

Plus Ultra

Citation for published version (APA):

de Leeuw, P. W. (2013). *Plus Ultra: Afscheidscollege van Prof. dr. P.W. de Leeuw*. (1 ed.) Universiteit Maastricht.

Document status and date:

Published: 25/10/2013

Document Version:

Accepted author manuscript (Peer reviewed / editorial board version)

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

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

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

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.



Prof.dr. P.W. de Leeuw

Faculty of Health, Medicine and Life
Sciences

Plus Ultra

Mijnheer de Rector Magnificus, mijnheer de Decaan, leden van de Raad van Bestuur van het MUMC, lieve familie en vrienden en iedereen die hier aanwezig is,

Pei parébèn, ti d'erexa, ti moi deon ouk etelesthè?

Deze vraag zou iedere hoogleraar die met emeritaat gaat zichzelf moeten stellen. Ik kom er nog op terug.

Vandaag, 25 oktober 2013, is het precies 40 jaar geleden dat ik mijn eerste werkdag als 'volleerde' dokter beleefde. Dat was in het Mission Hospital te Siteki in Swaziland. Dit voormalige Britse protectoraat dat ingeklemd ligt tussen Zuid-Afrika en Mozambique was in 1968 onafhankelijk geworden en had een nog maar matig ontwikkeld gezondheidszorgsysteem. Samen met mijn goede vriend Pieter van der Sar heb ik daar in korte tijd moeten leren hoe je zonder de diagnostische en therapeutische mogelijkheden die op dat moment in Nederland beschikbaar waren, geneeskunde moet bedrijven. Achteraf bezien, is dit in vakmatig opzicht misschien wel de beste tijd van mijn medische carrière geweest. Het was immers de enige periode in mijn leven waarin ik de geneeskunde in zijn volste omvang heb kunnen uitoefenen: van kiezen trekken tot keizersnee en van tetanusbehandeling tot obducties. Het was daarom ook een uitermate leerzame periode en hoewel ik besef dat dit op grote praktische bezwaren stuit, zou ik er voor willen pleiten dat iedere arts gedurende een bepaalde periode onder dezelfde primitieve omstandigheden te werk wordt gesteld. Het helpt zonder meer om te leren zuinig met de beschikbare middelen om te gaan en voorzichtig te zijn met allerhande therapieën.

Na Swaziland heb ik gedurende vier decennia een mooi vak uitgeoefend dat ik zo weer zou kiezen als dat zou kunnen. Toch was mijn keuze voor de interne geneeskunde indertijd niet vanzelfsprekend. Tot in het laatste jaar van mijn studie meende ik nog huisarts te moeten worden, waarbij vooral het generalistische karakter van dat vak mij aantrok. Interne geneeskunde, hoewel ook generalistisch, leek mij veel te moeilijk en stond vrijwel onderaan mijn lijstje. Het is echter door de geweldige ervaring die ik tijdens mijn coschap interne opdeed in het toenmalige Zuiderziekenhuis in Rotterdam dat ik totaal omgezwaaid ben. Ik moet daarbij uitdrukkelijk vermelden dat het vooral mijn latere opleider Willem Birkenhäger is geweest die als inspirerend rolmodel mij deze richting heeft doen opgaan.

Vandaag neem ik dan in formele zin afscheid van deze universiteit waaraan ik sinds 1991

verbonden ben. Ik heb lang nagedacht over hoe ik deze afscheidsrede zou moeten invullen. Ik zou u natuurlijk een overzicht kunnen geven van wat ik de afgelopen jaren heb gedaan aan onderzoek en hoe dat mijn ideeën over hoge bloeddruk heeft veranderd. Dat zou echter een eenzijdig verhaal opleveren en alles wat ik niet gedaan heb of wat ik verkeerd gedaan heb, zou ik zomaar kunnen weglaten. Dat laatste is immers in medisch-wetenschappelijke artikelen geen ongebruikelijk fenomeen. Ik zou u ook een aantal toekomstscenario's kunnen schetsen maar dat zou niet veel zinnigs opleveren. Dokters zijn namelijk helemaal niet goed in voorspellen, zelfs niet als het om de prognose van hun patiënten gaat. Kijkt u daarvoor volgende week maar eens in het nummer van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde dat dan uitkomt. Ik heb er uiteindelijk voor gekozen om u een beeld te schetsen van een aantal ontwikkelingen, die zich tijdens mijn actieve periode binnen de interne geneeskunde hebben voorgedaan, en die ik meer zie als een reflectie van de tijdgeest dan als iets wat helemaal van binnenuit de geneeskunde komt.

Als uitgangspunt voor mijn betoog maak ik gebruik van het werk van de Franse historicus en filosoof Paul-Michel Foucault (1926-1984). Deze Foucault (niet te verwarren met die van de slinger) is in de wereld van de geneeskunde waarschijnlijk het meest bekend door zijn overigens moeilijk leesbare boek 'De geboorte van de kliniek. Een geschiedenis van de medische blik'. In dit boek beschrijft hij hoe de grondslag van de moderne geneeskunde werd gelegd in de periode tussen 1770 en 1825 en hoe de structuur van onze medische kennis zich daarna heeft ontwikkeld, zowel inhoudelijk als in relatie tot de maatschappij. Centraal in het werk van Foucault staat de idee dat in een bepaalde periode het geheel van kennis en wetenschap niet op zichzelf staat maar bepaald wordt door een onderliggend systeem, een maatschappelijk bepaalde structuur waarvan wij ons niet altijd even goed bewust zijn (men zou dit de tijdgeest kunnen noemen). Daarbij legt hij de nadruk op de rol van machtsstructuren en stigmatisatie als middelen om het onderliggende systeem zoveel mogelijk te handhaven. Dat leidt tot normalisatie-drang waarbij afwijkingen van de vigerende norm gecorrigeerd moeten worden. In het geval van ziekte betekent dit een terugbrengen naar de als gezond=normaal beschouwde toestand. De kliniek is dan bij uitstek de plaats waar dit normalisatieproces gestalte krijgt. Naarmate de medische zorg echter complexer wordt en er veel meer gegevens ter beschikking komen, ontstaan er beheersproblemen. Volgens Foucault kan de moderne geneeskunde dan ook alleen maar goed functioneren als er specifieke voorzieningen worden getroffen en de Staat zich met de

medische zorg gaat bemoeien. Hij noemt dit biopolitiek. Ik wil daar overigens wel aan toevoegen dat de Staat het woord 'ziekte' zoveel mogelijk vermijdt. We spreken immers over het Departement voor Volksgezondheid, we hebben een Gezondheidsraad en als we niet goed genoeg ons best doen, krijgen we al dan niet onverwacht bezoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, terwijl wij er eigenlijk voor zijn om zorg aan *zieken* te geven. Als het tenslotte om het beheersen van de kosten gaat, vragen we de hulp van *gezondheidseconomen* want ziekte-economen hebben we niet. Laten we er maar voor waken dat we niet binnenkort onze faculteiten geneeskunde faculteiten gezondheidskunde gaan noemen. Het is al een teken aan de wand dat uitgerekend in Maastricht de faculteit in haar naam FHML (Faculty of Health, Medicine and Life Sciences) het woord 'medicine' op de tweede plaats heeft gezet. En in deze kerk, waar ik als voorzitter van de Examencommissie vele jaren de afstudeerplechtigheden heb geleid, overhandigde ik in het begin aan de geslaagden nog een (basis)artsdiploma maar tegenwoordig is dat een Master of Science certificaat.

De twee elementen die ik zojuist genoemd heb, de normalisatie-drang en de biopolitiek, zijn een steeds belangrijkere rol gaan spelen in de geneeskunde. Maar waar de biopolitiek, dus het geheel van instituties waarmee we de medische zorg organiseren en controleren, voorheen vooral een faciliterende rol had, wordt deze nu steeds meer directief en restrictief. De medische beroepsgroep draagt daar zelf aan bij omdat zij zich sterk laat beïnvloeden door ontwikkelingen en opvattingen in de maatschappij als geheel en een zekere, wellicht wat modieuze, aanpassing aan het tijdsbeeld nastreeft. Ik ben dit complex van aanpassingen maar gaan benoemen als Foucault-isme. Ik zal u aan de hand van drie, nauw met elkaar samenhangende ontwikkelingen in de geneeskunde en in het geneeskundig onderzoek schetsen hoe ik dit precies zie. Die ontwikkelingen zijn: *1) de toenemende kwantificering in de geneeskunde, 2) het streven naar zekerheden en 3) het idealiseren van perfectie.*

Van kwalitatieve naar kwantitatieve geneeskunde

Een maatschappij die steeds complexer wordt, heeft voor een goed bestuur en voor haar biopolitiek veel cijfermatige informatie nodig. Parallel hieraan, is ook de geneeskunde zelf niet ontkomen aan de behoefte om meer getalsmatige informatie te verzamelen. Dat is op zich ook heel nuttig maar tegelijk houdt het een gevaar in want van oorsprong is de

geneeskunde namelijk een kwalitatief-beschrijvend vak. Eeuwenlang hebben artsen zich beperkt tot het beschrijven van zichtbare symptomen zonder dat zij het begrip 'ziekte' hanteerden zoals wij dat nu doen. Pas in de 17^e eeuw heeft de Engelse arts Thomas Sydenham, die ook wel de Engelse Hippocrates wordt genoemd, een begin gemaakt met het ontwikkelen van een nosologie (classificatie van ziekten). Door bij individuele patiënten zeer nauwgezet te bestuderen hoe ziekteverschijnselen zich ontwikkelden, was hij in staat daarin gemeenschappelijke patronen te ontdekken die hij toeschreef aan één uniforme oorzaak. Achteraf bezien, valt deze doorbraak in het denken over ziekte goed te plaatsen in de toenmalige tijdgeest (het begin van de Verlichting).

Vanaf de 18^e eeuw wordt de inbreng van de anatomie en de pathologie in de medische wetenschap steeds groter en van een verzameling symptomen verandert het ziektebegrip in een te lokaliseren afwijking. Als voorbeeld noem ik een patiënt die bij de dokter komt met de klachten: bemoeilijkte ademhaling met pijn in de flank, droge hoest en koorts. De arts classificeert deze symptomen nu onder de diagnose 'pleuritis'. Deze classificerende benadering valt volgens Foucault ongeveer samen met de geboorte van de kliniek en die van de moderne geneeskunde. In de daaropvolgende eeuwen zal de geneeskunde zich dan, mede door de opkomst van de fysiologie, de biochemie en vooral de statistiek ontwikkelen van een overwegend rationalistisch-systematiserend, dus kwalitatief, vak in een kwantitatief vak dat sterk gebaseerd is op empirische waarnemingen en metingen. Dan ontstaat ook het inzicht dat ziekten zich niet altijd op een uniforme manier manifesteren maar dat dit sterk afhankelijk is van de individuele patiënt.

Vooraf door de opkomst van de epidemiologie in de tweede helft van de vorige eeuw is het geneeskundig denken steeds meer associatief van aard geworden. Daarbij moet vooral gedacht worden aan het verband tussen diverse afwijkingen en het opstellen van modellen waarmee bijvoorbeeld de kans op bepaalde complicaties in de toekomst zou kunnen worden berekend. Vanuit een Foucault-istisch perspectief betekent dit dat wij veel meer mogelijkheden gecreëerd hebben om niet alleen werkelijke abnormaliteiten weg te werken maar ook als abnormaal gepercipieerde variaties. Ik wil dit aan de hand van enkele voorbeelden uit de praktijk toelichten.

Voorbeeld 1: wanneer moeten we een meetbare functie als abnormaal beschouwen?

Als de bloeddruk verhoogd is, neemt de kans op allerlei complicaties zoals beroerte,

hartinfarct en nierfalen sterk toe. Op zich zeg ik hier niets nieuws mee want dat wisten we bijna een eeuw geleden ook al. En toch blinkt de stelling uit door maximale onduidelijkheid want wat is 'verhoogd' en wat is de 'kans'? Het onderscheid tussen een normale en een verhoogde bloeddruk is niet eenvoudig te maken. Zo'n vijftig tot zestig jaar geleden woedde er een langdurige, wetenschappelijke strijd over het begrip hypertensie tussen de Britse hoogleraren Robert Platt aan de ene kant en Sir George Pickering aan de andere kant. Platt was de mening toegedaan dat hypertensie een ziekte is die afgebakend kan worden van normotensie. Met andere woorden: er is een kwalitatief onderscheid te maken tussen mensen met een normale en die met een verhoogde bloeddruk. Zonder overigens maar één spatje bewijs te presenteren, stelde hij dat essentiële hypertensie een dominant erfelijke ziekte is. Pickering daarentegen betoogde, gesteund door talloze waarnemingen, dat de bloeddruk unimodaal verdeeld is en dat er daarom geen harde scheidslijn valt te trekken tussen normaal en verhoogd. De grens tussen die twee is dan ook volledig arbitrair. Hoewel ook Pickering het belang van de erfelijkheid inzag, meende hij dat alle factoren die van belang zijn bij een normale bloeddruk dat ook zijn bij een verhoogde druk maar dan simpelweg op een hoger afgesteld niveau. De strijd is uiteindelijk gewonnen door Pickering en tot op de dag van vandaag beschouwen wij hypertensie als een graduele afwijking van de norm waarin het risico toeneemt met de hoogte van de bloeddruk. Daarmee was tevens een definitieve stap gezet in de richting van een kwantitatieve (cardiovasculaire) geneeskunde.

Maar als er geen goede grens tussen normaal en verhoogd is te trekken, wanneer moeten we dan behandelen? Elke vorm van bloeddrukverhoging, hoe gering ook, vergroot in beginsel de kans op een complicatie. Om praktische redenen is er ooit gekozen voor 160/100 mmHg als de grenswaarde. Deze grens gaf toen ook vrij aardig de top 10% van de bloeddrukwaarden aan. Maar nu doet zich een merkwaardig Foucault-istisch fenomeen voor. Als men de bloeddrukwaarden in de bevolking als een frequentiediagram weergeeft dan was het aan het begin van mijn carrière nog zo dat er vrij veel mensen waren met een hoge tot zeer hoge bloeddruk en het gemiddelde van de bloeddruk in de bevolking was toen ook vrij hoog. Toen het eenmaal gelukt was om met zoutreductie en adequate therapie de bloeddruk in de populatie als geheel omlaag te krijgen, verschoof het frequentiediagram van de bloeddruk in de bevolking naar links en is de behandelgrens verlaagd naar 140/90 mmHg. Op dat moment gaf die waarde de grens van de top 10% aan. Maar omdat er geen duidelijke

ondergrens is in het verband tussen de hoogte van de bloeddruk en de kans op complicaties, zijn er steeds meer stemmen opgegaan om de grens nog verder te verleggen naar 120/80 mmHg en inmiddels is er zelfs een nieuwe ziekte gemaakt, namelijk de prehypertensie. In deze categorie val je als de bloeddruk niet helemaal meer optimaal is maar nog beneden de 140/90 mmHg. Geheel in lijn met Foucault worden er zelfs behandelingstrials uitgevoerd om te kijken of normalisatie van de druk in personen met prehypertensie zinvol is. Het is zeker niet ondenkbaar dat therapie tot enige daling van het risico zal leiden, maar wat betekent dit dan voor de behandeling? Met dit soort kans-geneeskunde weten we immers niet bij wie we er goed aan doen en bij wie niet. Van alle patiënten met hypertensie namelijk krijgt slechts een minderheid uiteindelijk een complicatie in de vorm van een hersen- of hartinfarct. Met therapie kunnen we het risico op een dergelijke complicatie ook maar gedeeltelijk terugdringen. Berekeningen laten zien dat om één complicatie te voorkomen men meer dan 500 patiënten gedurende een jaar moet blootstellen aan medicatie met de nodige bijwerkingen (bij prehypertensie ligt dit getal nog ongunstiger). Dat betekent dat een aanzienlijk deel van de mensen met hypertensie een behandeling krijgt voor iets waar ze nooit een probleem van zullen ondervinden. Voor de behandeling van patiënten met een verhoogd cholesterol geldt overigens precies hetzelfde. Onze normalisatiedrang leidt dus tot forse overbehandeling en navenant hoge kosten. We maken ons er wel altijd druk om dat zo'n 50% van de hypertensiepatiënten na enige tijd de medicatie niet meer inneemt maar voor een groot deel van hen is dat misschien helemaal niet zo erg. En geldt hier eigenlijk ook niet het aloude adagium 'Primum non nocere', berokken in de eerste plaats geen schade, iets dat zelfs is vastgelegd in de artseneed?

Er wordt nogal eens gesuggereerd dat het besluit om wel of niet te behandelen dan maar in samenspraak met de patiënt genomen moet worden. Dat is op zich prima, maar dat mag nooit een excuus worden om de verantwoordelijkheid voor het beleid af te wentelen op de ander. Als de dokter al niet goed weet wat hij ermee aan moet, hoe moet de patiënt het dan weten? En we moeten al helemaal niet hebben dat op een gegeven moment de verzekeraars het gaan beslissen.

Wat zou dan de oplossing moeten zijn? Het probleem zit in het feit dat met de huidige benadering de grens tussen ziekte en mogelijke ziekte enorm vervaagd is en we zullen ons idee over wat ziekte is, drastisch moeten bijstellen. Eerlijk gezegd, denk ik nu dat Platt indertijd toch op het goede spoor zat. De kwantitatieve benadering in de geneeskunde heeft

ons risicofactoren opgeleverd die de traditionele geneeskunde tot een kans-geneeskunde hebben getransformeerd. Voor echte geneeskunde is een dieper inzicht in de pathofysiologie noodzakelijk. Ik kan in deze lezing niet dieper ingaan op de overwegingen die hieraan ten grondslag liggen, maar ik zou willen voorstellen om bloeddrukverhoging niet meer als een risicofactor te beschouwen maar als een vorm van eindorgaanschade, een asymptomatische uiting van een andersoortig ziekteproces (en dat is niet een toegenomen vaatwandstijfheid, als u dat soms mocht denken). Pas als we de hand weten te leggen op de mechanismen van dat andere proces, gaat het lukken om te identificeren wanneer we wie moeten behandelen. Kortom, we moeten leren onze patiënten weer beter te observeren, op een manier zoals Sydenham dat ooit deed.

Voorbeeld 2: betekent meten altijd wel weten?

Nu wil ik ook even stilstaan bij wat ik zie als andere uitwassen van onze kwantitatieve geneeskunde, namelijk de simpele gedachte dat als er ergens iets te veel van is dit verlaagd moet worden en dat wij bij een tekort van iets dit zoveel mogelijk moeten aanvullen. Onze niet aflatende normalisatie-drang doet ons naar therapieën grijpen om bij elke vermeende deviatie de betreffende persoon/patiënt naar de norm terug te dirigeren. Soms lijkt dit nog onschuldig zoals in het geval van de nog betrekkelijk jonge patiënte die ik een paar maanden geleden op mijn spreekuur zag en bij wie een collega, overigens zonder dat daar enige indicatie voor was, éénmalig een te laag gehalte aan vitamine D in het bloed had gevonden. Vervolgens had hij een vitamine D preparaat voorgeschreven. Normalisatie-drang dus. Nog afgezien van de vraag of een éénmalige bepaling wel voldoende betrouwbare informatie oplevert, is de betekenis van een dergelijke bevinding uiterst onzeker. Nu weet ik ook wel dat associatiestudies een verband laten zien tussen een lage vitamine D spiegel en allerlei kwalen zoals hartvaatziekten, kanker en zelfs totale sterfte, maar de aard van dit verband is totaal onduidelijk en een zeer recente studie uit Zwitserland laat zien dat het voor mannen en voor vrouwen ook nog eens verschilt. Bovendien ontbreekt ook maar het minste bewijs dat extra vitamine D heilzaam is als je niet tot een bijzondere risicogroep zoals ouderen behoort. Er zijn helaas veel andere voorbeelden te geven van vermeende tekorten bij asymptomatische personen waarvoor zonder nadenken suppletie wordt gegeven. In een aantal gevallen heeft goed uitgevoerd onderzoek inmiddels uitgewezen dat normalisatie onder bepaalde omstandigheden ook averechtse effecten kan hebben. Zo

blijken zowel groeiremming bij te lange kinderen als toediening van groeihormoon bij kinderen met een tekort aan dit hormoon nogal wat problemen op latere leeftijd te kunnen geven, onder meer op cardiovasculair gebied. In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde hebben we daar bij herhaling aandacht aan geschonken. Ook het toedienen van bloedtransfusies aan patiënten met een acute maagbloeding staat tegenwoordig ter discussie. Een ander fraai voorbeeld betreft de behandeling van patiënten met een gestoorde nierfunctie die erythropoetine, beter bekend als epo, krijgen. Dit middel wordt gegeven om de anemie te bestrijden die optreedt als de nierfunctie gestoord is. Kort nadat het epo als behandelmogelijkheid ter beschikking was gekomen, werd het op grote schaal toegediend aan nierpatiënten. Vervolgens bleek uit gecontroleerd onderzoek echter dat dit epo, waarvan we al wisten dat het slecht was voor wielrenners en voetballers, nogal wat cardiovasculaire complicaties gaf als men het Hb te ver probeerde te corrigeren. Met een lagere streefwaarde ging het wel goed, maar echt normaliseren van het Hb bleek te schadelijk. Gezien dit soort waarnemingen is het jammer dat men nu alweer bezig is het verlaagde ijzergehalte dat bij patiënten met hartfalen wordt aangetroffen, te corrigeren zonder dat heel goed is uitgezocht wat de uiteindelijke effecten daarvan zullen zijn. Waarom er overigens bij vermeende tekorten altijd direct een trial gedaan moet worden om het effect van suppletie te beoordelen, is mij niet duidelijk. Het lijkt in ons huidige tijdsgewricht waarin alles snel moet en waarin nieuwe informatie direct hapklaar beschikbaar moet zijn, te passen om bij de minste afwijking maar gelijk een onderzoek op te zetten om na te gaan of een beoogde behandeling zinvol is. Dat gebeurt dan meestal met veel centra en farmaceutisch geld. En als de resultaten niet opleveren wat ervan verwacht werd, gaat iedereen verder zonder na te denken over waarom de uitkomst zo is. Afgezien van het feit dat daardoor veel geld nodeloos verloren gaat, is dit wetenschappelijk gezien onverantwoord en in zeker opzicht zelfs onethisch. We zouden echt eens wat meer de tijd moeten nemen om goed pathofysiologisch en mechanistisch onderzoek te doen naar het waarom van de vermeende tekorten want die kunnen best een homeostatische functie hebben. Pas dan zouden we moeten uitdokteren wat voor een trials we moeten doen om het veronderstelde mechanisme te testen. Als de trial dan niet oplevert wat we gedacht hadden, zouden we erover moeten nadenken waar onze pathofysiologische redeneringen tekort schieten in plaats van alleen maar de therapie te verketteren en naar het volgende over te gaan. Meten is dus lang niet altijd weten!

Het streven naar zekerheden

Ik ben nu aangeland bij een tweede probleem, namelijk dat van het streven naar zekerheden, of misschien zou ik moeten zeggen: het elimineren van onzekerheden. Dit hangt nauw samen met kwantificering. Hoe meer getalsmatige informatie namelijk beschikbaar is, hoe meer zekerheid men over allerlei processen denkt te kunnen krijgen. Onzekerheden worden steeds minder geaccepteerd. Van de wetenschap en vooral van de uitspraken van wetenschappers wordt welhaast onfeilbaarheid geëist, zoals de recente veroordeling van klimaatwetenschappers die een onjuiste voorspelling hadden gedaan, schrijnend aantoont. Ook de geneeskunde ontkomt niet aan deze zekerheidseis. De medische wereld is in deze eis tot zekerheid meegegaan in de vorm van de evidence-based medicine. Dit gaat er dus over dat wij eigenlijk alleen dingen moeten doen, diagnostisch of therapeutisch, waarvan het nut onomstotelijk is aangetoond.

Toch zou ik hier de vraag op willen werpen of evidence-based medicine eigenlijk wel bestaat. De term gaat uit van wetenschappelijk bewezen nut en impliceert hiermee een vaststaand en onveranderlijk feit. Dat is op z'n zachtst gezegd merkwaardig want ik heb in de loop der tijd nogal wat bewijzen vervangen zien worden door zogenaamde andere bewijzen die soms het tegenovergestelde zijn van wat eerst als bewijs werd beschouwd. Vaststaand en onveranderlijk is het dus allerminst. Bovendien is het nogal aanmatigend om zo'n grote status toe te kennen aan bewijs want de medische wetenschap neemt daarmee een totaal andere positie in dan de andere natuurwetenschappen. Deze gaan namelijk uit van een hypothese die getoetst moet worden en resultaten van onderzoek die de hypothese ofwel steunen ofwel ontkrachten. Zoals ik destijds in mijn oratie al heb betoogd, levert niet het vinden van steun vóór bepaalde theorieën, maar juist het vinden van bewijzen die tégen die theorieën pleiten, een grotere bijdrage aan de ontwikkeling van kennis. Het is onmogelijk een absoluut bewijs vóór een idee te vinden, het is alleen mogelijk een theorie of hypothese te falsifiëren. Wetenschapsfilosofen als Karl Popper en Imre Lakatos hebben dit in de vorige eeuw al uitgedacht en uitvoerig beschreven. Toegepast op de medische wetenschap betekent dit dat evidence-based medicine nooit het absoluut bewijs kan leveren ten voordele van een behandeling maar juist ingezet moet worden om aan te geven welke behandelingen voortaan achterwege gelaten kunnen worden vanwege onvoldoende effect. Een additioneel probleem is dat het bewijs waar altijd zo mee geschermd wordt, vaak berust

op onderzoek in zeer geselecteerde groepen patiënten en hoewel iedereen behoort te weten dat je dat bewijs dan niet op elke patiënt toepasbaar mag verklaren, gebeurt dat in de praktijk wel, zoals ik zelf aan den lijve heb ondervonden.

Om te schetsen hoe deze zogenaamde evidence-based medicine averechts kan uitpakken, wil ik het even hebben over patiënten met hypertensie bij wie de bloeddrukverhoging samenhangt met een vernauwing van één of meer slagaderen van de nier, de nierarteriestenose. Daarvan kennen we grofweg twee vormen: de zogenaamde fibromusculaire dysplasie die goed te behandelen is en waarover ik het nu niet ga hebben en de atherosclerose, ten onrechte vaak aderverkalking genoemd. Bij patiënten met een atherosclerotische nierarteriestenose is niet helemaal duidelijk of oprekken van het vat en het plaatsen van een stent nuttig is. Studies uit de afgelopen twintig jaar lijken aan te tonen dat deze behandeling geen enkel voordeel biedt. Dus talloze klinici over de hele wereld, inclusief Nederland, roepen nu om het hardst dat we ons maar niet meer moeten bekommeren om de nierarteriestenose en er ook geen diagnostiek naar hoeven te verrichten. Hun adagium is: gewoon met medicamenten behandelen en verder niet zeuren. Maar als je goed kijkt naar de onderzoeken waarop die conclusie gebaseerd is, dan blijken er alleen maar patiënten onderzocht te zijn bij wie er een zeer forse vernauwing van de vaten bestond (meer dan 50-70%) en bij wie de functie van de nier al aantoonbaar gedupeerd was. Nu weten we dat eenmaal opgedane nierschade niet meer ongedaan gemaakt kan worden en de vraag is dus gerechtvaardigd of het wel reëel was om patiënten met zulke gevorderde afwijkingen in de studies op te nemen. Vergelijk het maar eens met uw wasmachine thuis. Als de toevoerende waterleidingen verkalkt zijn en ook de wasmachine is van binnen verkalkt, dan gaat het apparaat echt niet beter functioneren als uw de toevoerende leidingen vervangt. Wat wij dus eigenlijk zouden moeten onderzoeken, is of het nuttig is om de vaten te 'repareren' op een moment dat er nog geen opvallende nierschade is en de vernauwing relatief beperkt (minder dan 50%). Nu is een vernauwing van minder dan 50% toch weer zo'n getalsmatige weergave van een probleem waarbij geen strikt onderscheid te maken is tussen wat nog als probleemloos beschouwd kan worden en wat niet meer. Omdat een vaatvernauwing zich in de tijd geleidelijk ontwikkelt en de nier allerlei mechanismen voorradig heeft om veranderingen in de bloedstroom op te vangen, is het juist van belang om te weten hoe die mechanismen functioneren en wanneer die zodanig worden aangetast dat therapeutisch ingrijpen niet zinvol meer is. Ik zou dan ook in dit kader een lans willen

breken voor meer pathofysiologisch onderzoek, in plaats van een serieuze aandoening als irrelevant naar de prullenbak te verwijzen.

Al met al durf ik te stellen dat wij met onze evidence-based medicine en richtlijnen aan de patiënten slechts schijnzekerheid bieden.

Het idealiseren van perfectie

In het huidige tijdsbeeld, waarin gezondheid en perfectie als het ideaal voor de mens gelden, is minder plaats voor ziekte en gebrek en deze moeten dan ook zo ver mogelijk uit het gezichtsveld worden verwijderd. Een typische uiting van normalisatiedrang. Ik noemde reeds het ontbreken van het woord 'ziekte' in de namen van overheidsorganen. Maar ook ziekenhuizen, huizen dus voor zieken, verwijderen het woord 'zieken' steeds vaker uit hun naam, bij voorkeur wanneer zij nieuwbouw plegen of gaan fuseren. Een voorbeeld hier niet ver vandaan is het ziekenhuis 'De Goddelijke Voorzienigheid' dat na de secularisatiegolf eerst omgedoopt werd tot Maaslandziekenhuis maar nu Orbis Medisch Centrum heet. Er zijn tal van dit soort voorbeelden te geven, zowel in deze regio als elders in Nederland. Zelfs de academische ziekenhuizen zijn tegenwoordig opgegaan in Medische Centra. Daar komt nog bij dat wij onze ziekenhuizen niet meer in de stad bouwen waar het eigenlijke leven zich afspeelt maar zover mogelijk aan de rand daarvan. Het azM en het Orbis Medisch Centrum te Sittard, dat nog veel jonger is, vormen daarop zeker geen uitzondering.

Dankzij de mogelijkheden om alles in getallen vast te leggen, behoren schaalvergroting door fusie en concentratie van zorg nu ook al enige tijd tot het pakket van de perfectionisten. Dat dit, ondanks alle voordelen, de generalistische benadering van de patiënt in gevaar brengt, wordt kennelijk niet als een probleem ervaren.

In de waan van de dag zijn wij verder geneigd snel en vaak zonder gedegen vooronderzoek tot allerlei, vermeende perfectioneringen in de zorg over te gaan maar of dat iets oplost, is nog maar de vraag. Nog niet zolang geleden bijvoorbeeld moesten er overal SIT-teams komen (Spoed Interventie Teams) zonder dat er enige aanwijzing was dat zoiets nuttig was. Inmiddels wordt dit alweer verlaten. Op de intensive care dacht men veel betere zorg te kunnen verlenen als er gedurende de nacht een intensivist ter plekke beschikbaar is. Inmiddels blijkt uit onderzoek dat dit helemaal niet zo is. En wat te denken van de zogenaamde one-stop shop poli? Dat betekent dat een patiënt die op de poli komt gedurende de dag een hele testbatterij aan onderzoek ondergaat en op het eind van de dag

van de dokter te horen krijgt wat er aan scheelt. Dat daarmee wellicht een hoop overbodig en soms vervelend onderzoek wordt gedaan, wordt dan maar voor lief genomen. Voor sommige problemen (bv. de mammadiagnostiek) kan de eendaagse-diagnostiek zeker een groot voordeel hebben maar het is zeker niet van toepassing op de hele geneeskunde en ook hier kan ik uit eigen ervaring spreken.

Naar buiten toe proberen we onze perfectie te etaleren in de vorm van prestatie-indicatoren en recent ook het openbaar maken van sterftcijfers in ziekenhuizen. Goede cijfers suggereren meer perfectie maar echte kenners weten dat het alleen schoonheidsidealen zijn die geen eenduidige interpretatie toelaten.

Op individueel niveau zijn wij ook al geobsedeerd door perfectie als ideaalbeeld van onze tijd. Het verval van het lichaam mag geen kans krijgen. Door van alles te meten zijn wij in staat om allerlei afwijkingen van de norm op te sporen en dan nog liefst in een zo vroeg mogelijk stadium. Vervolgens moet alles in het werk worden gesteld om deze imperfecties weg te werken ook al hebben deze lang niet altijd betekenis. Dit geldt niet alleen voor toevalsbevindingen zoals een beetje kalk in een vat of een afwijkende bloedsuitslag maar ook voor allerlei voorstadia van ziekten die nooit ziekten worden. Zo creëert het voor veel geld aanbieden van allerlei onderzoek, zoals met de PreScan, en het daarmee inspelen op het zekerheidsgevoel van het individu dat dan even een mogelijke patiënt is, een uitgelezen voedingsbodem voor onze normalisatiedrang. En de zogenaamde zekerheid die aan de patiënt geboden wordt, is weer niets anders dan schijnzekerheid. Helaas is deze PreScan door onze minister toegelaten op de markt en ook al moeten mensen zelf betalen voor de PreScan, de te verwachten extra diagnostiek die onduidelijke bevindingen zullen uitlokken, komen wel ten laste van ons zorgbudget en kunnen wij dat nu niet beter besteden aan degenen die het echt nodig hebben, de echte zieken en de ouderen.

De drie elementen die ik heb besproken, de toenemende kwantificering en het mede daardoor in de hand gewerkte streven naar zekerheid en perfectie passen in ons huidige tijdsbeeld en zijn naar mijn mening niet specifiek voor de geneeskunde. Veeleer volgen zij de algemene lijn van de maatschappelijke ontwikkeling die, mogelijk als reactie op de secularisering en de desacralisering van de natuur een perfecte mens als een soort eschatologisch verlangen ziet. Dat daardoor de aandacht van ziek-zijn, ouderdom en gebrek wordt afgeleid, is een weliswaar logische maar niet te accepteren consequentie. Het is in dit

verband verontrustend dat een recente enquête onder geneeskundestudenten laat zien dat slechts 17% geïnteresseerd is een vervolgopleiding in de ouderengeneeskunde. Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde zal volgend jaar wel meer nadruk gaan leggen op de zorg voor ouderen door te starten met een artikelenreeks waarin aandacht zal worden besteed aan diverse aspecten van de ouderengeneeskunde.

Op dit punt aangeland, vraagt u zich wellicht af wat dit alles van doen heeft met de titel van mijn betoog: Plus Ultra. Degenen onder u die aanwezig waren bij mijn oratie herinneren zich wellicht nog dat de titel daarvan luidde: Ne plus ultra. Het motto 'Ne(c) plus ultra' wordt traditioneel in verband gebracht met de zuilen van Hercules bij de Straat van Gibraltar. Deze zuilen met de inscriptie 'Ne Plus Ultra' vormden onderdeel van het wapen van het Spaanse koningshuis in de vijftiende eeuw. De betekenis van de spreuk luidt: aan gene zijde is er niets meer. Zo symboliseerde dit embleem een wereldbeeld waarin Spanje de frontlinie vormde waar voorbij geen land of leven was, de grens van de wereld. Aan dit beeld kwam een einde toen Columbus een nieuwe wereld ontdekte. Het Spaanse hof restte daarop niets anders dan het verwijderen van het woord 'Ne' uit het embleem. Nu stond er dus: 'Plus Ultra', aan gene zijde is meer. Datgene wat aanvankelijk voor een absolute grens was gehouden, was nu verdwenen. Wat ik er mee wil zeggen, is hopelijk uit het voorgaande duidelijk geworden. Er is veel aan de hand met de geneeskunde als je het op afstand bekijkt. Het vak is begrensd door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen en opvattingen en als we dat willen veranderen, zal ook dat van buitenaf moeten komen. Naar mijn mening moet geneeskunde weer echte geneeskunde worden à la Sydenham en de pathofysiologische benadering moet weer gaan prevaleren boven de epidemiologische benadering.

We zullen ook wat genuanceerder moeten omgaan met bewijs en zekerheden en we moeten ons realiseren dat voor de patiënt nog een heel andere zekerheid van belang is. Die wil namelijk de zekerheid dat hij of zij op de dokter kan rekenen en een luisterend oor vindt wanneer zich een probleem voordoet en dat hij een arts heeft die er is voor de patiënt als het nodig is en een op deze patiënt zelf gerichte oplossing zoekt, één dokter die met andere woorden de kunst van de geneeskunde verstaat. Ik zou niet graag zien dat wij dit opgeven. De verwetenschappeling van de geneeskunde was natuurlijk wel nodig maar vormt in mijn visie tegelijkertijd een breekpunt in de arts-patiënt relatie. De rol van het direct observeren van de patiënt wordt immers steeds kleiner en die van metingen steeds groter waardoor de

patiënt steeds meer op afstand komt te staan. Natuurlijk moet er wel een wetenschappelijke rechtvaardiging zijn voor ons medisch handelen maar wie op basis van alleen trials meent dokters voor te kunnen schrijven wat zij moeten doen, bedrijft biopolitiek en geen medische wetenschap.

Dankwoord

Aan het eind van deze rede wil ik nog enkele mensen bedanken. In de eerste plaats alle patiënten die zich in de afgelopen jaren aan mij hebben toevertrouwd. Het doet goed om een aantal van u hier te zien, sommige zelfs uit Rotterdam. Zolang het nog mogelijk is, zal ik me blijven inzetten voor u. In dit verband dank ik dan ook degenen die het mogelijk hebben gemaakt dat ik na deze dag nog heel even door mag gaan met poli doen. Uiteraard ben ik ook veel dank verschuldigd aan alle leden van bestuur van ziekenhuis, faculteit en universiteit voor hun vertrouwen in mij gedurende alle jaren dat ik aan deze instelling verbonden ben geweest. Ik bedank Ellen Krekels, Truus Lucassen, Anja Peeters en Nelly Nix voor hun hulp; zij hebben het mogelijk gemaakt dat Marielle en ik elke dag weer met een veilig gevoel naar ons werk konden. Verder bedank ik natuurlijk al degenen die over de jaren heen met mij en, misschien zelfs soms zonder het te beseffen, voor mij gewerkt hebben. Het zijn er teveel om hier allemaal bij naam te noemen. Een uitzondering wil ik maken voor Tiny Wouters, Bram Kroon en Roger Rennenberg noemen die de organisatie van deze dag voor hun rekening hebben genomen. Tenslotte: Marielle, Diederick en Caspar. Jullie zijn mij het aller dierbaarste en nog veel leuker dan interne geneeskunde. Bovendien zijn jullie het beste pensioenfonds dat je je maar kunt indenken. Jullie zijn mijn echte 'plus ultra'.

Dames en heren, ik begon deze rede met een vraag in het Grieks. Lang geleden waren het de Pythagoreeërs die zichzelf elke avond voor het slapen gaan deze vraag stelden. De betekenis luidt: wat heb ik fout gedaan, wat heb ik goed gedaan en wat heb ik niet gedaan dat ik wel had moeten doen? Ik beseef dat ik heel veel niet gedaan heb en dat ik ook heel veel fout gedaan heb. Ik hoop niettemin dat u mij zult beoordelen om wat ik wel gedaan heb. Mijn goede vriend Jaap Goedegebuure sloot zijn afscheidsrede af met een citaat van een beroemde Franse schrijver: *Il faut cultiver le jardin*. Ik sluit af met een citaat van een beroemde Canadese dichter: *I did my best, it wasn't much*.

Ik heb gezegd.