



prof.dr. Fred Hendrikse

Faculty of Health, Medicine and Life
Sciences

Van junglepraktijk naar oogtoren

Geachte rector magnificus, geachte decaan, geachte raad van bestuur van het Maastricht Universitair Medisch Centrum, geachte collegae, beste familie, vrienden, kennissen en uw allen die met uw aanwezigheid belangstelling toont voor deze dag.

Van junglepraktijk naar Oogtoren

Dit zijn de twee polen waartussen mijn loopbaan zich heeft afgespeeld. In de vier decennia die dit overspande heeft de oogheelkunde revolutionaire ontwikkelingen doorgemaakt die het vak zowel diagnostisch, maar vooral therapeutisch een totaal ander aanzien gaven. De ontwikkelingen in de oogheelkunde gedurende de laatste decennia van de vorige eeuw en de eerste tien jaar van deze eeuw kan ik het beste illustreren door in de komende veertig minuten, één minuut per jaar, aan de hand van mijn loopbaan, deze reis door de tijd met u maken.

(2) Toen Hilda en ik, pas getrouwd, in januari 1974 in een vliegende storm, die tot voorbij de Azoren zou aanhouden, met het KNSM vrachtschip Neptunus de haven van Amsterdam en IJmuiden verlieten, met op zak een tropencontract voor enkel jaren als algemeen gouvernementsarts in Suriname en een opleidingsplaats heelkunde, konden wij niet vermoeden hoe ingrijpend deze reis onze toekomst en verdere loopbaan zou bepalen.

Eenmaal aangekomen in Paramaribo bleek er een crisis op de afdeling oogheelkunde te zijn. De enige gouvernementsoogarts van dat moment, Herman

Kleine, moest om gezondheidsredenen op korte termijn voor een half jaar naar Nederland. Derhalve werd ik naar deze afdeling gedirigeerd en met de kennis en ervaring van drie weken co-assistentie, in twee maanden klaargestoomd om de leiding van deze afdeling over te nemen. (3) Zoals dat in Suriname te doen gebruikelijk is ontstond er meteen een politiek schandaal. (4 t/m 7) Na de terugkeer van Herman Kleine werd mij de Rijdende Oogpoli toevertrouwd. Dit was een schitterende mobiele oogunit die enkele jaren daarvoor aan Suriname geschonken was. Hiermee heb ik in enkele jaren een groot aantal dorpen in de kuststreek en de savanne gebieden van Suriname bezocht. Om met deze mobiele unit ter plaatse te komen waren vaak halsbrekende toeren nodig ((8 t/m 10)). (11) Deze activiteit werd gelukkig wèl positief door de media ontvangen.

(12) Inmiddels was het mij opgevallen dat er bij veel inwoners van Suriname een mysterieuze, tot ernstige slechtziendheid en blindheid leidende oogziekte voorkwam die gekenmerkt werd door een tot dan toe onbekende en nog niet beschreven vorm van opticus atrofie, een irreversibel progressief functieverlies van de oogzenuw, de nervus opticus. Vervolgens heb ik een twee jaren durend veldonderzoek verricht om de aard en, zo mogelijk de oorzaak van deze aandoening te achterhalen.

(13) Omdat diverse vormen van opticus atrofie een genetische basis hebben was het noodzakelijk, naast klinisch en serologisch onderzoek ook genealogisch onderzoek te verrichten. Uiteindelijk konden wij,

Hilda en ik, dit soort stambomen samenstellen. In een matriachale samenleving met grote gezinnen was dit uiteraard niet eenvoudig. Om het materiaal te verzamelen moest ik dan ook op verschillende manieren door het land reizen, met de auto (14), (15) per vliegtuig vanuit mijn latere post in het district Nickerie (16) en per corjaal als wij dieper het bos in moesten . (17) Bij dit tijdrovende indringende onderzoek in de afgelegen dorpen nam ik vaak ons dochttertje Karin , hier twee jaar oud, mee. Zij is hier nu zelf met een hele trits kinderen. Haar ontwapenende aanwezigheid maakte dat ik van de zo noodzakelijke coöperatie van de plaatselijke bevolking verzekerd was. (18) Hier ziet u Hilda bezig met een PanelD-15 test, een kleurzinonderzoek.

Later werd ik als algemeen arts naar het district Nickerie gedetacheerd, een gebied iets groter dan Nederland, met enkele zeer afgelegen posten in de jungle, Washabo en Apoera. Hier voltooiden wij dit onderzoek in combinatie met een algemene districtspraktijk.

Inmiddels was het klinische beeld duidelijk. Het betrof hier een zeer geleidelijke niet eerder beschreven variant van atrofie van de nervus opticus , die meestal rond het 40^e jaar manifest werd. Er was een onmiskenbaar familiair voorkomen. Aangedaan waren vooral die bevolkingsgroepen (19) waarvan de voorouders hun oorsprong vonden in het gebied van de oude Ashanti koninkrijken in West-Afrika, Ghana, Togo en Dahomey. Derhalve is dit is een oogziekte van vooral de stad- en bosland Creolen van Suriname.

Het zag ernaar uit dat er sprake was van een genetisch bepaalde predispositie met daarbij een uitwendige factor. Maar wat zou deze externe factor kunnen zijn?

Eerder was mij het wijd verbreide vermoeden ter ore gekomen dat cassave producten, op sommige plaatsen nog steeds de belangrijkste voeding, cyanide bevatte. Derhalve startte ik een voedingsanalyse .

(20) In Suriname werd zoals in vrijwel alle tropische regio in de wereld bittere en zoete cassave verbouwd. Hier ziet u de zogenoemde bittere variant. Het gaat hierbij om de wortel. Deze bevat vrijwel uitsluitend zetmeel en is daarom niet erg voedzaam, maar ook linamarine, een cyaan bevattend glucoside. Cassave was toentertijd nog steeds populair omdat het goedkoop is en gemakkelijk te verbouwen. Het is een sterk hoog groeiend gewas , goed bestand tegen droogte en de wortels kunnen lange tijd in de grond opgeslagen worden. (21) De verschillende producten die van de cassave bereid worden werden op het gehalte aan cyanide geanalyseerd. Het resultaat was verbluffend. Alle geconsumeerde cassave producten, inclusief de zogenoemde kokorie pap en fufu die als baby en kindervoeding werd gebruikt bevatten 1.5 tot wel 2.5 mg HCN (blauwzuur) per 100 gram monster. Er bleek dus sprake van een levenslange chronische blootstelling aan cyanide bevattende voeding.

De oogzenuw is in essentie witte stof van het centraal zenuwstelsel met een lage concentratie van het voor chronische cyanide intoxicatie zeer kwetsbare enzym

cytochrom oxidase. Hiermee was feitelijk het mysterie ontrafeld. Ware het niet, dat er binnen het Caribisch gebied en daarbuiten, ongeloof en scepsis ontstond of cassave werkelijk toxische bestanddelen kon bevatten. Dit ongeloof doofde echter uit toen kort na ons vertrek uit het district Nickerie, in een nederzetting tegenover een van mijn jungle posten, aan de overkant van de Corantijn rivier, in Guyana, het oude Brits Guyana, een religieuze sekte(22), de zogenaamde Jones sekte massaal suïcide pleegde waarbij meer dan 120 mensen omkwamen.

Sommigen van u zullen zich dit voorval wellicht nog herinneren. Er werden op de plaats van dit drama tientallen flessen gevonden nog gedeeltelijk gevuld met cyanide bevattend geconcentreerd sap van cassave schillen. Dit toonde wel zeer cynisch aan hoe toxisch cassave kan zijn.

(23) Later hebben wij bij enkele patiënten die naar Nederland geëmigreerd waren nog geavanceerd onderzoek verricht waaronder elektronen microscopie van de musculus quadriceps. Er was sprake van subsarcolemnale condensaties. Verder (24) werd een gestoorde pyruvaat stofwisseling geconstateerd.

De conclusie van dit alles was dat aan deze oogziekte een genetisch predispositie ten grondslag ligt met een luxerende externe factor, hier derhalve een chronische levenslange subklinische cyanide intoxicatie uit het cassave voedsel.

Zoals het vaker tropenartsen vergaat, was ik inmiddels dermate geboeid door de esthetiek en de

krachtige therapeutische mogelijkheden van de oogheelkunde, dat ik besloot aan dit vak mijn leven te wijden.

Toen ik vervolgens in 1977 in de Nijmeegse Universitaire oogkliniek mijn specialisatie onder leiding van August Deutman aanving, kwam ik op een zeer dynamische afdeling (25), waar enkele jaren tevoren een revolutionaire nieuwe operatietechniek in Nederland was geïntroduceerd, de door Robert Machemer uit Miami ontwikkelde trans pars plana vitrectomie (26,27,28). Hiermee werden voor chirurgische interventie tot dusverre onbereikbare intraoculaire structuren, behandelbaar. Dit, in combinatie met de inmiddels bij diabetische oogafwijkingen zeer effectieve laserbehandelingen, maakte dat Nijmegen een nationaal en internationaal verwijzingscentrum werd voor patiënten met diabetische retinopathie en andere netvliesafwijkingen. Ook leerde ik in deze jaren veel van de pioniers van het eerste uur van deze operatietechnieken, die Nijmegen bezochten, persoonlijk kennen.

(29) Inmiddels was er, tussen 1985 en 1988 een nieuwe speler op het oogheelkundige toneel verschenen, Carroll Webers, thans hoogleraar in Maastricht en mijn opvolger als hoofd van de afdeling en opleider. Met zijn komst naar Maastricht, zijn onderzoek van glaucoom en vooral ook door zijn strategisch inzicht, vaardigheden en internationale klinische reputatie, kreeg de nationale en internationale uitstraling van onze kliniek een

reusachtige impuls. Wij werken inmiddels bijna 30 jaar samen. Daar wij elkaars denkbeelden, impulsen en beslissingen voorzien kon dit af en toe lastig zijn. Maar in de praktijk leidde dit tot een ijzersterke strategische en operationele eenheid.

(30) In 1990 volgde namens de Diabetes Vereniging Nederland mijn benoeming in Nijmegen tot bijzonder hoogleraar in de diabetes in de oogheelkunde.

Vandaar deze toga.

Ik ben bijzonder verheugd dat de DVN besloten heeft deze leerstoel opnieuw te vestigen, maar nu in Maastricht. Het is voor ons ziekenhuis een grote aanwinst dat ook professor Peter Ringens besloten heeft naar Maastricht te komen en binnenkort deze leerstoel zal bezetten. Hiermee is nu de cirkel rond.

Een staaroperatie was in de jaren zeventig en tachtig vaak nog een tamelijk hachelijke onderneming, met de toen nog in zwang zijnde intracapsulaire technieken met fixatie van de kunstlens aan de iris. Ik heb nog vele van deze zogenoemde cryoextracties (31) zelf uitgevoerd. Hierbij wordt de lens verwijderd door middel van het met een stift aanvriezen van de lenskern. Verlies van glasvocht en cornea decompensatie, vertroebeling, van het hoornvlies, was in die tijd nog een groot probleem (32).

(33) Gelukkig maakte ik in Nijmegen nog nèt de introductie van de extracapsulaire zogenoemde phakofragmentatie techniek mee. Derhalve kon ik onmiddellijk bij mijn komst in Maastricht in 1992

deze gestroomlijnde techniek, die geheel specifieke vaardigheden vereiste en veel betere functionele resultaten en minder complicaties heeft, ook hier introduceren (34). Thans wordt deze operatie door onze oogartsen jaarlijks 4000 maal uitgevoerd, naast 3000 andere operaties.

Het topreferente en topklinische zwaartepunt was inmiddels in Maastricht komen te liggen bij mijn primaire expertise, retinale aandoeningen en de vitreoretinale chirurgie met de eerder besproken en inmiddels verder geperfectioneerde trans pars plana vitrectomie technieken als speerpunt.

(35) Een van de nog niet opgeloste problemen na netvlieschirurgie was en is nog steeds, het ontstaan van proliferatieve vitreale retratie (PVR). Dit is een ongecontroleerde reactie van het glasvocht met ontstaan van bindweefsel strengen en membranen die tractie uitoefenen aan het netvlies en daarmee het chirurgische resultaat van netvliesoperaties te niet doen. Een oud idee dat ik reeds jaren in gedachten had, maar om praktische redenen tot dusverre niet uitgevoerd kon worden, was, dat de sleutel om dit probleem op te lossen mogelijk gevonden kon worden in het subretinale vocht dat vrijkomt bij operaties voor netvliesloslatingen. Daarom zijn wij in Maastricht begonnen met, na informed consent, opvangen van dit vocht en het diepgevroren opslaan hiervan (36). Zo is er in de loop van de jaren een internationaal nog steeds unieke bank opgebouwd met subretinaal vocht van honderden netvliesloslatingen (37). Toen in 1998 dr Ellen la

Heij, eerst als retina fellow en later als staflid op onze afdeling kwam, heeft zij dit concept voortvarend opgepakt en werden er uitvoerige analyses verricht van dit vocht, waarbij in de latere jaren ook gebruik werd gemaakt van biomarkers. Deze analyses werden gerelateerd aan de klinische informatie over het postoperatieve en klinische lange termijn verloop. Dit leverde veelbelovende resultaten op die kunnen worden gebruikt om met hoge sensitiviteit en specificiteit het postoperatieve beloop van de PVR na primaire regmatogene netvliesloslating te voorspellen. Het ultieme doel is dan om hier met de operatieve interventie en medicamenteuse therapie op te anticiperen. Deze onderzoekslijn heeft vele jaren tot een stroom van tientallen zeer goed geplaatste publicaties en ook diverse promoties geleid. De Maastrichtse kliniek is hiermee geruime tijd internationaal leidend geweest op dit terrein. Daarnaast ontwikkelde zich onder leiding van Carroll Webers ook het glaucoomonderzoek tot een internationaal erkende topreferente en topklinische functie. Samen met dr Henny Beckers voeren zij geavanceerde glaucoomoperaties uit. Zij hebben ook de medicamenteuze behandeling van glaucoom en de glaucoom analyses verder gestroomlijnd.

(38)Inmiddels begon ook het onderzoek en de behandeling van hoornvlies ziekten onder leiding van Rudy Nuijts momentum te krijgen, vruchten af te werpen, en ook een grote stroom uitstekend geplaatste publicaties en promotie projecten te genereren. Ook deze lijn is uitgegroeid tot een prestigieuze topreferente en topklinische functie van

onze afdeling. Door de unieke mogelijkheden en outillage van de ultramoderne kliniek van de Maastrichtse Oogtoeren, en de aanwezige expertise, is onze kliniek een van de weinige oogklinieken in Europa en de enige in ons land die alle thans mogelijke hoornvliesoperaties en transplantatie modaliteiten aanbiedt.

(39) Ook op andere gebieden kreeg onze afdeling momentum en werden de wetenschappelijke activiteiten succesvol. De citatie-index van onze publicaties is reeds meer dan tien jaar stabiel 1.7 maal het wereldgemiddelde voor ons vakgebied. Voorts heb ik in mijn loopbaan 40 promotieprojecten begeleid, waarvan 22 als promotor in Maastricht.

(40) Weer een andere revolutionaire ontwikkeling deed zich voor bij de behandeling van leeftijdsgebonden macula degeneratie. Tegen het einde van de jaren negentig was deze tot ernstige visuele beperking leidende oogziekte uitgegroeid tot een nog massaler probleem dan de inmiddels in de meeste gevallen goed te behandelen diabetische retinopathie. De behandeling bestond tot het einde van de jaren negentig uit een poging middels tamelijk traumatiserende laserbehandeling de uitbreiding van de centrale gezichtsvelduitval te beperken. Het resultaat hiervan was lange tijd teleurstellend, met onder meer verdere gezichtsscherpte daling en vaak recidieven. Bovendien raakte korte tijd, vooral in het voor ons nabije buitenland een zeer traumatiserende en met ernstige complicaties gepaard gaande

chirurgie in zwang, de macula translocatie met 360 graden retinotomie. Omdat ik van mening was en nog steeds ben, dat deze in oorsprong tamelijk subtiele netvlies ziekte geen dermate traumatiserende ingreep rechtvaardigt, heb ik mij altijd tegen deze chirurgische methode verzet. Het is mijn stellige overtuiging dat de academie, naast het ontwikkelen van innovaties ook de belangrijke en wellicht soms wat ondankbare verantwoordelijkheid heeft de maatschappij te behoeden tegen de in de geneeskunde soms kortstondige opkomst van schadelijke noviteiten. Inmiddels wordt van deze operatie techniek internationaal ook niets meer vernomen.

In 2000 werd de toen naar het zich liet aanzien veelbelovende fotodynamische behandeling door onze kliniek in Nederland geïntroduceerd. De lange termijn resultaten bij macula degeneratie van ook deze behandeling vielen echter toch tegen. Maar er is nog steeds een stabiel breed indicatiegebied voor deze therapie waarvoor regelmatig uit het land patiënten naar Maastricht verwezen worden

(41)De echte doorbraak kwam in 2006 met de introductie van in het oog te injecteren vaatgroei remmers, VEGf-remmers. Nu was het voor het eerst mogelijk niet alleen progressie van de maculadegeneratie in 60% van de gevallen te stoppen, maar zelfs in 30% de visuele functie te verbeteren. Voorts halveerde door deze behandeling het aantal blinden door leeftijdsgebonden macula degeneratie. Dit waren resultaten waar oogartsen en patiënten tot dusverre alleen van konden dromen.

(42) Deze doorbraak was dermate sensationeel dat het tijdschrift Science dit tot de grootste doorbraak binnen de gehele geneeskunde van dat jaar verklaarde. Een eer die de oogheelkunde nog nooit eerder ten deel was gevallen. Nu deed zich echter een nieuw probleem van geheel andere aard voor. Het middel was dermate hoog geprijsd, en er kwamen zoveel mensen voor deze behandeling, die gedurende twee jaar maandelijks geïnjecteerd moest worden in aanmerking, dat prompt alle oogheelkundige en vele ziekenhuis budgetten hierdoor uitgeput dreigden te worden. Het exclusief voor oogheelkundige toepassing bij macula degeneratie op de markt gebrachte hoog geprijsde middel Ranibizumab (Lucentis) is gebaseerd op een reeds langer bestaand en door dezelfde firma, Genentech, voor oncologische toepassing geproduceerde middel. Dit voor oncologische toepassing ontwikkelde Bevacizumab (Avastine) dat parenteraal, intraveneus wordt toegediend, werkt via hetzelfde principe, namelijk vaatgroei remming middels inhibitie van VEGF. Een slimme doortastende en vooral ook moedige oogarts van het Bascom Palmer instituut in Miami, Rosenfeld kwam op het lumineuze idee om dit Bevacizumab in een lage dosering intraoculair toe te passen bij dezelfde indicatie, bij patiënten die zich geen Ranibizumab konden veroorloven. Deze zogenoemde off label toepassing bleek even effectief als het in de praktijk aanvankelijk bijna 100 maal duurdere Ranibizumab. Om u een idee te geven, wekelijks worden in onze kliniek thans 60 à 80 van dergelijke injecties geplaatst En het aantal mensen dat hiervoor in aanmerking komt neemt snel toe.

Nu ontstond er een strijd tussen het medisch industrieel complex en oogartsen die deze zogenoemde off label toepassing van Bevacizumab praktiseerden. Dit was ,en is natuurlijk een ernstige bedreiging voor het verwachte commerciële succes van de potentiële blockbuster Ranibizumab. Overigens is inmiddels overtuigend aangetoond dat dit Bevacizumab net zo effectief en vrijwel vergelijkbaar wat bijwerkingen betreft is als Ranibizumab. Omdat wij de oogarts-klinisch epidemioloog Jan Schouten, die in Nederland en in Europees verband betrokken is bij de ontwikkeling van standaarden voor optimalisatie van het behandelprotocol in ons midden hebben, zijn wij in staat de methodologische argumenten van de industrie te doorzien en vanuit een krachtige positie met hen te argumenteren. Het is de lobby van de industrie echter onlangs gelukt bij de EMA, European Medicines Agency, de Europese FDA, het off label gebruik van Bevacizumab om te zetten in de juridisch veel bedreigendere omschrijving against label toepassing. Dit illustreert hoe ongegeneerd en vastberaden de producent tracht de off label toepassing van Bevacizumab te torpederen. Het is ons bovendien gebleken dat patiënten door de industrie aangezet en juridische ondersteund werden bij het bestrijden van het off label gebruik van Bevacizumab.

Dit alles veroorzaakt natuurlijk een volstrekt oneigenlijke belasting voor artsen die proberen op een medisch verantwoorde manier de budgetten in evenwicht te houden. Ook deze dialoog, maar wellicht is strijd een beter woord, met het medisch

industriële complex is een belangrijke maatschappelijke taak en verantwoordelijkheid voor onafhankelijke en materieel niet te compromitteren universitaire klinieken en medici die boven de partijen staan, geen commerciële belangen nastreven en hun rug recht houden. Noch de overheid noch de maatschappij zijn zich hiervan voldoende bewust. Zeker binnen de huidige krachtenvelden waarbij marktwerking, concurrentie en winstoptimalisatie ook in de gezondheidszorg sleutelbegrippen zijn geworden, zijn krachtige, onafhankelijke Academische Centra van het allergrootste belang voor een kwalitatieve, betaalbare en ethisch verantwoorde patiëntenzorg. Dit is overigens ook nadrukkelijk een van de publieke taken van Universitaire Medische Centra.

Wat is er vervolgens gebeurd met deze behandeling?

De handeling van de injectie is zeer eenvoudig, een weloverwogen indicatiestelling is dat vaak niet. Wij besteden binnen de opleiding tot oogarts veel aandacht aan het ontwikkelen van een breed begrip van de actuele en evoluerende kennis van deze toepassing van VeGf remmers. Het is dan ook voor onze staf, maar vooral ook voor de oogartsen in opleiding zeer frustrerend en ontluisterend te zien hoe onzorgvuldig met de indicatiestelling van deze behandeling wordt omgegaan.

Het aantal injecties dat geplaatst wordt overstijgt waarschijnlijk aanzienlijk het aantal indicaties.

In ons land zijn er diverse ZBC's en particuliere ketens waar middels enorm opgevoerde efficiënte bedrijfsvoering enorme aantallen injecties worden geplaatst, tot wel 60 injecties op iedere werkdag. Dit, toont aan wat er gebeurt als op aandeelhouderswaarden en winstoptimalisatie aangestuurde medische consortia op een eenvoudige maar zeer profijtelijke handeling, worden vrijgelaten. Het ergste hiervan is dat hierdoor, om profijtelijke redenen, gedurende jaren het verloop van de behandelingen buiten de klinische en methodologische evaluatie van de Universitaire Centra is gebleven. Mede hierdoor zijn wij jaren achterop geraakt bij het vaststellen van de meest geëigende behandeling strategien. Die is nu, bijna 7jaar na de introductie nog steeds niet uitgekristaliseerd.

Overheid en verzekeraars hebben dit laten gebeuren. In de toekomst zal bij de introductie van nieuwe behandel-methoden deze eerst exclusief aan de Universitaire Centra ter beschikking moeten worden gesteld, opdat eerst evaluatie plaatsvindt, alvorens dit aan het veld en de commerciële centra wordt vrijgegeven.

Bij dit alles heeft onze kliniek altijd een zeer actieve en principiële rol gespeeld en daardoor ook de druk die vanuit het medisch industrieel complex op artsen kan worden uitgeoefend ervaren.

Een voorbeeld van een organisatievorm die een hoge medisch ethische standaard in het vaandel draagt en die een enorme aantrekkingskracht uitoefent en vertrouwen geniet van patiënten over de gehele wereld is de Mayo Clinic in Rochester, Minnessota. Een van de cruciale elementen hierbij is de gesalarieerde aanstelling van alle medici. Artsen worden in een dergelijke organisatie niet afgeleid door oneigenlijke drijfveren. Het doet er in een dergelijke constellatie niet toe wie de artsen zien, wat de patiënt heeft en hoeveel tijd aan individueel contact besteed wordt. De enige drijfveer die er in een dergelijke organisatie toe doet is datgene te doen dat het belang van de patiënt het beste dient. Ook vinden patiënten en potentiële patiënten, en dat zijn wij allemaal, het in deze tijd steeds meer van belang te weten dat een arts geen enkel persoonlijk belang, anders dan het zo goed mogelijk oplossen van het probleem heeft. Dit binnen de geneeskunde essentiële basisprincipe wordt meer en meer losgelaten nu zogenaamde marktwerking op grond van politieke overtuiging oprukt in de Nederlandse gezondheidszorg. Het is voor mij onbegrijpelijk dat er bij zoveel cruciale landelijke beleidmakers en zelfs bij overheid, politici en ministeries een fundamentalistisch geloof is en blijft in de vrije markt met al zijn perverse drijfveren en tot onaanvaardbare hoogte opvoeren van verrichtingen, door ongebreidelde uitbreiding van private medische centra. Er is zelfs een private keten die lucht reclame gebruikt om mensen naar zijn klinieken te lokken, voor bovendien vaak onnodige ingrepen. Dit zijn

Amerikaanse toestanden die in ons land zo snel mogelijk beëindigd moeten worden.

Introductie van het idee van marktwerking als oplossing om de kostenstijging in de zorg te beteugelen is de grootste fout in ons zorgstelsel van de afgelopen decennia.

De Universitaire medische centra in ons land werken allen volgens de basisprincipes en het model van de eerder genoemde Mayo Clinic. Dit feit kan niet krachtig genoeg uitgedragen worden. Dan zal de maatschappij zich realiseren dat het de Universitaire medische centra hard nodig heeft en moet koesteren en zal het dedain waarop binnen ministeries en door niet universitaire ziekenhuis bestuurders over Universitaire centra wordt gedacht en gesproken snel verstommen.

De overkoepelende organisatie van de niet universitaire opleidingsziekenhuizen in Nederland, de STZ ziekenhuizen, verklaart openlijk dat de universitaire medische centra wat hun betreft in het geheel niet nodig zijn, daar zij ook zelf onderzoek doen , publiceren en ook de overige taken zouden kunnen vervullen. Dit is een opmerkelijk standpunt en feitelijk een genant testimonium paupertatis.

Recent in het NTvG gepubliceerd bibliometrisch onderzoek van het Centrum voor Wetenschap en Technologie (CWTS) van Levi, Sluiter, van Leeuwen, Rook en Peeters toont aan dat het onderzoek in alle

Nederlandse UMC's ver boven het wereldgemiddelde scoort. (43) De complexe en hooggespecialiseerde zorg in ons land vindt voor het overgrote deel in de UMC's plaats (dia). De publicaties van STZ ziekenhuizen scoren alleen dan goed als dit in nauwe samenwerking met een UMC tot stand gekomen is.

De onrealistische zelfoverschatting van de STZ ziekenhuizen vindt nota bene gehoor bij overheid en verzekeraars die daarmee door de mand vallen geen idee te hebben waar het in de innovatieve geneeskunde werkelijk om gaat en welke medisch ethische waarden in het geding zijn.

Universitaire medici staan hun gehele professionele leven in de spotlights van de internationale medische wereld en moeten ook permanent een wetenschappelijke en klinische reputatie hoog houden. Van hen wordt een intrinsieke wetenschappelijke nieuwsgierigheid en drang tot innovatie verwacht. Dit is een grote belasting die specifieke karakterologische eigenschappen en ambities vereist. Dit staat ook in geen verhouding tot de relatieve luwte waarin niet universitaire praktijken opereren. Beide zijn voor een goede gezondheidszorg nodig, maar het afzetten tegen de universitaire centra, zoals tegenwoordig bon ton lijkt te zijn, kan zeer schadelijk zijn.

Het is zeker ook zo en dat moet ook gezegd worden, dat diverse innovatieve technische ontwikkelingen in de afgelopen decennia ook buiten de universiteiten hebben plaatsgevonden. Bovendien zijn de meeste

nieuwe geneesmiddelen , inclusief het eerder genoemde Ranibizumab, op basis van de commerciële wetten van de farmaceutische industrie via een traject van onderzoek, ontwikkeling, productie, verspreiding en toepassing buiten de universiteiten tot stand gekomen.

Echter, het allereerste begin van de ontdekkingstocht dat leidt tot nieuwe vondsten vindt vaak plaats binnen, of in elk geval in zeer nauwe samenwerking met universitaire centra.

Alleen de UMC's hebben de kennis, onafhankelijkheid, discipline en het gezag om op voet van gelijkheid met het industrieel medisch complex op te trekken en zo een krachtige innovatieve en modulerende invloed te hebben op niet zelden zeer kostbare nieuwe ontwikkelingen. Er zijn geen andere partijen in de medische wereld die deze rol vd UMC's kunnen overnemen. Worden de UMC's verzwakt, hetgeen nu dreigt, dan wordt het evenwicht verstoord en de geneeskunde nog meer overgeleverd aan de wetten en de morus vd financiële analisten en business modellen als belangrijkste ijkpunt. Dit leidt tot onherstelbare stagnatie, verarming en verpaupering van het medische landschap.

Bovendien kunnen de te verwachten toekomstige ontwikkelingen met gen en stamcel therapie uitsluitend binnen universitaire centra gerealiseerd worden.

Voorts, en dat wordt ook te weinig beseft kent de complexiteit van de UMC's als organisatievorm zijns

gelijke niet en is een van de meest complexe en kritische organisatievormen die er bestaan.

Binnen vijf à tien jaar zullen de Universitaire Medische Centra hun krachten hebben gebundeld en daarmee een dermate robuuste factor vormen dat deze tegen die tijd de geneeskunde in ons land zal aansturen en bepalen.

In de loop der jaren namen de klinische en wetenschappelijke activiteiten in onze kliniek zo sterk toe dat wij binnen het Maastricht UMC uit onze jas groeiden. (44) Dit is niet onopgemerkt gebleven. Ook de buitenregionale activiteiten pasten naadloos in het nieuwe dynamische elan dat sinds 2003 het Maastricht UMC kenmerkte (44). Zo ontstonden er vanaf 2005 binnen onze afdeling ongekende op groei gerichte activiteiten. Nu bleek ook hoe sterk binnen onze medische en ondersteunende staf, het human capital, was dat in de loop van twee decennia is opgebouwd. (45) Er werden diverse strategische allianties aan gegaan en praktijken overgenomen in de Euregio en daarbuiten. Zo ziet een kaart van onze allianties en samenwerkingsverbanden er thans uit, met als een van de pearls de praktijk in St Truiden waardoor de vermaarde dr Camille Budo ook in onze medische staf werd opgenomen. Gedurende enkele jaren hoorde hier ook de universiteitskliniek voor oogheelkunde van de Vrije Universiteit Brussel bij, alwaar ik eveneens afdelingshoofd was en ook de leerstoel oogheelkunde bezette. Door onverenigbaarheid van cultuur en gebrek aan ambitie van de VUB bleek deze alliantie ten koste te gaan van

de ontwikkelingen in Maastricht en was het daarom helaas niet verstandig deze vol te houden.

Persoonlijk zie ik als een van onze belangrijke strategische zetten het in 1995 in onze staf opnemen van mevrouw Astrid Hacking als Euregionaal manager. Dit bracht een cultuur schok teweeg. Onze staf is hiermee bij mijn weten de enige medische staf in ons land die een niet medicus, in dit geval een wiskundige en mathematisch informaticus, als volwaardig lid in de medische staf opgenomen heeft. U begrijpt dat in deze tijd van gecompliceerde stelselveranderingen en haast niet te doorgronden financiële stromen haar aanwezigheid en vernuft wonderen heeft verricht. Mede door haar inbreng kreeg onze afdeling de vitaliteit en weerbaarheid die ten grondslag liggen aan de in de afgelopen vijftien jaar binnen onze afdeling bereikte successen.

Omdat wij in de gelukkige omstandigheid verkeerden dat de raad van bestuur van het Maastricht UMC mijn visie hoe een dynamische universiteitskliniek voor oogheelkunde vorm moest krijgen, deelde, stonden de jaren van 2005 tot en met 2011 vrijwel geheel in het kader van het ontwerpen en tot op de kleinste details vorm geven van een geheel nieuwe kliniek. (46) Hier ziet u het resultaat van buiten. Van binnen is het gebouw, met op rustgevende en kalmerende accenten gerichte architectuur nog indrukwekkender dan deze welhaast surrealistische en op een schilderij van Carel Willink lijkende foto, suggereert. Dit, naast de geavanceerde en hypermoderne medische inventaris die deze kliniek tot een van de modernste en best

geoutilleerde van Europa maakt (47,48). Wij bemerken de aantrekkingskracht die dit alles op de buitenwereld heeft niet alleen aan de toenemende patiëntenstromen uit binnen en buitenland, maar vooral ook aan de verzoeken van collegae oogartsen en onderzoekers om bij ons te mogen komen werken. Het aantal patiënten dat onze kliniek bezocht is tussen 2003 en 2010 verdubbeld en wij zijn nu alweer op weg naar de volgende verdubbeling.

Geachte toehoorders wij naderen het einde van mijn rede. (49) Op dit punt gekomen wil ik u een van de geheimen van het succes van onze afdeling niet onthouden. Hier ziet u, vrij naar David Landes, de lijfspreuk van onze afdeling zoals die in de afgelopen jaren, in vrijwel al de kamers van onze staf aan de muur hing. Ik geloof stellig in het vitaliserend effect van een positieve instelling en uitstralen van enthousiasme. En ook in een zekere mate van selffulfilling prophesy.

Als ik terugkijk op mijn loopbaan, komt als continue factor naar voren, het grote geluk dat ik had met de mensen met wie ik in contact kwam en met wie ik een langer of korter traject van deze reis kon afleggen. Enkelen daarvan heb ik genoemd, maar velen zijn nog onbenoemd gebleven. Ik denk daarbij aan de fantastische medewerkers van onze poliklinieken, verpleegafdeling, operatiekamers, het secretariaat en in het bijzonder aan Ellen Vrancken die mij meer dan 20 jaar onvermoeibaar, loyaal, bekwaam en uiterst stijlvol ter zijde heeft gestaan.

Ook de ruim 80 collegae in opleiding tot oogarts die nu over het land en daarbuiten zijn uitgezwermd en de honderden studenten geneeskunde en de vele patiënten die hun zorg aan mij toevertrouwden waren altijd een belangrijke inspiratie voor mij.

Ik ben de Raad van Bestuur van het Maastricht Universitair Medisch Centrum en met name het stabiele, betrouwbare en loyale tandem Peeters, Brans Brabant uitermate dankbaar voor het grote vertrouwen dat zij onze afdeling en mij persoonlijk hebben geschonken bij het verwezenlijken van mijn ideaal.

Voorts ben ik buitengewoon verheugd dat ik in de gelegenheid ben geweest de afgelopen twee jaar nog binnen onze prachtige kliniek te kunnen functioneren. Hiermee hebben wij aangetoond dat het zeker mogelijk is dat de vertrekkende ordinarius en de opvolger vreedzaam en effectief kunnen co-existeren.

Deze reis had ik niet kunnen volbrengen zonder mijn dierbare Hilda (50) die op besliste en innemende wijze ons clubje steeds door moeilijke fasen leidde. Vooral ook bij het erg ingrijpende laatste traject, waar mijn gezondheid het ruim een jaar geleden af liet weten heb jij mij gebracht tot waar ik nu ben en heb jij ervoor gezorgd dat ik het zelfs aandurf u allen hier vandaag toe te spreken. Ik ben ook erg verheugd dat onze drie kinderen met hun fantastische partners en enkele kleinkinderen, zoals u gehoord heeft, hier aanwezig zijn.

(51 Hier zien wij om naar een rijk en boeiend verleden, met achter ons de horizon waar wij 40 jaar geleden voorbij voeren op weg naar Zuid Amerika en 4 jaar later weer terug.

(52) Van jungle naar (53) naar oogtoren .

Zijn wij nu, in 2013 met onze afdeling tot dit punt gekomen, met de dynamische staf en vele overige enthousiaste medewerkers, onder de doortastende leiding van Carroll Webers en met het huidige dynamische bestuur, vermoed ik, dat als ik over tien jaar weer eens kom kijken, ik dan dit aantref (54).

Ik heb gezegd