig chirurgisch specialisme dat zich heeft ontwikkeld in pijlers: kinderourologie, oncologische, functionele, andrologische en minimaal invasieve urologie. Deze pijlers dienen de drie taken van een academische afdeling: patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Het is de

verbintenis van de pijlers met deze taken die de geïntegreerde afdeling vormt. Baanbrekend onderzoek van *bench-to bedside* en een juiste balans tussen algemene en supergespecialiseerde urologie zijn ingrediënten voor het uitoefenen van het vak urologie. Herkenbaarheid van het vak binnen de opleiding tot arts en erkenning van de opleiding tot basisuroloog zijn, naast ontwikkeling van fellowship-programma's, essentieel voor de toekomst van de urologie. Duidelijke organisatorische en financiële structuren moeten er voor zorgen dat kwantitatief en kwalitatief werken beloond worden. Het objectiveren van de kwaliteit van het urologisch handelen vormt een van de belangrijke taken voor de toekomst. Dit moet worden verricht door iedereen die dit mooie vak een warm hart toedraagt, en als hoogleraar en afdelingshoofd zal Mulders dit op alle fronten ondersteunen en stimuleren.

Peter Mulders (1962) studeerde geneeskunde aan de Radboud Universiteit te Nijmegen. Hij promoveerde in 1994 op het onderwerp prognostische factoren bij urologische tumoren. Van 1996 tot 1998 volgde hij een postdoctoraal oncologisch klinisch research-fellowship aan UCLA, Los Angeles. Vanaf 1999 is hij staf lid binnen de afdeling urologie van het UMC St Radboud te Nijmegen. Sinds december 2002 is hij plaatsvervangend hoofd en vanaf december 2004 hoofd van de afdeling Urologie.

DE VERBINTENIS DER ZUILEN

Verbintenis der zuilen

*Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Urologie aan het UMC
St Radboud van de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 6 juli 2007*

door prof. dr. P.F.A. Mulders

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen
Drukwerk: Thieme MediaCenter Nijmegen

Mijnheer de rector magnificus, dames en heren,

Als u hier in dit prachtige concertgebouw, bekend om de wellicht beste akoestiek van Europa, aanwezig bent, stel ik mijzelf de vraag of de titel van mijn oratie, 'Verbintenis der zZuilen', hier mede debet aan is. Ik vraag mij dus af of de titel alleen voldoende reden was om bij deze laatste academische zitting voor het zomerreces aanwezig te zijn. Maar nu u hier bent zal ik proberen u met voldoende urologische kennis op vakantie te laten gaan. Het vaag houden van een titel heeft een doel op zich. Het geeft mij in deze oratie de gelegenheid u mee te nemen naar waar de urologie stond, staat en in de toekomst zal staan.

HISTORISCH PERSPECTIEF

Van Hippocrates tot richtlijnontwikkeling en indicatoren

Tijdens mijn laatste verblijf in Griekenland, enkele weken geleden, heb ik met eigen ogen de plaats kunnen aanschouwen waar de moderne geneeskunde het levenslicht zag. De reden van dit verblijf was een vergadering over de ontwikkeling van Europese richtlijnen voor urologische aandoeningen. Richtlijnen voor het medisch handelen zijn tegenwoordig vaak uitgangspunt voor het beoordelen van de kwaliteit van dit handelen. Dus een betere verbintenis tussen de oorsprong van de geneeskunde en deze richtlijnontwikkeling als uiting van de geneeskunde van vandaag kan mijns inziens niet geschetst worden. Het woord verbintenis zal dan ook als leidraad dienen voor mijn oratie betreffende de urologie, vanuit het perspectief van wat de historie ons gebracht heeft naar mijn visie over wat de toekomst ons zal brengen.



ISBN 978-90-811504-1-5

© Prof. dr. P.F.A. Mulders, Nijmegen, 2007

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Terug naar Griekenland. Bij de fundamenten van deze tempel van Asklepios staan nog slechts vijf zuilen recht. Wie was Asklepios? Asklepios was de zoon van Apollo. In de oudste beschrijvingen was hij de eerste die zieken het zogenaamde daglicht liet zien. Dit werd beschouwd als de eerste beschrijving van genezing. De vertaling in het Latijn van het Griekse Asklepios is Aesculapius, in het Nederlands Aesculaap. De aesculaap, weergegeven als een slangenstaf, kennen wij tegenwoordig nog steeds als het symbool van het artseneroep. Soms echter wordt dit symbool misbruikt om illegaal te parkeren.

Laten wij nu proberen de zuilen van deze tempel van Asklepios van destijds symbool te laten staan voor de pijlers van de afdeling urologie in de huidige tijd. Vergezocht misschien? Nee, want het is namelijk op deze fundamenten dat de eerste medische school werd gebouwd. Een school ter nagedachtenis aan Hippocrates, een afstammeling van Asklepios en een zeer bekwaam arts. Een school, waar mensen kwamen voor behandeling, waar onderwijs werd gegeven en waar onderzoek ongetwijfeld tot nieuwe uitdagingen leidde. Zie hier de Trias patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek, uit onze moderne academische geneeskunde terug in deze Griekse arts uit de oudheid. Hippocrates wordt niet voor niets beschouwd als 'vader' van de geneeskunde, omdat hij als eerste natuurlijke in plaats van bovennatuurlijke oorzaken voor ziekten zag. Bij het aanvaarden van het artseneroep zegt men De Eed van Hippocrates: "Ik zal naar mijn beste oordeel en vermogen en om bestwil mijner zieken hun een leefregel voorschrijven en nooit iemand kwaad doen". Een moderne versie zou men kunnen vinden in de zogenaamde richtlijnen voor medisch handelen, die men dient na te leven. In mijn beschouwing over kwaliteit en kwantiteit van zorg, zal ik hier later in deze oratie op terugkomen.

ONTSTAAN DER UROLOGIE

Urologie vindt zijn oorsprong in een van de zuilen van de Heelkunde. Het is echter nog steeds zo dat aan velen, zelfs geneeskunde studenten en co-assistenten, moet worden uitgelegd dat urologie een chirurgisch specialisme is. Urologische operaties werden eerst gedaan door hierin geïnteresseerde algemeen chirurgen, daarna door speciaal opgeleide urologisch chirurgen, later urologen genoemd. Dat deze ontwikkeling niet overal gelijke tred houdt en zelfs afhankelijk is van de aanwezigheid dan wel afwezigheid van urologen (bijvoorbeeld in Suriname, waar er periodes geen urologen aanwezig zijn) is nog steeds een opvallend verschijnsel. Het is echter ook zo dat zelfs bij de aanwezigheid van voldoende urologen het hebben van een eigen afdeling urologie niet overal gerealiseerd is. Tien jaar geleden, tijdens mijn fellowship bij UCLA, Los Angeles, werd bijvoorbeeld pas de officiële start gemaakt met de zogenaamde Department of Urology. Ook in Nederland is er nog steeds academische urologie die zich als divisie van de algemene chirurgie georganiseerd heeft. Daarnaast lijkt tegenwoordig steeds vaker het idee te bestaan dat urologen niet opereren, wellicht ingegeven door een toename van niet-chirurgische behandelingsvormen binnen ons specialisme.

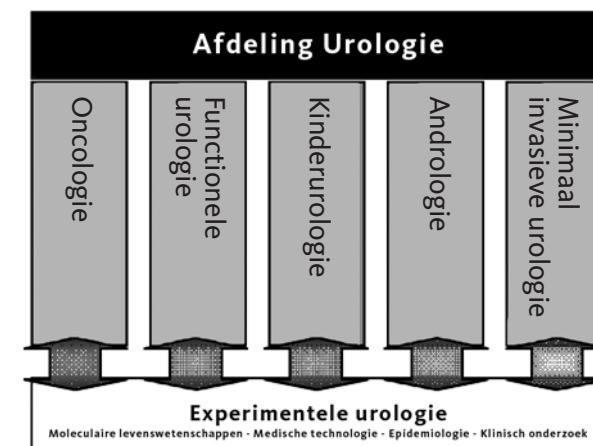
Uitleg over deze tendens en implementatie binnen de 'Verbintenis der Zuilen' vormt een deel van de visie op de urologie. Een academische urologische afdeling heeft dus 3 taken: patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek. Deze zogenaamde Trias zal ik nu voor u tegen het licht houden.

PATIËNTENZORG

Allereerst natuurlijk de zorg voor de urologische patiënt. Zoals al eerder aangegeven heeft de urologie zich de laatste 25 jaar enorm ontwikkeld. Was er in het Radboud-ziekenhuis van de jaren zeventig slechts een enkeling die zich met de academische urologie bezighield – in de vorm van operaties die de algemeen chirurgen niet wilden of konden doen – in het huidige Universitair Medisch Centrum St Radboud is er een eigen afdeling urologie met superspecialisten op vijf deelgebieden, ook wel zuilen of pijlers genoemd. Over de voors en tegens van deze ontwikkeling kom ik hier te spreken. Deze oratie behelst grotendeels het verlies van generalisme binnen de urologie versus het krijgen van kansen door te superspecialiseren. Een gedegen afweging hiervan is noodzakelijk; het ontwikkelen van pijlers behoeft afstemming, inzicht en een juiste balans, net zoveel balans als de zuilen die deze tempel vroeger ondersteunden. In mijn functie als kernleerstoelhouder en het daarbij behorende afdelingshoofdschap is hier een duidelijke en cruciale rol weggelegd. Niet voor niets is de leeropdracht 'Algemene urologie'. De beeldspraak hierin heb ik al bij u aangegeven en mag dienen ter verduidelijking.

Vanuit de bovenstaande gedachten ontstonden de volgende deelgebieden van de urologie:

1. Oncologische urologie
2. Functionele urologie
3. Kinderurologie
4. Andrologische urologie
5. Minimaal invasieve urologie



De belangrijkste doelstelling van deze verzuiling was de toegenomen behoefte aan specifieke expertise. In een deelgebied konden technieken en behandelingen geëxploreerd worden die uiteindelijk noodzakelijk waren om dit deelgebied en daarmee de urologie verder te brengen.

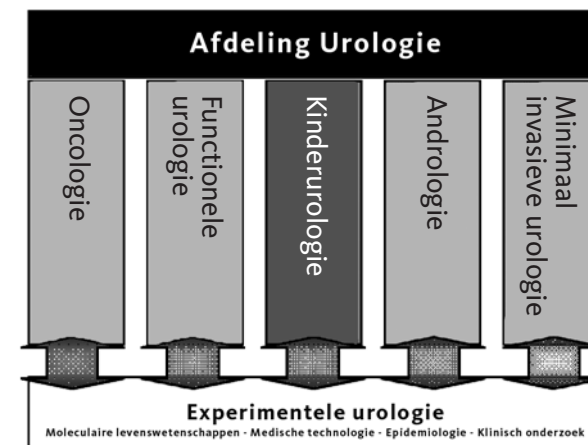
Was deze afdeling urologie van dit universitaire ziekenhuis hierin uniek? In Nederland zeer vooruitstrevend, in Europa een voorbeeld en in Amerika was een zelfde ontwikkeling gaande.

Voor mijzelf heb ik nooit anders geweten. Binnen mijn heelkundige opleiding in het Ikazia ziekenhuis te Rotterdam met chirurgen als Brinkhorst, Van Gogh, Veen en Boelhouwer zag ik dat specifieke expertise leidde tot kwaliteit en de mogelijkheid nieuwe technieken te implementeren. Binnen de urologieopleiding zag ik het verschil tussen de perifere urologie van het Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, met urologen als Karthaus en Corten, en de academische urologie van het Radboudziekenhuis met urologen als Debruyne, Oosterhof, De Vries, Van Kerrebroeck en Meuleman. Deze laatsten – overigens allen (om zeer uiteenlopende redenen) niet meer werkzaam op deze afdeling – hadden al de eerste stappen gezet richting deze pijlerstructuur. Tijdens mijn door de Nederlandse Kankerbestrijding aangeboden fellowship na mijn opleiding zag ik de pijlerstructuur op de University of California te Los Angeles bij urologen als Dekernion, Belldegrun, Churchill, Fuchs en Rajfer verder uitgewerkt en kon ik de overgang meemaken van de divisie Urologie als deel van de heelkunde naar het Department of Urology als zelfstandige afdeling met zijn eigen vijf units.

De beschrijving van de vijf centrale urologische pijlers kan vanuit deze achtergrond worden gezien en hun korte evolutie kan dan ook dienen om een toekomstbeeld voor de urologie te definiëren.

ZUIL DER KINDERUROLOGIE

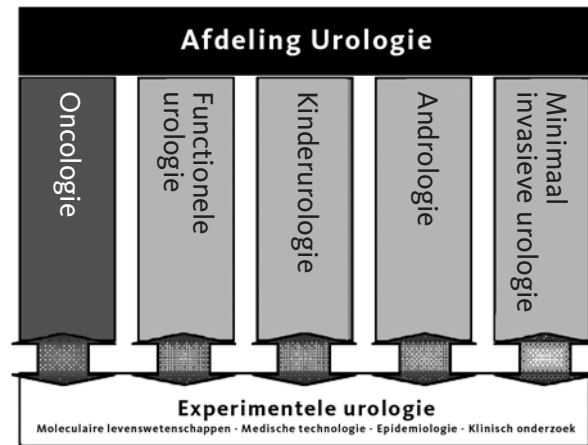
Deze pijler heeft zich in Nijmegen voortvarend ontwikkeld. In 1982 werd een van de eerste Nederlandse kinderurologen, dr. Jos de Vries, als hoofd van deze pijler aangesteld. Hiermee werd de klinische inhoud van de kinderurologie nauwkeurig gedefinieerd en werden binnen de Nederlandse Vereniging voor Urologie de richtlijnen voor diagnose en therapie van kinderurologische afwijkingen duidelijk vormgegeven. Dit heeft er toe geleid dat niet alleen in Nijmegen en Nederland, maar ook internationaal, de kinderurologie heel snel een eigen identiteit met duidelijke inhoud heeft verworven en zich ook op die wijze verder heeft ontwikkeld. Het samenstellen van deze richtlijnen voor verwijzing van kinderurologische pathologie naar kinderurologische centra en het terzelfder tijd tot stand komen van deze centra heeft vanaf het begin van de negentiger jaren ertoe aanleiding gegeven dat kinderurologische afwijkingen bijna uitsluitend in deze centra worden behandeld. Dit betekent significante patiëntenstromen



waaraan de omstandigheden steeds moesten worden aangepast (meer polikliniek- en OK-tijd, verbeterde en meer verfijnde diagnostische methoden et cetera).

Het Kinderurologisch Centrum Nijmegen, al in 1982 als zodanig benoemd, heeft zich in de loop der jaren goed aangepast. Dit betekent dat er nu zeer specifieke voorzieningen voorhanden zijn voor kinderurologische diagnostiek en behandeling, aangepast aan de modernste vereisten van het huidige medisch handelen, wat tot het verder individualiseren van de kinderurologie tot urologisch superspecialisme aanleiding heeft gegeven. Hierbij kwam de integratie binnen de algemene urologische afdeling herhaald aan de orde en de Nijmeegse urologische kliniek heeft er steeds voor gekozen deze volledige integratie te handhaven.

Het vasthouden aan de integratie met de volwassen urologie heeft de Nijmeegse kinderurologie in staat gesteld zich te ontwikkelen tot een van de grootste kinderurologische centra en daarnaast ook de mogelijkheid gegeven om fundamenteel wetenschappelijk onderzoek op te zetten. Het was en is immers de opvatting dat kinderurologie alleen dan tot optimale ontwikkeling kan komen als een continu contact met de inhoudelijke vooruitgang van de volwassen urologie in stand wordt gehouden. Ook de inbedding in de urologische onderzoeksprogramma's, gebruikmakende van de expertise van de researchstafleden en medewerkers van het Laboratorium voor Experimentele Urologie, is hier debet aan. De sterke positionering van de kinderurologie binnen de afdeling heeft zich verder vertaald in de academische profilering van prof. dr. W. Feitz, die samen met de kinderuroloog drs. R. de Gier en de fellow in opleiding tot kinderuroloog mevr. dr. B. Kortmann de zuil verder zal uitwerken.



ZUIL DER ONCOLOGISCHE UROLOGIE

De behandeling van patiënten met kanker is al vanaf het eerste begin binnen de afdeling Urologie Nijmegen tot grote bloei gekomen. Naast de naam en faam die de afdeling kreeg bij het uitvoeren van grote oncologisch-urologische operaties is er daarna een sterk klinisch en fundamenteel researchprogramma op het gebied van de oncologische urologie tot ontwikkeling gekomen. Een programma dat zich tot op de dag van vandaag bijzonder efficiënt en productief heeft ontwikkeld. Dit heeft geleid tot grote nationale en internationale erkenning.

De inhoudelijke academische profilering van de oncologische urologie heeft zich de laatste twintig jaar dus absoluut bestendig. Dit gebeurt tegenwoordig onder leiding van prof. dr. J.A. Witjes, die deze pijler via een profileringleerstoel Oncologische urologie maximaal tot bloei laat komen. Het is hem, mijzelf en al de anderen werkzaam in deze pijler duidelijk dat dit vanzelfsprekend plaatsvindt in bijzonder nauwe samenwerking met het fundamenteel oncologisch-urologisch onderzoek. In de loop der jaren zijn er vele projecten succesvol uitgevoerd en afgerond. Er zijn talloze promoties met oncologisch-urologische onderwerpen tot stand gekomen. Ook werden er honderden publicaties in doorgaans zeer gerenommeerde tijdschriften gepubliceerd. Op basis van vooral fundamenteel onderzoek in de oncologische urologie heeft ook de academische ontplooiing van het wetenschappelijk urologisch onderzoek binnen de afdeling Urologie erkenning gekregen. Dit gebeurde met de aanstelling van de hoogleraar Experimentele urologie (prof. dr. J.A. Schalken) en door de benoeming van dr. E. Oosterwijk tot UHD Moleculaire urologie.

Voor wat betreft de noodzakelijke vroege detectie of zelfs preventie van kanker is een goede kennis van epidemiologie en risicofactoren van wezenlijk belang. Het hiervoor noodzakelijke genetisch, epidemiologisch en markeronderzoek zal de komende jaren overigens door enorme technische ontwikkelingen, bijvoorbeeld micro-arrays, een grote vlucht nemen. De samenwerking van de klinische afdeling met experimentele urologie en de kankerepidemiologie (prof. dr. B. Kiemeny) is daarom essentieel.

Een veranderend verwijspatroon heeft zich ook voor de oncologische urologie voorgedaan. Door het gaandeweg verkrijgen van zeer specifieke klinische en wetenschappelijke expertise is een brede erkenning van de kwaliteiten van de pijler oncologische urologie ontstaan. In eerste instantie was dit vooral het geval voor de toen moeilijk te behandelen testistumoren. Later hebben zich hierbij nier-, blaas- en prostaatumoren gevoegd, aangezien de afdeling Urologie als eerste in staat was de klinische, maar vooral chirurgische verworvenheden bij deze aandoeningen toe te passen. Bij niertumoren ging het om het minimaliseren van het chirurgisch letsel en de toepassing van immunogenetherapie, bij prostaatumoren om de toepassing van laparoscopische radicale prostatectomie en verbeterde *imaging*, en bij blaastumoren om het introduceren van blaasvervangende chirurgie na radicale blaasverwijdering en nieuwe behandelingsvormen voor het oppervlakkige blaascarcinoom (bijvoorbeeld Synergo). Dit zijn slechts enkele voorbeelden van de vele wijzigingen en vernieuwingen die zich in de loop van de laatste jaren hebben aangediend, de afdeling mede hebben ontwikkeld en waarmee de afdeling verder heeft kunnen uitgroeien tot een centrum voor oncologische urologie.

Het ziet ernaar uit dat ook voor de toekomst de oncologische urologie een verder supergespecialiseerde pijler binnen de afdeling zal blijven. Wel zal er een verdere verschuiving plaatsvinden naar minder invasieve en meer medicamenteus gerichte behandelingen. Ook zal de behandeling zich steeds meer kunnen richten op de kanker zelf, met als gevolg een verhoging van de effectiviteit en een verlaging van de bijwerkingen. Een richting, die gelukkig uitgebreid ondersteund wordt door de Nederlandse Kankerbestrijding met onderzoekssubsidies en zelfs recent met het opnieuw toekennen van een postdoctoraal klinisch fellowship op dit gebied.

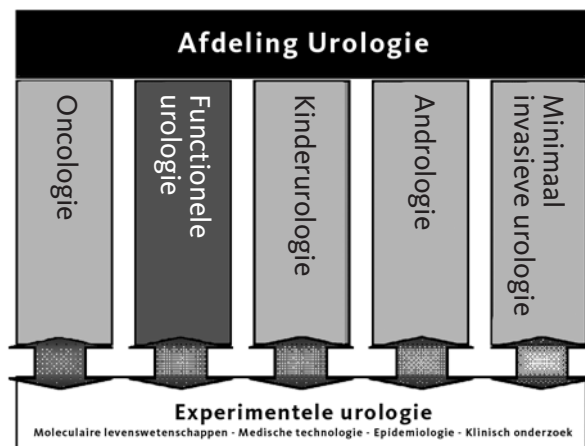
Tenslotte zijn de juiste timing en de combinatie van invasieve en systemische behandelingen toenemend belangrijk. Dit maakt een multidisciplinaire benadering van de behandeling van kanker essentieel. Tevens komen termen als ketenzorg om de hoek kijken. Met andere disciplines, zoals medische oncologie, radiotherapie, nucleaire geneeskunde, pathologie, klinische genetica en radiologie kan deze benadering verder uitgewerkt worden. Velen aanwezig in deze zaal kunnen en zullen beamen hoe succesvol deze vormen van samenwerking kunnen zijn.

Een collega, hier niet aanwezig, zou deze samenwerking in ultima forma kunnen beamen, beargumenteren en uitwerken. Helaas is professor Pieter de Mulder ons recent ontvallen. Hij heeft als medisch oncoloog de gehele ontwikkeling van de urolo-

gische oncologie meegemaakt. Hij was voorzitter van de benoemingsadviescommissies van de bovengenoemde leerstoelen Oncologische urologie en Experimentele urologie en tevens van deze kernleerstoel, welke commissie helaas zijn laatste was. Multidisciplinair denken en ook doen stond hoog in zijn vaandel. Als voorzitter van het Academisch Oncologisch Centrum Nijmegen stond hij voor focus en expertise. Als collega en mens zullen wij hem missen maar er alles aan doen om op deze weg door te gaan.

ZUIL DER FUNCTIONELE UROLOGIE

Deze zuil van de urologie betreft alle functionele afwijkingen van het urogenitale stelsel. In feite werd en wordt de functionele urologie ook in Nijmegen in twee delen onderverdeeld:



1. Neurourologie
2. Urine-incontinentie en andere mictiestoornissen

Neurourologie

Neurourologie heeft zich vooral de laatste vijftien jaar ontwikkeld in de vorm van betere diagnosemogelijkheden en vooral vernieuwende behandelingsvormen, zoals onder andere neurostimulatie en neuromodulatie, de zogenaamde blaaspacemakers. De laatste tien jaar heeft deze mogelijkheid een grote vlucht gekend. Voorheen was neurourologie vooral gericht op het behandelen van de complicaties van neurogeen blaaslijden eerder dan op de preventie ervan. De laatste decennia is een verschuiving naar preventieve behandelingen opgetreden en is de behandeling van neurourologische aandoeningen met therapieën eerder gericht op het bestrijden van de oorzaak dan op het vinden van

een alternatief voor de ontsporing van de lagere urinewegen. Om de gestelde doelen te bereiken wordt nauw samengewerkt met de Sint Maartenskliniek en het MS Centrum Nijmegen. Bij de ontwikkeling van de neurourologische aandoeningen heeft Nijmegen een grote rol gespeeld. Dit heeft geleid tot de benoeming van de elektrische stimulatie binnen de urologie als speerpunt. De neurourologische activiteiten zijn onderdeel van het Onderzoeksprogramma Neurosciences. Deze inbedding verdient continuïteit, enerzijds via samenwerking in het UMC St Radboud, anderzijds via inbedding van het onderzoek met de experimentele urologie.

Urine-incontinentie en andere mictiestoornissen

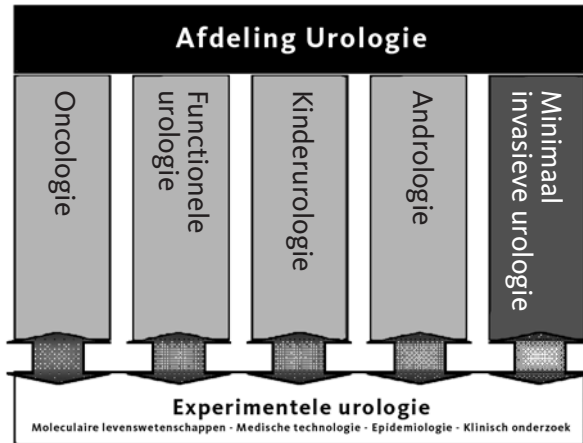
Urine-incontinentie en andere mictiestoornissen hebben in hun oorsprong tot het vakgebied van de urologie behoord. Het betreft hier aandoeningen zoals bijvoorbeeld het overactieve-blaassyndroom. De afdeling Urologie heeft aan vooral de urine-incontinentie altijd veel aandacht geschonken. Op dit gebied is er altijd een goede samenwerking met de afdeling Gynaecologie geweest. Deze wordt voortgezet in de recent opgezette Isabella kliniek, waar vrouwen met complexe aandoeningen worden behandeld. Het is deze bijna dagelijkse interactie die tot de juiste afstemming leidt. Twee disciplines die elkaar goed aanvullen om de keten urine-incontinentie maximaal tot uitvoer te laten komen.

Ook de toenemende kennis op het gebied van de moleculaire basis van de functioneel-urologische aandoeningen behoeft een duidelijke inbedding van deze pijler binnen de experimentele urologie. Het initiëren van een onderzoekslijn binnen de afdeling is hier een goed voorbeeld van.

De genoemde ontwikkelingen betekenen dat de zuil der functionele urologie als een volwaardige en volledig geïntegreerde klinische en wetenschappelijke pijler binnen de afdeling Urologie functioneert. Een enorme uitdaging voor het hoofd van de pijler, dr. J. Heesakkers, om samen met drs. K. D'Hauwers en de eerste physician assistent aan onze afdeling, Mark Smeenge, deze pijler verder te laten ontwikkelen om zichzelf uiteindelijk op het hoogste academisch niveau te kunnen profileren.

ZUIL DER MINIMAAL INVASIEVE UROLOGIE

Toen eind jaren zeventig/begin jaren tachtig de niersteenbehandeling steeds meer op een minimaal invasieve methode werd verricht, had niemand kunnen vermoeden hoe snel de ontwikkeling hiervan zou zijn. De Nijmeegse kliniek heeft zowel wetenschappelijk als klinisch significant aan de ontwikkelingen van de minimaal invasieve behandelingen voor bijvoorbeeld goedaardige prostaatvergroting bijgedragen. Ook recent is dit weer gebleken door de Nederlandse introductie van de Greenlight laser in Nijmegen. Vele publicaties en proefschriften hebben de rol van de diverse technieken uitstekend beschreven en de positionering ervan binnen de dagelijkse praktijk mede bepaald.



In de tweede helft van de negentiger jaren en het begin van de 21ste eeuw hebben de nieuwe minimale technieken zich vooral gericht op het toepassen van kijkoperaties. Deze zogenaamde laparoscopische techniek heeft de laatste vijf jaar een enorme vlucht genomen. Ook hieraan heeft de Nijmeegse urologische kliniek meteen deelgenomen. Implementatie van deze technieken in de dagelijkse urologische praktijk is zeker mede ingegeven door de exploratie hiervan van de afdeling Urologie in Nijmegen.

Het is dus vanzelfsprekend dat deze pijler zich in de toekomst op laparoscopische urologie zal blijven concentreren. Met het bewerkstellingen van een gemeenschappelijke laparoscopische unit – ook wel de operatiekamer van de toekomst genoemd – die op dit moment gebouwd wordt, zal er naast een verbeterde ergonomie ook een toenemende interactie plaatsvinden tussen de verschillende disciplines, hetgeen de kwaliteit van deze ingrepen ten goede zal komen. Tevens zal dit leiden tot een uitbreidende indicatiestelling waarin de afdeling Urologie een niet onbelangrijke rol zal spelen.

Ook in de toekomst zal minimaal invasieve/laparoscopische urologie door zijn specifieke geaardheid en exclusieve vereisten van deze vaardigheden binnen de afdeling als pijler gehandhaafd blijven. Onder leiding van dr. d'Ancona zal dit verder gecoördineerd en uitgezet worden.

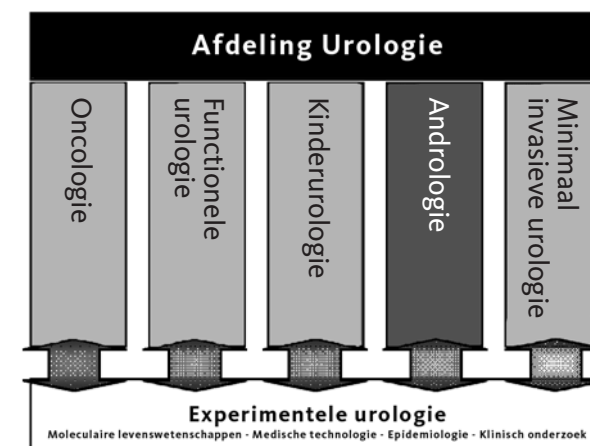
Niertransplantaties

De niertransplantaties worden tegenwoordig ook bij deze pijler genoemd en zijn sinds het begin van de zeventiger jaren een onlosmakelijk onderdeel van de activiteiten van de afdeling Urologie. Samen met nefrologen en vaatchirurgen wordt er tegenwoordig een multidisciplinaire kliniek gehouden en zijn er bijna tweeduizend niertransplantaties uitgevoerd. Naast de verbeteringen op nefrologisch gebied is de operatietechniek de laatste jaren aan veranderingen onderhevig geweest. Allereerst is er een verschuiving van het afstaan van de nier na overlijden, naar de levende donornefrectomie. Een belangrijke reden hiervoor is het onvoldoende invullen van het donorcodicil hetgeen in de recente oratie van de hooggeleerde Hoitsma en de nog recentere aandachtvragende tactieken van de media reeds uitgebreid aan de orde is geweest. Daarnaast is de techniek van de levende donornefrectomie dusdanig veranderd dat het merendeel op laparoscopische wijze geschiedt. Het is inmiddels ook hier duidelijk dat implementatie van deze nieuwe technieken op een gedegen wijze dient plaats te vinden. Op expertise en indicatoren van deze complexe technieken kom ik later terug. Helaas wordt er de laatste tijd te vaak gediscussieerd over gelden en formatie. Onderzoek, zowel klinisch als experimenteel, dient in toenemende mate zo goed mogelijk te worden uitgebreid via zowel bestaande als toekomstige onderzoeksprojecten.

ZUIL DER ANDROLOGISCHE UROLOGIE

De andrologie omvat de zorg rondom:

1. fertiliteitproblematiek, dus problemen van de vruchtbaarheid;
2. seksuele en zorgaspecten rondom de ouderwordende man.



Fertiliteitproblematiek

Ongeveer tien procent van de Nederlandse koppels wordt in de reproductieve fase van hun leven naar een ziekenhuis verwezen in verband met problemen met de vruchtbaarheid. Voor de meesten kan de kans op zwangerschap verhoogd worden door de toepassing van geassisteerde voortplantingstechnieken zoals In Vitro Fertilisatie en ICSI. Door een opwaartse trend in de leeftijd van de moeder bij de eerste zwangerschap en de toenemende acceptatie van deze technieken zal de vraag in de komende jaren sterk toenemen. Deze groei is ook ingegeven door het feit dat, naast het verkrijgen van zaad uit de bijbal, sinds kort in Nijmegen ook weer zaad uit de zaadbuis zelf hiervoor kan worden gebruikt. De andrologische uroloog maakt samen met de gynaecoloog deel uit van het fertiliteitsteam. Hierin worden mannen met een azoöspermie middels chirurgische reconstructie van de zaadwegen en spermawinning geholpen. Ook deze multidisciplinaire samenwerking laat zien hoe een keten grote mogelijkheden biedt voor activiteiten op het gebied van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek.

Zorgaspecten rondom de ouder wordende man

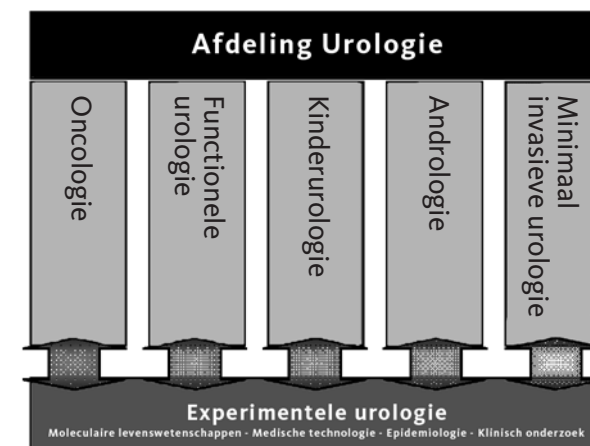
Kort wil ik tijdens mijn oratie ingaan op de zorg van de ouder wordende man, de man die veel minder gewend is zijn specifieke problemen bij de arts neer te leggen dan de vrouw. De uroloog is wel gewend de ouder wordende man verwezen te krijgen naar zijn polikliniek, vooral vanwege plasproblemen en in veel mindere mate voor erectiestoornissen. De laatste tijd is het populair deze problemen onder te brengen in de specifieke zorg rondom de ouder wordende man (men's health). Het is deze afdeling Urologie geweest die de problemen heeft onderzocht in een zogenaamde pilot mannenpoli. Dit concept was gericht op preventie en de ontwikkeling van voor de grote populatie toegankelijke behandelingsprotocollen. Opvallend was echter wel dat een groot deel van de mannen deze mannenpoli bezocht vanwege de angst om prostaatkanker. Een noodzaak van zogenaamde screening die nog steeds in onderzoek is. Wel is het duidelijk dat deze ontwikkeling aanleiding is geweest voor het starten van zogenaamde Zelfstandige Behandel Centra, de ZBC's, waar urologen actief zijn. Ook is duidelijk dat een dergelijke faciliteit maar moeizaam te integreren is in het academisch bedrijf.

Interesse en focus zijn afhankelijk van professionals en patiënten, maar worden ook soms door de media gevoed. Het is aan collega D'Hauwers, als hoofd van de andrologische unit, om gebruikmakende van de geboden faciliteiten de aspecten uit deze interessante problematiek binnen de afdeling verder gezicht te geven.

Na u een overzicht te hebben gegeven van de vijf klinische zuilen der urologie neem ik u mee naar het onderzoek als tweede item in de trias patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs. Het is mijn visie dat veel van wat hier gezegd gaat worden de essentie raakt van het functioneren van deze academische afdeling.

ONDERZOEK

Het experimenteel-wetenschappelijk onderzoek is volledig geïntegreerd in de afdeling, sluit direct aan en past volledig in het onderzoeksprogramma van het UMC St Radboud. Het urologisch onderzoek kenmerkt zich door het translationele karakter *from bench to bedside*, oftewel van de onderzoekstafel naar het bed van de patiënt. De supervisie van het urologisch onderzoek heeft een vrij unieke structuur, de (deel)projecten hebben merendeels een klinisch en een niet-klinisch staflid als hoofdonderzoeker. Deze structuur functioneert al jaren erg goed en biedt een uitstekende garantie voor dit translationele aspect van het onderzoeksprogramma. Elk klinisch staflid van de afdeling Urologie dient actief te zijn op een of meerdere van de bovengenoemde werkplaatsen. Ieder researchstaflid dient op verschillende klinische pijlers zijn onderzoek te verrichten.



De afdeling Urologie heeft nu ruim twintig jaar een eigen 'werkplaats' voor het moleculair, celbiologisch en immunologisch onderzoek in de vorm van het Laboratorium voor Experimentele Urologie. Een mijlpaal in dit opzicht was de 'inhuizing' in de *state of the art* onderzoeksfaciliteit van de Radboud Universiteit en het UMC St Radboud, het Nijmegen Center for Molecular Life Sciences (NCMLS). Het NCMLS is een van de drie dwarsverbanden binnen het onderzoeksprogramma van het Universitair Medisch Centrum St Radboud en heeft de internationale status van een onderzoeksschool (*graduate school*).

Inbedding van het urologisch onderzoek in de onderzoeksprogramma's van het UMC St Radboud lijkt aan constante verandering onderhevig. Toch is er een zekere consistentie in de manier van interactie tussen kliniek en onderzoek. Voorheen was het

onderzoek aan het UMC St Radboud georganiseerd in zwaartepunten en werd afdelingen geadviseerd hun activiteiten in een hoofdprogramma te organiseren. De onderzoeksmissie van de afdeling Urologie vraagt en vroeg aandacht voor alle pijlers, waardoor het onderzoeksbeleid van het UMC St Radboud incongruent was met de onderzoeksvisie en het onderzoeksbeleid van de afdeling Urologie. Het rapport 'Koers op Kennis, Kennis op Koers' en de vertaling in het huidige onderzoeksprogramma van het UMC St Radboud is een aanzet geweest om de congruentie te verhogen. Na de recente adviezen van het zogenaamde rapport-Urbanus moet dit verder uitgewerkt worden. De onderzoeksmissie van de afdeling Urologie vraagt en vroeg dus aandacht voor alle pijlers. Enkele adviezen uit het recent verschenen rapport-Urbanus sluiten haarfijn aan op het beleid van de afdeling Urologie: toename van translationeel onderzoek, integratie van onderzoek binnen alle lagen van de organisatie en versterken van Europese samenwerking.

Op vele kruispunten wordt baanbrekend multidisciplinair onderzoek verricht en wordt intensief samengewerkt met de afdelingen Pathologie, Radiologie, Antropogenetica, Nucleaire geneeskunde, Oncologie, Gynaecologie, Kindergeneeskunde en Epidemiologie. Het internationale netwerk is wijdverbreid: er wordt zowel in Europa als met de VS intensief samengewerkt. De Europese profilering is geïnitieerd door een grote subsidie van het zesde kaderprogramma op het gebied van prostaatkanker, met professor Schalken als coördinator. Recent is hier een tweede Europese subsidie voor de tissue-engineering bijgekomen die door professor Feitz wordt gecoördineerd.

Was het Laboratorium voor Experimentele Urologie dus eerst alleen oncologisch gericht, inmiddels is er ook intensieve interactie door middel van opgezette onderzoeksprojecten met de functionele urologie en kinderurologie. Het is mijn visie dat ook de andere pijlers deze interactie dienen aan te gaan. Ik zal dit faciliteren en waar nodig initiëren.

Klinisch wetenschappelijk onderzoek (Trialbureau urologie)

Sinds het midden van de jaren zeventig wordt er binnen de afdeling Urologie patiëntgebonden onderzoek uitgevoerd. De randvoorwaarden voor zulk onderzoek werden meer en meer uitgebreid, hetgeen uiteindelijk culmineerde in de ICH/GCP-richtlijnen voor mensgebonden onderzoek. Het Trialbureau werkt conform deze richtlijnen en jaarlijks worden veel patiënten in klinische onderzoeksprotocollen ingesloten. Hiervoor zijn speciaal opgeleide medewerkers aangesteld (researchverpleegkundigen, office-manager). Dr. W. Witjes is arts klinisch onderzoek en als staflid gedeeltelijk aan de afdeling Urologie aangesteld.

ONDERWIJS EN OPLEIDING

De herkenbaarheid van de urologie binnen het onderwijscurriculum verdient absoluut aandacht. De onbekendheid van de geneeskundestudent met het vakgebied urologie is nog steeds schrijnend. In de loop der jaren zijn de curricula herhaaldelijk aangepast en gewijzigd. Actief moet een landelijk gecoördineerd beleid worden uitgestippeld om het urologisch onderwijs beter te implementeren. Alleen al de frequentie van urologische aandoeningen (zeven procent van alle ziekten is urologisch en veertien procent van alle opnames heeft urologische aspecten) wettigt een grotere urologische inbreng in het medisch curriculum. Ook een actieve participatie van de urologie binnen het co-schap heelkunde is hiervoor essentieel. Het is nu helaas zo dat de student geneeskunde onvoldoende in aanraking komt met het specialisme urologie zelf, wat leidt tot een urologische onbekendheid en zal leiden tot verdere moeilijkheden bij het rekruteren van goede kandidaten voor de urologische opleiding. De studenten hier aanwezig hebben nu al het voordeel meer kennis van de urologie te hebben dan hun collega-studenten die elders vertoeven.

De opleiding urologie zal de komende jaren moeten veranderen. Naar verwachting zal meer en meer een basale urologische opleiding worden gevolgd met daaropvolgend – indien gewenst – superspecialistische afronding. Twee belangrijke aspecten zijn hier debet aan. Enerzijds is de verdere specialisatie in de bovengenoemde zuilen dusdanig vergevorderd dat dit onvoldoende ingepast kan worden in het tijdsbestek van de opleiding. Anderzijds is het aantal uren dat gestoken kan worden in deze opleiding dusdanig verminderd dat het opleiden in alle aspecten van de urologische discipline voor zowel opleiders als de op te leiden arts-assistenten tot een toenemende frustratie leidt. Een uitwerking van de verandering dient echter snel te worden gerealiseerd. Het is mijn visie dat een hernieuwde structuur van de opleiding genoeg uitdagingen biedt om de kwaliteit te verbeteren. In sommige grote universiteitsopleidingen in Amerika is de opleiding tot uroloog vorig jaar al veranderd: een verkorte opleiding tot basisuroloog in vijf jaar, met aansluitend een fellowship-programma in een van de vijf pijlers. Een academische afdeling als hier geschetst in goede afstemming met de niet-academische opleidingsafdelingen kan de structuur geven om dit op de meest adequate manier aan te bieden. Het instellen van een fellowship-programma, zoals al op drie van de vijf pijlers op deze afdeling is ontwikkeld, verdient ondersteuning vanuit nationale gremia om volledig uitgebouwd te worden tot volwaardige programma's op elke pijler. Op dit moment is het nog grotendeels een eigen investering, slechts gedeeltelijk ondersteund door eerste tot zelfs vierde geldstroom.

KWALITEIT EN INDICATOREN

Dan nu de al eerder genoemde richtlijnen medisch handelen en kwaliteitsindicatoren. Sinds december 2004 ben ik hoofd van de afdeling Urologie aan het UMC St Radboud

en sinds 2005 ben ook ik verdienstelijk geweest bij de initiatie van focus op kwaliteit en indicatoren. Enerzijds omdat ik als voorzitter fungeerde van zowel de landelijke als de Europese werkgroep voor Richtlijnen Niertumoren, waarbij ook de kwaliteitsindicatoren voor operaties behoorden. Anderzijds ook door confrontaties met de risico's van ons chirurgisch vak, waardoor aspecten als kwaliteit en kwantiteit in de zorg op de voorgrond kwamen te staan. Dit kwam verder in een stroomversnelling door de voor iedereen bekende recente ontwikkelingen in ons ziekenhuis. Kwaliteit in zorg heeft altijd hoog in het vaandel gestaan bij hier werkzame artsen. Objectieveerbare kwaliteit is hieraan toegevoegd en niet voor niets. Het ontbreken hiervan toonde de fragiliteit van het medisch handelen en de broosheid van de arts-patiënt-relatie. Om kwaliteit aantoonbaar weer te geven dienen protocollen te worden ontwikkeld om handelingen goed in kaart te brengen. Zoals eerder gezegd worden wij tegenwoordig steeds vaker geconfronteerd met richtlijnen voor ons medisch handelen. Op basis van deze richtlijnen, die ontwikkeld zijn aan de hand van onderzoeksresultaten op het hoogste niveau van bewijslast, worden zogenaamde indicatoren ontwikkeld. Deze kwaliteitsindicatoren dienen ervoor om op de meest verantwoorde wijze patiëntenzorg te verrichten in 'balans tussen kwantiteit en kwaliteit'. Een titel die zeker in de nabije toekomst voor een oratie zal worden gebruikt, als dat al niet gedaan is.

Richtlijnen zijn geen wettelijke voorschriften, maar wetenschappelijk onderbouwde en breed gedragen inzichten en aanbevelingen waaraan zorgverleners zouden moeten voldoen om kwalitatief goede zorg te verlenen. Aangezien richtlijnen uitgaan van 'gemiddelde patiënten' kunnen zorgverleners in individuele gevallen zo nodig afwijken van de aanbevelingen in de richtlijn. Wanneer van de richtlijn wordt afgeweken, moet dit echter beargumenteerd, gedocumenteerd en - waar nodig - in overleg met de patiënt worden gedaan. Richtlijnen vormen de basis voor kwaliteitsindicatoren. Deze kwaliteitsindicatoren zullen uiteindelijk leidinggevend zijn in ons handelen. Er is hier nog veel winst te behalen. Enorm veel energie en een breed draagvlak zijn nodig om dit goed weg te zetten in onze organisatie. Middels controlemechanismen, zoals interne en externe audits uitgevoerd door bekwame professionals, zal deze winst gemaakt kunnen worden. Wij zitten inmiddels midden in dit proces.

FINANCIERING

De financiering van de gezondheidszorg en de organisatie daarvan zijn heikele punten. Gezien het strakke tijdsframe van deze oratie en omdat ik hierin zelf niet ben opgeleid, kan ik hier niet al te lang op ingaan. Wel kan ik zeggen dat alle energie moet worden benut om dit op alle niveaus van een academische ziekenhuisorganisatie inzichtelijk te krijgen en zo de professionals te tonen dat harder en beter werken gehonoreerd wordt. De verandering van organisatie- en financieringsstructuur die een dezer dagen het licht gaat zien moet hier zorg voor dragen.

Voor deze afdeling met zijn geïntegreerde structuur is het van belang dat niet alleen de financiering en organisatie van de patiëntenzorg weer helder worden, ook die van het onderzoek dienen duidelijk te worden neergezet. Ook hier moet gelden dat wervend vermogen en wetenschappelijke output hun directe vertaalslag dienen te hebben naar personele formatie en materieel budget. Wervend vermogen dient te kunnen geschieden op alle niveaus, tweede tot vierde gelden, de laatste als zogenaamd contractonderzoek met de farmaceutische industrie. Dit moet ingebed worden in onderzoeksstichtingen dan wel afdelings-bv's. Ook deze structuur zal binnenkort weer helder uitgezet moeten worden.

Een stap verder is het zogenaamde valoriseren van kennis. Een voorbeeld hiervan wil ik u niet onthouden: na jarenlang intensief onderzoek, slechts gedeeltelijk gefinancierd vanuit verworven onderzoeksgelden en uiteindelijk gerealiseerd via beleidsruimte uit de wetenschappelijke stichting STIWU, is er uiteindelijk een prostaatkankermarker, genaamd DD₃ en later PCA₃, ontdekt. Deze in de wereld unieke zogenaamde prostaaturinetest kon worden ontwikkeld en op de markt gebracht door zorgvuldige afstemming van onderzoekers, onderzoeksafdelingen, en biotechnologiebedrijven. Door dit te laten volgen door een spin-offbedrijf waar service en ontwikkeling van onderzoek in elkaar overgaan, lijkt het mogelijk om de daarmee verworven gelden in het eigen onderzoek te blijven steken en progressie hierin te blijven boeken. Ook dit lijkt recent steeds meer erkend te worden in ons ziekenhuis, onder andere door het opzetten van een professionele valorisatie-unit.

ORGANISATIESTRUCTUUR

Dames en heren, een oratie betreffende de kernleerstoel en het daaraan gekoppelde afdelingshoofdschap noodzaakt een visie op de optimale organisatorische structuren. Waarom dit pas na de visie op de kerntaken patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs wordt gegeven, heeft een duidelijke reden. Het is namelijk zo dat de inhoudelijke aspecten die voortvloeien uit deze kerntaken, leidend dienen te zijn om te bepalen welke organisatiestructuur wenselijk is voor efficiënte uitvoer.

Willen wij afdoende kunnen anticiperen op de ontwikkelingen in ons vakgebied, dan dient ons inziens de afstemming tussen afdeling, cluster en ziekenhuis in het juiste perspectief te worden gebracht. Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat de vertaling van deze inhoudelijke beschrijvingen in infrastructurele en personele voorziening noodzakelijk zal zijn teneinde de taakstellingen, zoals deze afdeling zich tot doel stelt, te kunnen realiseren. Het is dus van groot belang dat de identiteit van de zelfstandige afdelingen binnen deze grotere clusters afdoende wordt gerespecteerd en beschermd, waarbij het inhoudelijke beleid onder hun eigen verantwoordelijkheden zal kunnen worden ingevuld.

De afdeling Urologie heeft zich georganiseerd binnen de kaders van deze structuur. Via de medische en integrale staf worden vakinhoudelijke aspecten besproken, die via het managementteam en het dagelijks bestuur worden getoetst op haalbaarheid en worden uitgevoerd. Het zijn uiteindelijk de werkplekmanagementteams die samen met verpleging, operatieassistenten en analisten dit beleid kwalitatief en kwantitatief uitvoeren. Het is dus van belang de budgetverantwoordelijkheden bij de afdelingen zelf te leggen, waarbij zij binnen de aangegeven kaders kunnen werken om hun taken tot uitvoer te brengen. Het is daarom van het grootste belang dat goed inzicht wordt gegeven in de financieringsstructuren zodat snel geanticipeerd kan worden op ontwikkelingen. Dit geldt voor alle drie de kerntaken. Het lijkt een situatie te zijn die de huidige Raad van Bestuur op zo kort mogelijke termijn wil implementeren.

De verbintenis der zuilen behoeft een geïntegreerde afdeling. Wat bedoel ik daarmee? De klinische afdeling met de pijlers zoals boven beschreven dient een maximale integratie aan te gaan met de andere pijlers en de verschillende onderzoekseenheden. Ook dient een klinische afdeling als deze nooit de onderlinge samenhang tussen de pijlers uit het oog te verliezen. De onderzoekseenheden worden bezet door researchstafleden, werkzaam in de experimentele urologie, klinische trialing en epidemiologie. Samenwerking en ontwikkeling van onderzoeklijnen, ingebed in de dwarsverbanden van het UMC St Radboud, vormen een ideale voedingsbodem voor ontdekkingen met uiteindelijk klinische relevantie. Bij topreferente urologische zorg, gecombineerd met netwerkverwijzing, zal voldoende materiaal ter beschikking staan om dit zich klinisch 'vertalend' fundamenteel wetenschappelijk onderzoek verder met succes in stand te houden. Hiervoor zullen veel middelen noodzakelijk zijn die extern zullen moeten worden verworven. Het ziet er niet naar uit dat de wetenschappelijke ondersteuning vanuit de centrale overheid op middellange termijn significant zal toenemen. Overigens is het feit dat het Laboratorium voor Experimentele Urologie een leidende rol in de fundamenteel wetenschappelijk urologische netwerken in Europa heeft, een garantie dat het wetenschappelijk urologisch onderzoek zeker in stand zal blijven.

SCHAAP MET VIJF POTEN

Mijn aanstelling op deze kernleerstoel Urologie is mede gebaseerd op het structuurrapport van de afdeling Urologie. Dit rapport is in eerste concept geschreven door mijn voorganger professor Frans Debruyne en verder uitgewerkt door de gehele staf. Het geeft inhoudelijk veel weer van hetgeen ik hier in mijn oratie aan u vertel. Op de laatste pagina van dit lijvige stuk staat: 'Een afdelingshoofd van een grote klinische afdeling is wel eens een schaap met vijf poten genoemd'. Men zou kunnen denken dat hiermee de vijf pijlers worden bedoeld en dat dit een aanvulling geeft op de verbintenis der zuilen. Echter, hiermee wordt de vraag gesteld of de taken patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs – aangevuld door managementtaken, maar ook nationale en internationale

activiteiten – wel zijn te verenigen in één functie. Het structuurrapport geeft aan dat een dergelijk persoon noodzakelijk is voor het leiden van een afdeling urologie als deze. Ook ik ben ervan overtuigd dat dit noodzakelijk is. Dit is echter alleen dan uitvoerbaar als er met een goed team gewerkt wordt, binnen een organisatie die heel helder de link tussen inhoud en uitvoer kan laten plaatsvinden. Binnen deze afdeling Urologie en deze organisatie moet dit mogelijk zijn.

TOEKOMSTVERWACHTINGEN

Waar staat de afdeling Urologie over tien jaar? Kan zelfs verder vooruit worden gegaan? Voorspellingen op langere termijn zijn immers moeilijk, aangezien de ontwikkelingen in de geneeskunde zo snel gaan dat het bijna onmogelijk is op langere termijn te voorzien welke uiteindelijk de gevolgen zullen zijn voor het bestaansrecht en de inhoud van medische specialismen. Ongetwijfeld zullen er grote veranderingen optreden. Het is duidelijk dat de urologie zich in de laatste vijftig jaar frequent heeft moeten heroriënteren. Dit zal in de toekomst niet anders zijn. Veel aspecten hiervan heb ik hierboven besproken. Ik schetste voor u een afdeling die hier klaar voor is en ik verwijs naar een veranderende organisatie in dit Universitair Medisch Centrum St Radboud die dit mogelijk moet maken.



DANKWOORD

Geachte toehoorders, ik wil mijn oratie afsluiten met een kort woord van dank. Mijn dank gaat uit naar het Stichtingsbestuur en het College van Bestuur van de Radboud Universiteit en de Raad van Bestuur van het Universitair Medisch Centrum St Radboud voor het in mij gestelde vertrouwen. Tijdens de procedure die uiteindelijk tot mijn benoeming heeft geleid, is de samenstelling van deze besturen door omstandigheden zoals bekend enige malen gewisseld, waardoor hieraan een hectische maar uiteindelijk ook interessante toevoeging werd gegeven. Het in mij gestelde vertrouwen is daarin wellicht de meest constante factor geweest. Ik mag mij bevoordeeld voelen dat mijn beide ouders hier in goede gezondheid (mijn vader heeft wellicht minder grijze haren dan ik) aanwezig zijn en hen danken voor hun altijd positieve instelling. Direct hierna mag ik mijn beide schoonouders noemen die hebben laten zien hoe je grenzen kunt verleggen zonder de integriteit uit het oog te verliezen.

De medewerkers van de afdeling Urologie, van verpleegkundigen tot artsen, van doktersassistenten tot administratief personeel, van operatieassistenten tot research-medewerkers, zij allen leveren een significante bijdrage aan een prachtige afdeling die ik mag leiden; zij tonen aan dat met positieve energie er hard gewerkt kan worden. De medische stafleden en researchstafleden geven deze afdeling cachet en aanzien in urologisch Nederland en ver daarbuiten. Het kost veel energie en tijd, maar het geeft ook veel terug om samen met jullie deze afdeling tot de top te laten horen. Vooral diegenen die de afdeling hebben verlaten om elders hun geluk te beproeven, hebben gemerkt hoe uniek onze situatie is. Mag ik samen met jullie de positieve energie in kwaliteit en kwantiteit van patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek blijven omzetten. Mijn voorganger Frans Debruyne wil ik apart bedanken voor datgene wat hij hier heeft opgebouwd, voor de gelegenheid die hij gaf om mijzelf te ontplooien om daarna te kunnen aantonen dat met een andere stijl van leidinggeven het succes van de afdeling verder uitgebouwd kon worden.

Er zijn veel medewerkers in ons ziekenhuis die ik apart zou willen bedanken. Dit gaat zowel op voor degenen die op bestuursniveau werken, als ook voor de afdelingen waarmee wij als urologie de multidisciplinaire aanpak voorstaan. Het is een voorrecht om het beste van elkaar naar boven te mogen halen.

Al mijn familie en vrienden wil ik bedanken voor de noodzakelijke afwisseling en het mij ervan weerhouden om zeven dagen per week 24 uur aan de urologie te besteden. Kwaliteit en kwantiteit in het vak zijn alleen met deze reflectie mogelijk.

En dan nu de belangrijkste: mijn zoon Merijn en mijn dochter Imke. Ik ben trots op jullie. Jullie zien weinig vaders zo vaak weer op pad gaan als jullie eigen vader en toch hebben wij vele goede momenten samen. Degene die hiervoor zorgt is jullie moeder. Cindy geeft mij de juiste reflectie, een blik naar elkaar is al voldoende, woorden zijn dan overbodig.

Ik dank u allen voor uw aanwezigheid en geef het woord terug aan de rector.