

100 JAAR MAAG-DARM-LEVERARTS IN NEDERLAND  
1913-2013



# 100 jaar

MAAG-DARM-LEVERARTS IN NEDERLAND  
1913-2013

Alice Juch

**Met bijdragen van:**

Gerard van Berge Henegouwen • Mark van Blankenstein • Henk Festen  
Marc van Milligen de Wit • Chris Mulder • Marco Mundt • Frits Nelis • Marc Verhagen

**In opdracht van:**



Nederlandse Vereniging voor  
Gastro-enterologie (NVGE)



Nederlandse Vereniging van  
Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL)



Nederlandse Vereniging  
voor Hepatologie (NVH)



# Honderd jaar MDL in Nederland: met een rijk verleden en een dynamisch heden wacht de MDL een mooie toekomst!

**In oktober 2013 bestaat 'ons' specialisme Maag-Darm-Leverziekten 100 jaar. Om precies te zijn: op 26 oktober 1913 vond de constituerende vergadering plaats van de Vereniging van Nederlandsche Maag-Darm-Artsen in het American Hotel in Amsterdam. Met destijds elf leden waren we uiterst bescheiden in ledental maar groots in onze ambities. Al snel werd 'stofwisselingsziekten' aan de benaming toegevoegd. Een strategische en logische stap, ook anno 2013. Immers, klinische voeding en metabole stoornissen hebben in de afgelopen decennia veel aandacht gekregen binnen het specialisme Maag-Darm-Leverziekten. Later kwam de internationale benaming 'Gastro-enterologie en Hepatologie' meer in zwang. Uiteindelijk is in 1994 gekozen voor de alomvattende term Maag-Darm-Leverziekten. Daarmee kregen hepatologen en internisten met interesse voor hepatologie een definitief thuis binnen de MDL-ziekten. Het boek dat nu voor u ligt, beschrijft deze ontwikkelingen en de groei van het vakgebied vanaf de oprichting tot het heden.**

## *NVMDL, NVGE en NVH*

Beschreven wordt hoe de NVGE al snel dé wetenschappelijk koepel voor MDL Nederland is geworden, voor MDL-artsen, internisten, chirurgen, kinderartsen, voedingskundigen, diëtisten, basale onderzoekers, verpleegkundigen en vele anderen. De halfjaarlijkse meetings in Veldhoven zijn een begrip geworden en fungeren als MDL-platform waar velen elkaar treffen om ervaringen in wetenschap, kliniek, endoscopie en praktijk te delen. De NVGE behartigde aanvankelijk behalve wetenschap ook beroepsbelangen en scholing. Met de groei van het specialisme Maag-Darm-Leverziekten, uitbreiding van de opleiding, de vlucht van de technologische ontwikkelingen op endoscopiegebied, ontwikkeling van de deelgebieden en eisen ten aanzien van kwaliteit van werken, heeft de NVMDL een enorme expansie en professionalisering doorgemaakt. Ook de NVH heeft veel tot stand gebracht: een goede samenwerking tussen kliniek en basaal leveronderzoek, levertransplantaties worden verricht in drie centra in Nederland, het onderzoek op het gebied van hepatitis en metabole leveraandoeningen is internationaal toonaangevend. Nu we gedrieën zoveel hebben bereikt, is het moment aangebroken om ons te bezinnen op de gezamenlijke toekomst. Voor de buitenwacht en collegae in de zorg en wetenschap vormen we één grote dynamische groep die patiëntenzorg, wetenschap, opleiding, nascholing, beroepsbelangen en beleid op MDL-terrein tot haar gemeenschappelijke taak mag rekenen.

De laatste decennia heeft het MDL-specialisme in Nederland een grote vlucht genomen: gedurende de laatste dertig jaar vond er elke tien jaar een verdubbeling plaats van het aantal MDL-artsen in Nederland. De goede sfeer, collegialiteit en bravoure tijdens MDL-meetings en -congressen maakt dat jonge collegae zich aangetrokken voelen tot ons specialisme. Maar: hoe gaan we verder? In elk geval dienen we de collegialiteit, *drive* en dynamiek die ons zo kenmerkte in de afgelopen decennia, te koesteren en behouden.

In wetenschappelijk opzicht behoren we internationaal tot de best presterende landen op MDL-gebied. Als Nederlanders zijn we gewend om samen te werken: met elkaar in regionaal verband, op nationaal en ook internationaal niveau.

Hoe ziet ons specialisme er over 25 jaar uit? Niemand kan de toekomst voorspellen. Zeker is dat er al in de komende jaren veel gaat veranderen in de organisatie en financiering van de zorg. Dit boek over 100 jaar MDL in Nederland laat zien dat we kunnen leren van ons rijke verleden. Niet stilzitten en afwachten maar initiatieven nemen en de schouders eronder zetten om patiënten met MDL-aandoeningen de beste zorg te kunnen blijven bieden. Op deze manier verdergaan betekent dat we de regie houden en daarmee heeft MDL Nederland de sleutel tot toekomstig succes in patiëntenzorg, wetenschap en opleiding in eigen hand.

Vele collegae, vrienden en professionals hebben bijgedragen aan het tot stand komen van dit grote en veel omvattende Nederlandse MDL-eeuwboek. Daarvoor onze hartelijke dank! De inspanningen waren enorm, de tijdsdruk was groot en uw inzet en motivatie overtrof ons aller verwachtingen.

We hopen dat we onze patiënten en al onze partners en stakeholders in de meest brede zin kunnen blijven ondersteunen met goede en hoogstaande MDL-zorg, wetenschap en collegialiteit. We spreken de wens uit voor jonge collegae een aansprekend en dynamisch specialisme te blijven: onze investeringen en successen uit het verleden zijn een stevige basis voor een gezonde MDL-toekomst.

**Ad Masclee,**  
*voorzitter NVMDL*

**Chris Mulder,**  
*voorzitter NVGE*

**Ulrich Beuers,**  
*voorzitter NVH*

# Voorwoord

## 100 jaar maag-darm-leverarts, 100 jaar wetenschappelijke en maatschappelijke MDL-verenigingen

Bijna vier jaar geleden bedachten de bestuurders van de NVMDL en NVGE dat hun oorspronkelijke Vereniging van Nederlandsche Maag-Darm-Artsen in 2013 een eeuw bestond. Een feestelijke aangelegenheid die als het ware vroeg om een 'eeuwboek'. Zij vroegen Gerard van Berge Henegouwen om die taak op zich te nemen. Een Eeuwboekcommissie werd geformeerd en men koos mij als auteur. Daarmee kozen zij tegelijkertijd voor een geschiedschrijving die niet alleen een aantal belangrijke medische ontwikkelingen in Nederland beschrijft – met speciale aandacht voor gastro-enterologie –, maar ook de invloed die maatschappelijke processen hadden (en hebben) op de vorming van 'de' MDL-arts. Dat leidde tot speciale vragen zoals 'Waar liepen de maagdarmartsen tegenaan?', 'Wat wisten en kenden zij?', 'Hoe reageerden zij op de problemen die zij tegenkwamen?'.

Een dergelijke aanpak is niet alleen interessant vanwege de cruciale invloed daarvan op de vorming van het specialisme. Op een medisch handboek met uitsluitend medische coryfeeën en highlights van wetenschappelijke ontwikkelingen zit niemand te wachten. Die kennis is er immers in overvloed en vrijwel direct oproepbaar. De opdrachtgevers – de drie hierbij betrokken vakverenigingen – geven met het aanvaarden van deze opzet blijk van hun moderne visie op het beroep van de maag-darm-leverarts, een specialisme dat na veel tegenslagen uiteindelijk de uitstraling heeft gekregen die het verdient.

Er is ook gekozen voor een publicatie die niet alleen MDL-artsen, maar ook niet-medisch onderlegde geïnteresseerden als doelgroep heeft. Om aan de verschillen in belangstellings sfeer van de lezers te kunnen voldoen, is er een basistekst waarin historische gebeurtenissen en de reacties daarop worden afgewisseld met kaders, anekdotische teksten en quotes. Illustraties verlevendigen dat nog. De drie delen geven de periodes weer die deze geschiedenis markeren. Het boek wordt afgesloten met een appendix (deel IV), waarin MDL-artsen hun visie geven op de toekomstige ontwikkelingen van hun mooie vakgebied. Wij realiseren ons terdege dat wij daarbij keuzes hebben gemaakt waarover sommigen een andere mening kunnen hebben.

Graag wil ik hier iedereen bedanken die een bijdrage hebben geleverd aan de totstandkoming van deze publicatie. Allereerst Gerard van Berge Henegouwen. Hij verdient een aparte plaats in dit geheel. Zijn betrokkenheid op letterlijk elk terrein was zeer groot, zijn ondersteuning een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van het geschrevene en de voortgang van dit toch wat ingewikkelde project. Daarnaast heeft een 'eeuwboekcommissie' zich nauwgezet een aantal jaar beziggehouden met de wording van dit boek. Vooral deel III was zonder hun waardevolle opmerkingen niet geworden wat het nu is. In eerste instantie bestond deze commissie, behalve Gerard van Berge Henegouwen, uit Mark van Blankenstein, met als extra zijn interesse in endoscopie (en dan vooral in Rotterdam natuurlijk) en Frits Nelis – die de endoscopie eveneens een warm hart toedraagt – met zijn perfecte beheersing van de taal. In een laat stadium was Henk Festen bereid de teksten te becommentariëren, welke taak hij op een plezierige manier heeft vervuld. Marc van Milligen de Wit nam de verzameling van de illustraties op zich. Dat bleek een tijdrovende bezigheid te zijn, maar het resultaat maakt veel goed. Marc Verhagen loste voortvarend en professioneel niet alleen de publicatieproblemen op, hij nam in een later stadium diverse organisatorische en andere taken op zich. Mede daardoor kan dit boek nog in 2013 verschijnen. Marco Mundt ten slotte, was een 'redder in nood' bij computerproblemen. Voor de inzet van deze MDL-artsen is niet alleen mijn dank, maar eveneens die van de 'drie verenigingen' op zijn plaats. Ook andere MDL-artsen leverden een bijdrage, die hier echter niet genoemd kunnen worden. Hun waardevolle opmerkingen zijn verspreid over de teksten terug te vinden in de bronverwijzingen. Ten slotte dank ik nog Annelieke voor haar ondersteuning, mooie verhalen en aanmoedigingen. Allemaal hebben wij met enthousiasme deze taken op ons genomen en kijken wij terug op een alleszins plezierige samenwerking die leidde tot het hier voor ons liggende resultaat.

Alice Juch

*Velp, juli 2013*

# Inhoudsopgave

<b>Deel I</b>	<b>1913-1941 - Een onzekere toekomst</b>	<b>17</b>
<b>1</b>	<b>Stand van zaken rond 1900</b>	<b>19</b>
	Medische kennis, prelude tot het specialisme maagziekten	19
	Wetenschapsoptimisme	19
	'De flora van de maag is rijk genoeg'	20
	Enorme kennis	20
<b>2</b>	<b>Maatschappelijke ontwikkelingen</b>	<b>21</b>
	<b>Specialisatie, specialismen en maagdarmziekten</b>	<b>21</b>
	Erkenning van specialismen 21 - 'Het mooiste onderdeel der geneeskunde ...' 22 - Maagdarmziekten een specialisme? 23 - De poliklinieken van de allereerste maagdarmspecialisten 24	
	<b>Bundeling van krachten</b>	<b>24</b>
	Urgentie van de oprichting van een vereniging van maagdarmartsen in wetenschappelijke zin 24 - Erkenning van het specialisme verwoord in medische termen (1932) 26	
	<b>Urgentie van de oprichting van een vereniging van maagdarmartsen in financiële termen</b>	<b>26</b>
	'Er waart een spook rond': ziekenfondswetgeving 26 - Plaatselijke Maatschappij-afdelingszieken- fondsen, specialistenverenigingen 27 - Maagdarmartsen verenigen zich; het trio Schrijver, De Groot en Schalij 28 - De Vereniging 29 - Tariefbesprekingen maagdarmartsen, vóór 1941 29 - Erkenning als specialisme, verwoord in financiële termen (1941) 30	
	<b>Tegenkrachten vanuit de maatschappij - Vrijgevestigde maagdarmartsen</b>	<b>31</b>
	De praktijk van alledag 31 - Onderzoek 32 - Ontoegankelijke ziekenhuizen blijven ontoegankelijk 32 - Ontoereikende financiering 33	
	<b>Onzekere positie maagdarmarts</b>	<b>34</b>
	'Samenwerking' met chirurg en huisarts 34 - Percentage afgestudeerde maagdarmartsen 36	
<b>3</b>	<b>Opleiding en de perikelen rond de erkenning van het specialisme</b>	<b>37</b>
	Opleiding specialisten, studiereizen	37
	Opleiding maagdarmarts	37
	Ga rustig slapen: vertrouwen op eer en fatsoen, marktwerking en concurrentie	38
	Maatregelen tegen misbruik van de 'titel' specialist!	39
	Rol van de wetenschappelijke verenigingen	40
	Erkenning als specialisme in medische termen (1932); specialistenregistratie	41
<b>4</b>	<b>Medische ontwikkelingen</b>	<b>42</b>
	<b>Oorzaak van zweren in maag en duodenum</b>	<b>42</b>
	Predispositie, psychische oorzaak? 42 - 'Kwasi wetenschappelijk!' 42 - 'Oude opvattingen in een moderne lijst' 43 - Medische oorzaak? 43 - Bacteriële oorzaak? 43 - Zuurgehalte en maagzweer in 1895 en 1955 44	
	<b>Diagnostiek maagzweer, hevelen en spoelen</b>	<b>44</b>
	'Onze kennis' 44 - Verwachte 'zekerheden' 45 - 'Een juiste diagnose [is] van het allergrootste belang' 45 - Sonde en maagspoeling 45 - <i>Fractional test</i> 46 - Wandelende maag-darmsonde van Scheltema 47 - Draadproef van Einhorn en de herrijzenis als veterproef in de jaren zestig 47	
	<b>Andere diagnostische methoden: spectroscopie, gastroscopie en röntgen</b>	<b>48</b>
	Spectroscopie en verborgen bloed 48 - Spectroscopie volgens Snapper 48 - Gastroscopie, voorgeschiedenis 49 - 'De nog groote moeilijkheden aan een gastroscopie verbonden' 50 - Röntgendiagnostiek, 'Photographie door ondoorzichtige lichamen!' 51 - Gebrekkige kennis 51 -	



Grillige schaduwen en talloze vormen van de maag	51 – Conclusie diagnostische verworvenheden	52
<b>Interne behandeling maagzweer</b>		<b>54</b>
Dieet en rust, en wat eraan voorafging	54 – ‘Water blijft altoos water’	54 – ‘Zonder zuur, geen zweer’
	55 – Diëten, koolhydraatloos, eieren, puree-diëten, hongerkuren	55 – Succes van het Sippydieet
	56 – Het meest lastige, meest kwellende symptoom: pijn	58 – Doorbraak in de behandeling van maagpatiënten: de jejunostomie
	58	
<b>Chirurgische behandeling maagzweer</b>		<b>58</b>
Maag- en sluitspierresectie en aansluiting in twaalfvingerige darm of jejunum	58 –	
Diverse chirurgische methoden	60 – Twijfel tussen gastro-enterostomie en resectie	61 –
In Nederland geen ulcus pepticum door operatie?	62 – Beoordeling chirurgische behandeling door artsen	62 – Wat vonden patiënten ervan?
	63	
<b>Röntgenbehandeling van maagzweer en maagkanker</b>		<b>63</b>
‘Afwijzend standpunt’	63	
<b>Fundamenten van het maagspecialisme volgens Schrijver, Foyer, De Groot, Steensma en Schalijs</b>		<b>64</b>
‘Het is alleen de ervaring die bij dit alles den doorslag geeft’	64 – Er is slechts één indicatie voor sonde, hevelen en spoelen	65
	65	
<b>Povere resultaten zweerbehandeling</b>		<b>65</b>
Lovende berichten	65 – Wat is genezen?	66 – Tegenvallende cijfers
	66 – Sociaal gezien een uiterst dure kwaal	67
	67	
<b>5 Balans van de kennis</b>		<b>68</b>
Overtuiging én onzekerheid		68
Nieuwe kennis		68
‘Nog steeds blijft het zoeken’		69
<b>6 Sluimerende belangrijke en baanbrekende ontdekkingen</b>		<b>70</b>
Parenterale behandeling bij maagzweer		70
Parenterale behandeling, vaccinothérapie		70
Therapeutische doorbraken: insuline, sulfapreparaten		71
Prontosil	72	
Geneesmiddel voor maagzweer?		72
‘Wondermiddelen’, de ‘publieke opinie’ en de ‘Pers’		72
<b>7 Maagkanker en maagzweer</b>		<b>74</b>
Vroege diagnose maagkanker		74
Veroorzaakt zweer kanker?		74
Kanker of zweer, een moeilijke diagnose		74
‘Wij, maagdarmartsen’ nemen stelling		75
Schalijs’ berekeningen		75
Voorkómen van gastritis, <i>believers</i> en <i>nonbelievers</i>		75
<b>Intermezzo I 1913 – 2013</b>		
<b>8 Diabetes, onderdeel van de maagdarmpraktijk, 1913-1960</b>		<b>77</b>
‘Suikerziekte’		77
Het ontstaan van diabetes – lange tijd een vraag		78
<i>Inborn error</i> , erfelijkheid?	78	
Primeurs in de behandeling		78
Huisarts en internist nemen de behandeling over		78
‘Volksziekte’ en sterftcijfers		78
Is diabetes in de toekomst te genezen?		80

<b>9 Colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn</b>	<b>81</b>
<b>Inleiding</b>	<b>81</b>
Ontstekingen vormen ‘een cascade van actieve stoffen’ 81 – Colitis ulcerosa is géén dysenterie-colitis 81	
<b>Oorzaak colitis ulcerosa</b>	<b>83</b>
Alle mogelijke ernstige infecties én een geneesmiddel? 83 – Enzymen? Koemelkintolerantie! 84 – ‘Persoonlijkheidsstructuur en emotionele conflictsituatie’, dé oorzaak 84 – Maagdarmartsen en hun zoektocht naar de oorzaak 85 – Auto-immuunziekte? 85 – Stapjes op weg naar meer begrip 85	
<b>Onderzoek</b>	<b>86</b>
Stand van zaken in Nederland, maagdarmspecialisten 86	
<b>Diagnostiek colitis ulcerosa</b>	<b>87</b>
Revolutie in beeldvormende diagnostiek 88	
<b>Toenemende aandacht voor Crohn</b>	<b>89</b>
<b>Colitis en kanker?</b>	<b>90</b>
<b>10 Therapieën colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn</b>	<b>92</b>
<b>De eerste therapieën, een kwestie van uitproberen</b>	<b>92</b>
Dieettherapie 92 – Chirurgische therapieën 93 – Werkende niet-werkende geneesmiddelen 93	
<b>Prelude tot moderne medicatie, van steroïden tot biologicals</b>	<b>94</b>
Sulfapreparaten: een ‘verbluffende werking’ 94 – Explosie van nieuwe wondermiddelen: antibiotica, hormoonpreparaten (ACTH) en (cortico)steroïden 95 – Problemen met ACTH en steroïden en twijfel over hun werkzaamheid 96 – Tegenslagen en vragen 96 – ‘Hernieuwde’ hoop met salazopyrine 97	
<b>Baanbrekende ontwikkelingen: het ene wondermiddel na het andere</b>	<b>98</b>
Jaren tachtig, traditionele behandeling met accentverschuivingen 98 – Azathioprine en het werkzame bestanddeel 98 – Cyclosporine, het uiterste redmiddel? 99	
<b>Biologicals</b>	<b>100</b>
Zonniger toekomst door de ontdekking van TNF- $\alpha$ ? 100 – TNF- $\alpha$ -blokkers: de geboorte van biologicals 100 – We zijn er nog steeds niet uit 101	
<b>Deel II 1941-1973 - Betwist specialisme</b>	<b>103</b>
<b>11 Oorlog en bezetting</b>	<b>105</b>
‘Somberste jaar ooit’	<b>105</b>
Vereniging van maagdarmartsen	<b>105</b>
Maagdarmartsen dr. E.H.B. van Lier en dr. A. Lichtenstein	<b>105</b>
Maagzweren in oorlogstijd: voeding of ‘bacterieel factor’?	<b>106</b>
<b>12 Opleiding</b>	<b>107</b>
<b>Interne kwestie of meer toezicht door overheid?</b>	<b>107</b>
Kritische vragen 107 – Theorie en ‘werkelijkheid’ 108 – ‘Zoveel wetenschappelijke, praktische, economische en ethische kanten’ 109	
<b>Het Centraal College en het specialisme gastro-enterologie</b>	<b>110</b>
Zwaard van Damocles 110	
<b>Wetenschappelijke of ‘domein’belangen?</b>	<b>111</b>
Nutteloze besprekingen over bestaansrecht gastro-enterologie 111 – Het College wil een ‘gedachtenwisseling’ 111 – Het College verwacht van uw kant nieuwe voorstellen 112	
<b>Moeder- en deelspecialismen</b>	<b>112</b>
Gevolgen voor de kwaliteit van de internistenopleiding? 112 – Specialist met aantekening, ‘een machtig hulpmiddel’? 113 – ‘Het vaak onjuiste predicaat’ 114 – Stofwisselingsziekten, met name diabetes 114	

<b>Bestaansrecht gastro-enterologie</b>	<b>115</b>
Is gastro-enterologie nu wel of niet een specialisme? 115 – Twee soorten maagdarmartsen 115	
<b>13 Diagnostiek van maag en dunne darm</b>	<b>117</b>
<b>Prelude tot de ‘wereld-van-de-scoop’</b>	<b>117</b>
Gastroscoopie vóór de komst van de moderne fiberscopen 117 – Voor het eerst op foto vastgelegd 117 – Van zwart-wit naar kleur 118 – Eind jaren zestig de eerste goede fiberscoop 119 – Gastroscoopie in Leiden 121 – Zonder fiberscoop geen maag-darm-leverartsen? 121	
<b>Baanbrekende ontwikkelingen, dunne-darmbiopsie</b>	<b>121</b>
Omslagpunt in de dunne-darmbiopsie 121 – Maagdarmartsen en dunne-darmbiopsie 122	
<b>14 Diagnostiek van de lever</b>	<b>124</b>
<b>Voorgeschiedenis leverbiopsie</b>	<b>124</b>
1895: twee incisies 124 – Aspiratiebiopsie, trocar (troicar, troicart) 125 – Menghini en zijn één-secondenaald 126 – Leverpuncties in Nederland 126 – En ten slotte de trucut 126	
<b>Leverbiopsie achterhaald?</b>	<b>127</b>
<b>Oorsprong van de hepatologie in Nederland</b>	<b>128</b>
Schalm, een ware leerling van Hijmans van den Bergh 128 – Schalm, geneesheer-directeur in Arnhem 128 – Gemeente Ziekenhuis Arnhem: kenniscentrum Hepatologie 129 – Combinatie van klinisch werk en basaal klinisch wetenschappelijk onderzoek 130	
<b>Levertransplantatie</b>	<b>131</b>
Subsidie voor het onderzoek naar de problemen bij levertransplantaties 131 – Solko Schalm 132	
<b>15 Kennis en wetenschap</b>	<b>133</b>
<b>Wetenschappelijke belangstelling van de maagdarmartsen</b>	<b>133</b>
Maagzweren en balans van de kennis 133 – Relatie met maagkanker, ‘pathologisch-anatomische moeilijkheden’ 133	
<b>Veel andere wetenschappelijke vragen op het gebied van maagdarmleverziekten</b>	<b>134</b>
Galstenen, diarree, colonkanker 134 – Slokdarm 134	
<b>Leverziekten</b>	<b>134</b>
Epidemische hepatitis 134 – Maagdarmartsen en de lever 134	
<b>Epiloog: ontplooiing en ontwikkeling van de gastro-enterologie</b>	<b>135</b>
Dr. J.H.M. van Tongeren 135 – Prof. dr. G.N.J. Tytgat 137	
<b>16 Maatschappelijke reacties op het ontstaan van het specialisme, 1945-1973</b>	<b>138</b>
<b>Diep dal</b>	<b>138</b>
‘Ongelooflijk de pest aan [...] internisten’ 138 – Opgaen in de vereniging van de internisten (NIV)? 139 – ‘Een buitengewoon moeilijk probleem’ én ‘een opgewekt wetenschappelijk leven’? 139 – Langdradige conferenties in Leiden 140 – Haex, een omstreden figuur 140 – Dalende interesse voor gastro-enterologie 141 – Gastro-enterologen in <i>disguise</i> 141 – Imago maagdarmartsen 142	
<b>Professionalisering van de beroepsbelangenvereniging</b>	<b>143</b>
Onbeperkte expansie 143 – Toenemende werkzaamheden 143 – Nu de leden nog 144 – Tijdrovende besprekingen over beroepsbelangen 144 – Tariefbesprekingen 145 – Partijen in de ziektekostenverzekeringen 145 – Belang van ziekenfondssinkomen 146 – Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars 147	
<b>Leden van de vereniging</b>	<b>147</b>

## Intermezzo II 1913 – 2013

<b>17 Coeliakie</b>	<b>149</b>
Voorgeschiedenis: 'Het beste resultaat met Hollandse mosselen'	150
De 'Utrechtse School'	150
Het Juliana Kinderziekenhuis in 's-Gravenhage	151
'Lijdensweg werd zegetocht' 151 – Dicke's zoektocht naar de bron 151	
Terug naar Utrecht	154
Gestoorde vet- en koolhydraatabsorptie of gestoorde eiwitvertering? 154 – Sceptici 155	
De Vereniging van maagdarmartsen en de Dicke-medaille	155
Gastro-enterologie en coeliakie, onder-diagnose?	156
Verbeterde diagnostiek	156
Glutenvrij leven	156
Verdieping van de kennis	157
<b>Deel III 1973-2013 - De weg naar erkenning</b>	<b>159</b>
<b>18 Oplossing: de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie</b>	<b>161</b>
Oprichting en leden	161
Bestuurders	162
NVGE in cijfers	163
Statutenwijziging van 1988	163
Startproblemen	163
Fundamenten van de NVGE	164
1 Wetenschappelijke vergaderingen 164 – 2 Secties en werkgroepen 165 – 3 Congressen en organisaties 165	
Professionalisering van de NVGE	169
Secretariaatsbureau Marie José van Gijtenbeek 170	
<b>19 Herstructurering intramurale zorg, kostenbeheersing en marktwerking</b>	<b>171</b>
Regulering	171
Kostenbeheersing 171 – Verhullend taalgebruik 172 – Specialistenstop, een 'nationale schande' 172 – Herinvoering 'specialistenpot' 173	
Marktwerking	173
Producttypering + concurrentie + efficiency = marktwerking? 173 – Ook verzekeraars bundelen hun krachten 175	
<b>20 Maagdarmartsen in een veranderende maatschappij</b>	<b>176</b>
Commissie beroepsbelangen van de maagdarmartsen	176
'Het unheimische gevoel' 176 – Uitdijende beroepsbelangen maagdarmartsen 176 – Enerverende en emotionele jaren 176	
De oprichting van de Orde van Medisch Specialisten	177
Tarieven, honorarium 178	
Een teleurgestelde commissie	178
'Ingrijpende beslissingen' 179 – 'Dit indrukwekkend grote project': vaststelling van de DBC's 179	
Professionalisering van het Nederlands Genootschap van artsen voor Maag-Darm-Leverziekten	180
Toenemende werkzaamheden 180 – Het secretariaat 181 – Ook de leden 'professionaliseren' 182 – Naamswijziging en de NVMDL als kenniscentrum 182	
Capaciteit: gestage groei ondanks tegenwerking	182
De honderdste maag-darm-leverarts: een symposium waard 183 – Nijpend tekort aan maagdarm-leverartsen 184 – Vacature nood: ook ziekenfondsen werken tegen 184 – Spectaculaire groei 185	

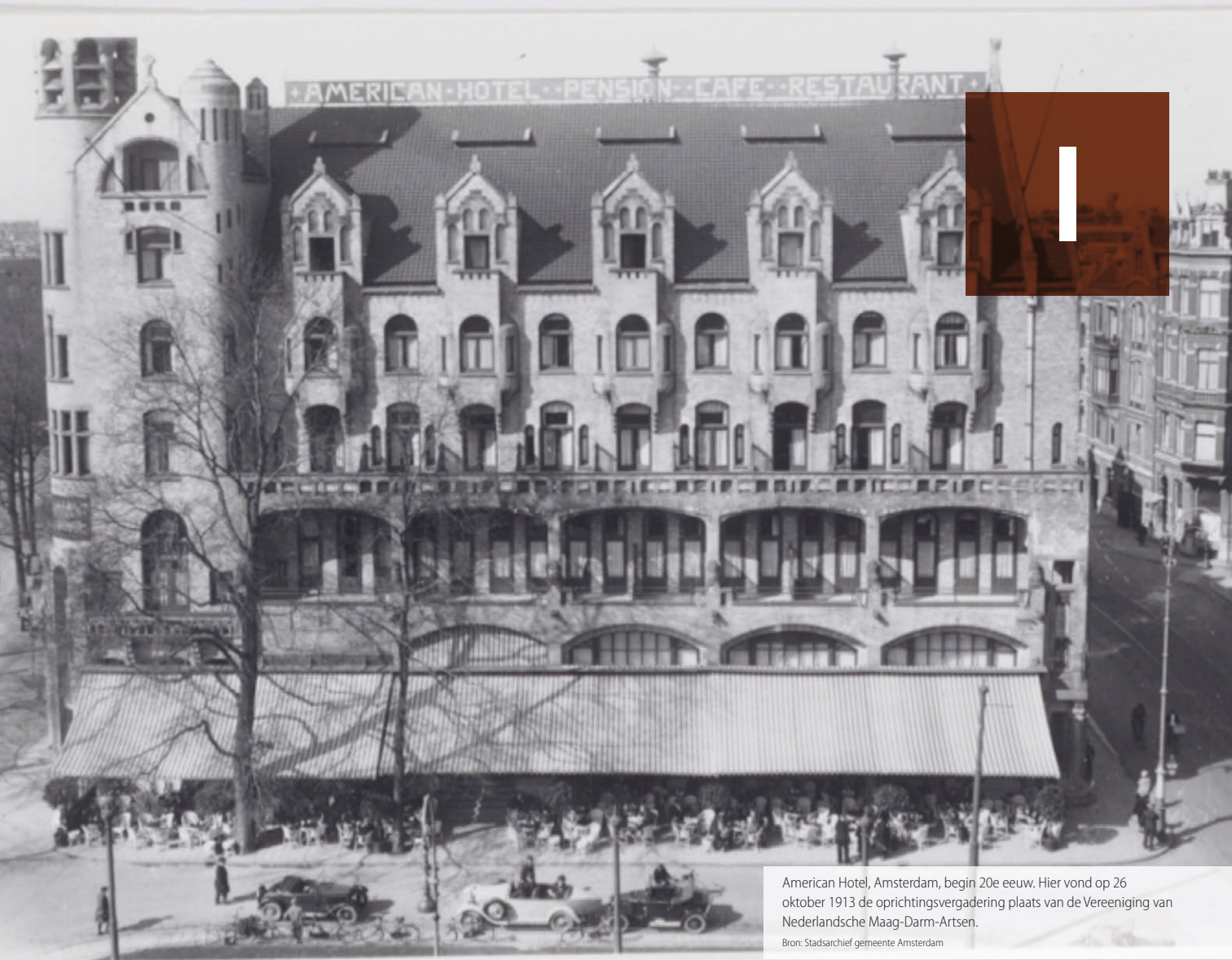
<b>21 Tegenkrachten</b>	<b>186</b>
<b>Tegenkracht: de overheid</b>	<b>186</b>
Meegezogen in een neergaande spiraal 186 – Eind jaren tachtig: maagdarmlieverziekten een overbodig specialisme! 186 – Aantal toegestane maagdarmsartsen? Nul! 186 – Gastro-enteroloog in <i>disguise</i> blijkt <i>blessing in disguise</i> 187 – Waarom telkens weer die tegenwerking? 187	
<b>Nog een tegenkracht: de internist</b>	<b>188</b>
Eén-op-één-regeling 188 – Wetenschappelijke argumenten voor een zelfstandig specialisme 189 – Overleg koepelverenigingen 192	
<b>22 Naamsbekendheid en verbetering van imago</b>	<b>195</b>
<b>Nederlandse maagdarmsartsen: van commissie via genootschap naar vereniging</b>	<b>195</b>
Het Genootschap en de NVGE 195	
<b>Van gastro-enteroloog naar maag-darm-leverarts</b>	<b>196</b>
Houding van CCMS en Centraal College 197	
<b>Terug naar de roots: vereniging</b>	<b>197</b>
Onduidelijke situatie: NVMDL en NVGE + NVH 198	
<b>23 Toetsing kwaliteit van specialisten en hun ziekenhuis</b>	<b>199</b>
<b>Toetsing functioneren van specialist</b>	<b>199</b>
Eerste Nota's Kwaliteitsbeleid 199 – Wat heet kwaliteit? 199 – Wetgeving 200 – Externe of intercollegiale toetsing? 200 – Centraal Begeleidingsorgaan (CBO) 200	
<b>Toetsing kwaliteit van ziekenhuizen</b>	<b>201</b>
Visitatie opleidingsziekenhuizen 201 – Visitatie perifere ziekenhuizen 201 – Modernisering visitatie (2006) en verdergaande verantwoordelijkheid 202	
<b>'Zichtbaar presteren'</b>	<b>202</b>
<b>Protocollen en richtlijnen</b>	<b>202</b>
Een Commissie Protocollen? 'Als de tijd daar is' 203 – Kwaliteitscommissie, 'het nut van monnikenwerk' 204 – Nederlandse protocollen of Britse en Amerikaanse? 204 – 'Zeer grote vorderingen', maar lang niet bij iedereen bekend 204	
<b>Kwaliteit: het centrale thema van de maag-darm-leverartsen</b>	<b>204</b>
In 2006 'Kwaliteit-nieuwe-stijl: kort, krachtig, meetbaar, transparant' 205	
<b>Wat heet kwaliteit? – Conclusie</b>	<b>205</b>
<b>Recente ontwikkelingen: 'levende richtlijnen' voor versnelling, verbreding en vernieuwing</b>	<b>206</b>
<b>24 Opleiding</b>	<b>208</b>
<b>Vier-, vijf-, zes- of negenjarige opleiding?</b>	<b>208</b>
Centraal College? 'Sukkels' 208 – Opleidingsduur: vier, vijf of zes jaar? 208 – Onverwachte uitkomst 209 – Een negenjarige opleiding? 209	
<b>Herstructurering opleiding: HOM-rapport</b>	<b>210</b>
Doorbraken 2006: ook in de opleiding 210 – <i>Teaching on the run</i> - HOM in het kort 211	
<b>Na 2008</b>	<b>211</b>
'Verbeterpunten' 211 – <i>Teaching the teacher</i> 212	
<b>Opleidingsziekenhuizen</b>	<b>213</b>
<b>Europa: van grote invloed</b>	<b>214</b>
<b>25 De lever, de NVH en de 'L' in MDL</b>	<b>215</b>
<b>De lever</b>	<b>215</b>
Leverpatiënt: naar een maagdarmsarts of een internist? 215 – Nederlands eerste levercongres 215 – Een leverclub? 216 – Hepatologie als een zelfstandige vereniging? 216	

<b>De NVH</b>	<b>217</b>
Focus op eigen onderzoek 218 – Verwarring alom 218 – Interactie basale en klinische hepatologen 218 – Andere activiteiten van de NVH 219 – Het gaat goed met de NVH en haar Nieuwsbrief 220	
<b>Maag-darm-leverartsen en hun ‘I’</b>	<b>221</b>
Bij wie hoort de ‘I’ nu eigenlijk? 221 – Maag-darm-leverarts 222	
<b>26 Patiëntenverenigingen</b>	<b>223</b>
<b>Omslag in het denken over patiënten: patiëntenverenigingen</b>	<b>223</b>
<b>Nederlandse Lever Stichting</b>	<b>223</b>
<b>Nederlandse Leverpatiënten Vereniging</b>	<b>224</b>
<b>Nederlandse Lever Stichting → Nederlandse Lever Darm Stichting</b>	<b>224</b>
<b>Nederlandse Lever Darm Stichting → Nederlandse Maag Lever Darm Stichting</b>	<b>225</b>
<b>27 Steeds verder verfijnd endoscopisch onderzoek en therapeutische mogelijkheden</b>	<b>226</b>
<b>Instrumenten als diagnostische hulpmiddelen</b>	<b>226</b>
<b>Therapeutische endoscopie: oraal</b>	<b>226</b>
Bloedingen en tumoren in oesofagus 226 – Bloedingen in maag en duodenum 227 – Zenker’s divertikel, ‘een brok in de keel’ 228 – ERCP, een diagnostische sensatie 229	
<b>Therapeutische endoscopie: anorectaal</b>	<b>230</b>
Coloscopie: van 30 via 185 naar 130 cm 230	
<b>Progressie in beeldtechnieken</b>	<b>231</b>
Video-endoscopie 231 – Revolutie in resolutie: HD-endoscopie en meer 231 – Videocapsule-endoscopie voor dunne-darmonderzoek 232 – Dubbel-ballonendoscopie 233	
<b>28 Gastro-intestinale oncologie</b>	<b>235</b>
<b>Toenemende betrokkenheid maag-darm-leverartsen</b>	<b>235</b>
Maag-darm-leverarts en oncologie: van reservebank tot spelverdeler? (2003) 235	
<b>Slokdarmkanker</b>	<b>236</b>
<b>Pancreascarcinoom, ‘Van diagnose tot palliatie’</b>	<b>237</b>
<b>Erfelijke dikke-darmkanker, een volgende verraderlijke ziekte</b>	<b>237</b>
Diagnostische criteria 239 – Verdieping kennis 239 – Ander belangrijk Nederlands onderzoek 239	
<b>Bevolkingsonderzoek darmkanker</b>	<b>240</b>
Rotterdamse actie 240 – Rapporten van de Gezondheidsraad en andere acties 240 – ‘Er ligt een grote verantwoordelijkheid op onze schouders’ 241	
<b>29 Laparoscopische chirurgie van galblaas, colon en slokdarm</b>	<b>243</b>
<b>Laparoscopische cholecystectomie</b>	<b>243</b>
‘A remarkable simple, safe and quick method’ 243 – Enquête-repons van honderd procent! 244 – Pro’s en contra’s 244	
<b>Laparoscopische colonoperaties</b>	<b>245</b>
De Da Vinci-robot: ‘Exnovatie?’ 247	
<b>Thoraco- en laparoscopische operaties van de oesofagus</b>	<b>247</b>
<b>30 Levertransplantaties</b>	<b>248</b>
<b>Hoopgevend?</b>	<b>248</b>
<b>Belangrijke oorzaak van de teleurstellende resultaten</b>	<b>248</b>
Alleen chirurgie? Niet in Groningen! 248	
<b>Toenemende vraag naar levertransplantatiecentra: overheid aarzelt</b>	<b>250</b>
<b>Levertransplantatie, twee methoden</b>	<b>251</b>
Exit auxilliair? 252 – Splitsing Rotterdam - Leiden: orthotoop - auxiliair 252	
<b>Tekort aan donoren</b>	<b>253</b>

‘Chirurgen blij met resultaat, niet met operatie’ – dilemma’s en complicaties	253
Nederland vaart eigen koers	253
MELD-score, een essentiële verbetering	255
Indicaties, complicaties	256
<b>31 Virale hepatitis</b>	<b>257</b>
Hepatitis B	257
Hepatitis A	258
Kennisverrijking door epidemiologisch onderzoek	258
Onderzoek naar hepatitis B (Australië-antigeen)	259
Nobelprijs 1976	259
Klinisch onderzoek	260
Onwetende patiënt	260
Meer onderzoek nodig, naar Non A, Non B, oftewel hepatitis C	261
Therapieën	262
Bedrust	262
Of prednison?	262
Interferon	263
Teleurstellingen	263
Behandelcentra	263
Toenemende rol maag-darm-leverartsen	263
Onwetendheid, een hardnekkig probleem	264
<b>32 Galvorming en cholestase</b>	<b>266</b>
Geschiedenis	266
Van pure osmose naar actief transport	266
Galvorming	266
Jaren negentig: gal levert transporters	266
Cholestase (galstuwing)	267
Erfelijke cholestase	267
Niet-aangeboren cholestase bij auto-immune leverziekten: PBC en PSC	268
<b>33 Van spastisch colon tot prikkelbare-darmsyndroom</b>	<b>269</b>
Een niet te definiëren syndroom	269
Criteria voor spastisch colon	269
Oorzaken prikkelbare-darmsyndroom	270
Therapieën	271
Meer begrip van artsen	271
Van pillen tot hypnotherapie	271
Het belang van vezels	272
<b>34 Zuur-gerelateerde aandoeningen</b>	<b>273</b>
Maag- en duodenumzweren	273
Voorgeschiedenis histamine en maagzuurproductie	273
Geneesmiddelen ulcus pepticum	273
Oorzaak ulcus pepticum	275
Diagnostiek	277
Reflux-oesofagitis en Barrett	277
<b>35 Maag-darm-leverartsen in het jaar 2013</b>	<b>279</b>
Maatschappelijke verantwoording	279
Medische stand van zaken	279
En de maag-darm-leverarts? Diagnosedeskundige wordt supertherapeut	280

<b>Deel IV</b>	<b>2013 en verder... - Toekomst met perspectief</b>	<b>283</b>
<b>36</b>	<b>Blik gericht op de toekomst: visie missie, ambities en dromen</b>	<b>285</b>
	<b>Ontwikkeling zichtbaar in titels van beleidsplannen</b>	<b>285</b>
	‘Excelleren in de breedte’	285
	<b>Strategie en pijlers</b>	<b>285</b>
	Patiënt centraal 285 – Kwaliteit 286 – Profilering 286 – Een overkoepelende organisatie op maagdarmlievergebied 287 – Opleiding 287	
	<b>Maatschappelijke trends</b>	<b>287</b>
	Toenemend belang van preventie 287 – Taakherschikking 287 – Zorg in levensfasen: vergrijzing 288 – Profilering van het specialisme 288 – Centralisatie en specialisatie 288	
	<b>Transparantie</b>	<b>288</b>
	Samenwerken	289
	<b>Deelgebieden van het specialisme</b>	<b>289</b>
	Hepatology 289 – Oncologie 289 – Voeding 289 – Neurogastro-enterologie 290 – Endoscopie 290	
	<b>Opleiding maag-darm-leverarts</b>	<b>290</b>
	<b>Capaciteit</b>	<b>291</b>
	<b>Bevolkingsonderzoek naar darmkanker</b>	<b>292</b>
	<b>Missie</b>	<b>292</b>
	Dromen komen uit!	292
<b>37</b>	<b>Wat vindt de maag-darm-leverarts anno 2013 van zijn/haar beroep?</b>	<b>293</b>
	Maag-darm-leverartsen (i.o.) zelf aan het woord	
	<i>Over het heden: Wat maakt het vak van MDL-arts nu zo interessant?</i>	<b>293</b>
	<i>Wat doen MDL-artsen het liefst? Wat zijn de krenten in de pap?</i>	<b>294</b>
	<i>Welke ontwikkelingen verwacht je de komende 10 jaar? Wat zullen hot items worden?</i>	<b>295</b>
	<i>Opleiding: Hoe moet de opleiding MDL-arts er uit gaan zien?</i>	<b>295</b>
	<i>Wat zal de rol zijn van de MDL-arts binnen de digestieve oncologie?</i>	<b>297</b>
	<i>Wat maakt dat je over 10 jaar jouw werk als MDL-arts nog leuk zult vinden?</i>	<b>298</b>
	<b>Eindnoten</b>	<b>301</b>
	<b>Personenregister</b>	<b>316</b>
	<b>Sponsors</b>	<b>325</b>
	<b>Colofon</b>	<b>336</b>





American Hotel, Amsterdam, begin 20e eeuw. Hier vond op 26 oktober 1913 de oprichtingsvergadering plaats van de Vereeniging van Nederlandsche Maag-Darm-Artsen.

Bron: Stadsarchief gemeente Amsterdam

## Deel I - Een onzekere toekomst 1913-1941

*In de periode 1913-1941 vestigden zich de eerste maagdarmspecialisten. Hen wachtte een alleszins memorabele toekomst. Gedurende lange tijd leek die toekomst er zelfs helemaal niet te zijn. Bijna een eeuw lang hadden zij het niet gemakkelijk. Hun specialisme besloeg een groot gebied en dat riep tegenwerking op van huisarts en later internist. Om dit te begrijpen biedt alleen een medische invalshoek geen voldoende verklaring.*

*Als bron van menselijke ellende, van lichaaamelijk lijden en psychische depressie staan de maagziekten in de rij der kwalen die het leven kunnen verbitteren.*

(Pel, *Ziekten van de Maag*, Amsterdam, 1899, p. 14)

*Medisch gezien boden de maagdarmartsen van begin af aan wel degelijk een meerwaarde in kennis en ervaring. De vorming van hun specialisme begon zelfs als reactie op de gebrekkige algemene medische opleiding. Een verklaring van het hoe en waarom van deze geschiedenis moet vooral ook worden bekeken vanuit de maatschappelijke context. Kort samengevat betekende het specialisme voor zowel huisarts als later internist, een aanslag op zijn (veronderstelde) gebrek aan kennis en op zijn portemonnee. De landelijke artsenorganisatie was een andere storende factor in deze historie. Met onder meer haar stringente 'anti-ziekenfondsen'- en laissez-faire-opleidingsbeleid, zorgde zij niet alleen voor veel onrust, het was ook een aanslag op haar blazoen. Daadwerkelijke ondersteuning van het specialisme was van die kant evenmin te verwachten.*

*In deze periode leek het medisch gezien vooral te gaan over 'de maag' en in het bijzonder de zweren daarin. Diagnostiek en behandeling daarvan vormden de kern van het dagelijks handelen. Beide onderdelen van de praktijkvoering waren dan ook behoorlijk tijdrovend. Dat zou lang zo blijven, en de ene teleurstelling volgde de andere op.*

*Medicamenteuze behandeling voor maagdarm(lever)ziekten speelde eveneens gedurende lange tijd een geringe rol. De zoektocht naar geneesmiddelen liep in deze periode ten dele dezelfde weg, op één uitzondering na. De productie van insuline, die in de jaren twintig mogelijk werd, was met recht een doorbraak; voor zowel de diabetespatiënt als de maagdarmarts die tevens stofwisselingspatiënten behandelde. Het bleek een boeiend en complex vakgebied, waarbij nog veel duister was. Dat vroeg als het ware om specialisatie, maar die werd in medische kringen maar heel moeizaam geaccepteerd.*

## Medische kennis, prelude tot het specialisme maagziekten

Een groot deel van de negentiende eeuw wist een dokter niet wat zich in het lichaam van de patiënt afspeelde. Zijn kennis was gebaseerd op de klassieke leer van meer dan tweeduizend jaar oud. Hij beperkte zich tot wat zijn zintuigen waarnamen en zijn diagnose beschreef de uiterlijke verschijnselen als ziekten, bijvoorbeeld koortsziekte of builenziekte. Op basis daarvan schreef hij medicijnen voor en adviseerde hij de zieke over leefwijze en dieet. Over de oorzaak van de ziekte in de moderne betekenis was niets bekend, een natuurwetenschappelijke basis ontbrak.



Jan Mikulicz-Radecki (circa 1878). | Bron: Wikipedia

Er waren echter belangrijke aanwijzingen dat die kennis niet meer voldeed. Dit begon al in 1761, toen L. Aurenbrugger (Wenen) de percussie introduceerde als middel om ziekten te kunnen lokaliseren. Deze methode kreeg in het begin van de negentiende eeuw meer bekendheid.<sup>1</sup> Clinici in Parijs begonnen met stelselmatig fysisch en scheikundig onderzoek, gecombineerd met grootschalige autopsies om hun kennis te verifiëren. De stethoscoop van R. Laennec (1819) was een van de eerste diagnostische instrumenten. Vanaf 1847 ging men deze ook in Nederland gebruiken. Het werd zo ongeveer het 'visitekaartje' van de dokter.

Na 1850 begon de 'eeuw van de scopen', instrumenten die voorheen onbekend terrein zichtbaar maakten, zoals de oogspiegel (1851), de oesofagoscoop (1867) en de gastroscoop van A. Mikulicz Radecki voor maag-slok darm én darm (1881).<sup>2</sup> A. Kussmaul had toen al de weg vrijgemaakt voor maagonderzoek met een sonde (1867). Prof. dr. W. von Leube, die de komende jaren veel van zich zou laten horen, gebruikte de sonde in eerste instantie om de mate van uitzetting van de maag te kunnen beoordelen.<sup>3</sup>

De decennia die hier direct op volgden, stonden in het teken van ongekend grote veranderingen op natuurwetenschappelijk gebied. Het was een ware kennisexplosie die veel beloofde voor de toekomst, met daaruit voortvloeiend een groot vertrouwen in die wetenschap.

## Wetenschapspositivisme

Voorafgegaan door de toepassing van stoom als krachtbron en de aanleg van spoorwegen, verving elektrisch licht de kaars. Fotografie, telefoon, auto's en nog veel meer nuttige zaken volgden. De medische kennis profiteerde sterk van deze ontwikkelingen. Behalve bovengenoemde diagnostische hulpmiddelen bracht bacteriologisch onderzoek de kennis van infectieziekten verder. Rond 1900 was er een aantal ziekteverwekkers bekend en wist men veel meer over wat er zich in het lichaam afspeelde. Er waren nu ook levensreddende heelkundige therapieën. Deze spraken al helemaal tot de verbeelding.

In de laatste decennia van de negentiende eeuw ontstonden daardoor ook de eerste medische specialismen. Niet alleen door de toegenomen kennis, maar ook omdat de universiteiten niet berekend waren op deze nieuwe ontwikkelingen. Rond 1880 begonnen chirurgen met maagoperaties, de daarop volgende decennia bleef dit echter een gevaarlijke ingreep. Toen de eerste maagdarmartsen zich vestigden, waren er alleen al in Amsterdam 57 specialisten, waaronder een arts voor spijsverteringsziekten en een aantal hoogleraren.<sup>4</sup>

## ‘De flora van de maag is rijk genoeg’

De toegenomen kennis op fysiologisch-pathologisch gebied had nog niet geleid tot een dieper inzicht in het ziektebeeld maagzweer en andere maagaandoeningen. Verschijnselen van die zweer, oorzaak, diagnostiek, behandeling en de eventuele gevolgen daarvan voor de maagfunctie, bleken moeilijk te doorgronden. In het begin richtte het onderzoek zich vooral op het zuurgehalte van het maagsap. Men beschouwde dat als een belangrijke katalysator voor de vorming van een maagzweer. Die onderzoeken riepen echter alleen maar nieuwe vragen op. Bevatte bijvoorbeeld maagsap ‘in eenige pathologische toestanden’ een ‘zelfstandigheid die het verteringsvermogen tegenwerkte?’ Als dat zo was, zou dat een hele reeks van pathologische verschijnselen kunnen ophelderen.<sup>5</sup> Het lag voor de hand dat de beschuttende invloed van het maagslijmvlies verdween als dit beschadigd was. Dat zou ook alle klachten kunnen veroorzaken.<sup>6</sup> Al met al was de ‘flora van de maagwand [...] rijk genoeg om voor talrijke onderzoekers gedurende een reeks van jaren materiaal te leveren.’<sup>7</sup>

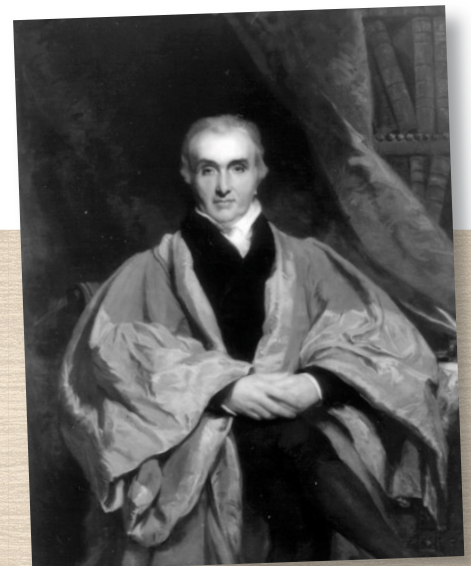
De secretorische functie van het maagslijmvlies kwam eveneens in het begin van de twintigste eeuw in de belangstelling te staan, waardoor de diagnostische mogelijkheden zich nog verder uitbreidden.<sup>8</sup> Bij vrijwel alle onderzoeksresultaten waren er echter veel mensen die de nieuw verworven kennis niet ‘geloofden’ of negeerden. Dat was niet helemaal onterecht, want regelmatig bleek later dat ontwikkelingen die zo hoopvol waren begonnen, toch niet het juiste antwoord hadden gegeven.

## Enorme kennis

Mochten huidige maagdarmspecialisten denken dat de kennis van eind-negentiende-eeuwse geleerden heel summier was, dan doen zij onrecht aan hun voorgangers. Door ‘nauwkeurig experimenteren, waarnemen en interpreteren verkreeg men een enorme kennis’. Daarmee is ‘in feite de kennis ontstaan omtrent de relatie tussen het centrale zenuwstelsel en het maagdarmkanaal’, aldus prof. dr. C.B.H.W. Lamers in 1998.<sup>9</sup>

## Ronde maagzweer

In de literatuur is het gebruikelijk om de eerste beschrijving van de ‘ronde maagzweer’ toe te schrijven aan de Parijse hoogleraar dr. J. Cruveilhier, in 1849. Maar geruime tijd daarvoor, in 1799, maakte de patholoog Matthew Baillie (Schotland) een aantal gravures over dit ziektebeeld in zijn *A series of Engravings, tending to illustrate the Morbid Anatomy of Some of the Most Important Parts of the Human Body*. Van zijn hand was enkele jaren daarvoor al een eerste leerboek pathologie verschenen.



Matthew Baillie | Bron: Wikipedia

## Specialisatie, specialismen en maagdarmziekten

### Erkenning van specialismen

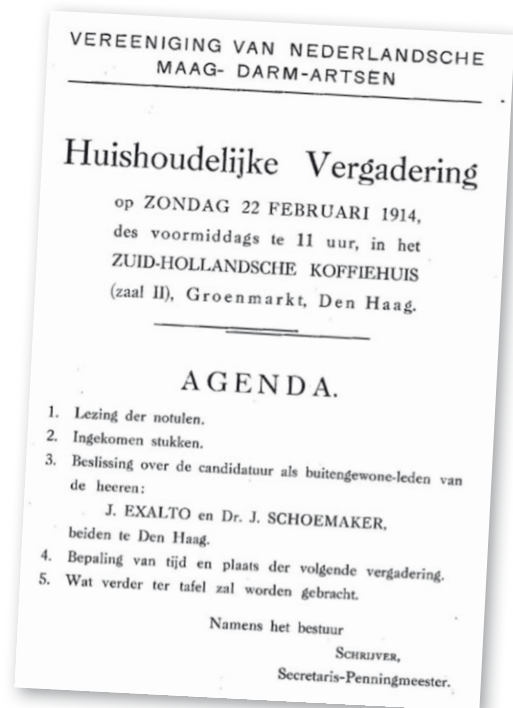
**De specialisatie ontwikkelde zich eveneens snel. Rond de eeuwwisseling was er niet alleen een specialistische vorm van chirurgie, in sommige steden konden patiënten ook terecht bij specialisten in vrouwen-, kinder-, huid- en geslachtsziekten, tuberculose én, in 's-Gravenhage en Amsterdam, een maagdarmarts. Oogheelkunde was het eerste specialisme, het was ook een vrij onomstreden specialisme. Dat kon je van interne specialismen niet zeggen.**

Specialisten beschikten over meer kennis en ervaring in een onderdeel van de geneeskunde dan de algemene opleiding bood, destijds speciaalvak genoemd. Over die vakken bestond specifieke kennis, maar niet alle universiteiten doceerden en examineerden deze kennis. Sommige universiteiten stelden daarvoor een privaattoecent aan, waaronder een enkele voor maagdarmziekten, maar deze lessen waren niet verplicht. Pas in 1921 besliste het Academisch Statuut dat een aantal van deze 'speciaalvakken' in het curriculum van de algemene opleiding moest worden opgenomen.<sup>10</sup> Daarnaast ontstonden er ook specialismen rond een specifiek instrument.

De erkenning van specialismen lag op het terrein van de landelijke artsengorganisatie, de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst (kortweg ook wel de Maatschappij genoemd). De criteria leken helder: een specialisme was een onderdeel van de geneeskunde waarvan de benodigde kennis en vaardigheden niet meer waren te overzien. Ook leemten in de algemene opleiding waren een rechtvaardiging voor specialisatie. Toch was de specialisatie veel minder duidelijk dan het lijkt.

Het recht op de titel specialist was niet te toetsen aan een geformaliseerde opleiding of andere officiële criteria. Dat gaf aanleiding tot verwarring. Als hierover een enkele keer een opmerking kwam, verwezen medici naar 'ongeschreven regels'. Deze kwamen erop neer dat een specialist zijn kennis had aangevuld in een kliniek en in een polikliniek om voldoende ervaring te kunnen opdoen. Deze extramurale poliklinieken boden destijds een unieke gelegenheid voor de praktische scholing van specialisten. Zij waren 'gratis' en uitsluitend voor patiënten die dat niet zelf konden betalen. Ziekenhuizen en universiteiten waren nog niet uitgerust voor een dergelijk groot aantal specifieke verrichtingen.

De duur van de 'opleiding' kon een specialist min of meer zelf bepalen. In de loop van de jaren 1910-1920 begonnen de wetenschappelijke verenigingen van specialisten voor hun aspirant-leden eisen stellen over de duur van de opleiding, minstens twee jaar was het meeste gehoord. De Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst kwam na de eeuwwisseling met een basale regulering. De aanleiding daarvoor was terug te voeren op de op handen liggende ziekenfondswetgeving. Voortaan moesten de plaatselijke Maatschappij-afdelingen de contracten met de ziekenfondsen sluiten. Daarvoor moest de afdeling de 'opleiding' beoordelen van de deelnemers aan die contracten. Het hele beleid van de artsengorganisatie bij de erkenning van specialismen en specialisten was *uitsluitend* bedoeld voor de gezamenlijk afgesloten ziekenfondscontracten. Dat bleef zo tot in 1931 besloten werd tot de invoering van de specialistenregistratie. De eerste lijst met geregistreerde specialisten verscheen in 1933.



De agenda voor de allereerste vergadering van de Vereeniging van Nederlandsche Maag-Darm-Artsen. | Bron: Archief NNGE



Links ligt verscholen achter de bomen de Algemeene Arnhemse Polikliniek, opgericht in 1900. Het eerste jaar was daar ook een 'internist' te raadplegen. Als gevolg van het beleid van de landelijke artsenorganisatie werd die afdeling in 1901 gesloten | Bron: Gelders Archief 1501-04-D\_132\_32

Een arts kon inderdaad ook zonder extra kennis en ervaring een bordje op de deur spijkeren met bijvoorbeeld de aanbeveling Specialist of Speciaal-arts, maar dat had wel consequenties. Financiers als gemeentebesturen, armbesturen en andere instanties, informeerden in toenemende mate in hoeverre de desbetreffende medicus 'te goeder naam en faam bekend stond'. Dergelijke 'ambtelijke' nevenfuncties waren een praktisch hulpmiddel om naamsbekendheid te krijgen. Dat was zeker voor starters belangrijk, omdat een praktijk opbouwen nog helemaal niet zo gemakkelijk was.

## 'Het mooiste onderdeel der geneeskunde ...'

*Het mooiste onderdeel der geneeskunde – het werk van den huisarts – kwam door die specialisten bij het publiek in diskrediet.* (J. Vriezendorp, 1920)

Theoretisch was de komst van specialisten een logisch gevolg van de toegenomen kennis en technologie: 'zijne wetenschap die een zoo grooten omvang heeft gekregen, vormde specialisten.'<sup>11</sup> In de praktijk was specialisatie echter moeilijk te aanvaarden voor artsen en hun landelijke organisatie. Hier waren huisartsen verreweg in de meerderheid en zij waren lang niet allemaal overtuigd van de meerwaarde van specialisten. De dreiging die daarvan uitging voor hun praktijk, moet niet worden onderschat. Dat kon niet alleen financiële consequenties hebben, de waardering van zijn kennis en daarmee zijn autoriteit waren eveneens in het geding.

De erkenning van heelkundige specialismen was niet zo'n groot probleem, maar van tuberculosearts, maagdarmarts, kinderarts en internist des te meer. De geneeskundige behandelingen van deze specialisten waren niet alleen langdurig, bij elkaar opgeteld omvatten zij vrijwel het hele huisartsenpakket. Volgens de criteria mocht er wel een specialisme kindergeneeskunde zijn, want kinderziekten kwamen in de opleiding voorlopig nog niet aan bod. Min of meer hetzelfde dilemma was er bij interne geneeskunde. Een modern ziekenhuis stelde een geneesheer-directeur aan, die op dit terrein veel meer kennis en ervaring had dan een gemiddelde huisarts.<sup>12</sup> Ondanks deze grotere hoeveelheid kennis en ervaring mocht een geneesheer-directeur zich geen specialist inwendige ziekten

(internist) noemen. En dat terwijl ook de endoscoop en gastroscop inmiddels hun intrede in die ziekenhuizen hadden gedaan, die specialistische vaardigheden vereisten. Feitelijk bepaalden niet de criteria de erkenning van specialismen, maar vooral de mate van dreiging die van een specialisme op de praktijk van de huisarts uitging.<sup>13</sup>

## Maagdarmziekten een specialisme?

*Hoe moeilijk en ten koste van hoeveel strijd breekt de officiële erkenning van ons specialisme zich baan!*<sup>14</sup> (Schrijver, 1919)

Theoretisch bestond er ook een specialisme maagdarmziekten; het was duidelijk een onderdeel van de interne geneeskunde. Er waren nog niet eens zoveel maagdarmspecialisten, dus leek het geen grote bedreiging voor de gevestigde orde. De Maatschappij was dan ook van mening dat men de maagdarmspecialisten tot de ziekenfondsen moest toelaten. Maagdarmklachten kwamen echter in de huisartsenpraktijk veel voor. Daar kwam nog bij dat maagdarmspecialisten in woord en geschrift benadrukten dat juist deze aandoeningen om een specialist vroegen (door de manier waarop zij dat deden, schopten ze bovendien nogal eens tegen het zere been van de huisarts). De vele specialistische behandelings- en onderzoeksmethoden vroegen als het ware om een specialisme. Functioneel maagonderzoek, proefmaaltijden, uithevelen van de maaginhoud, bepaling zuurgraad en eiwit en het röntgenologisch onderzoek overstegen het terrein van de algemene geneeskunde. Een deel van de huisartsen bleef echter de specialisatiedrang van de maagdarmspecialisten ongewenst en onterecht vinden, zoals één van hen in 1920 nog eens duidelijk liet weten:

### Concurrentiestrijd onder huisartsen

Vooraf in de steden was de concurrentie tussen huisartsen groot. In 1900 waren er per medicus gemiddeld 2230 inwoners, maar in de steden was de situatie veel ongunstiger. Den Haag spande de kroon met één arts per 1120 inwoners. In Arnhem, Groningen, Haarlem en Leeuwarden waren nog geen 1300 inwoners per arts.<sup>12</sup> Wanneer men bedenkt dat in de steden gemiddeld twee derde van de bevolking niet of slechts een gering bedrag voor de dokterskosten kon betalen, is het duidelijk dat de financiële vooruitzichten voor artsen niet rooskleurig waren.

*Het is ook heel erg als men [de maagdarmspecialist] zichzelf een specialist noemt en door een ander als niets bijzonders wordt beschouwd.*<sup>15</sup> (J. Vriezendorp, 1920)

Nu had maagdarmspecialist dr. J. Schrijver destijds in de voorjaarsvergadering van zijn vereniging gezegd dat de kennis van zweren van de twaalfvingerige darm 'voor de meeste huisartsen een gesloten boek was.'<sup>16</sup> Dat daarop boze reacties kwamen, was wel te verwachten.

Voor de Maatschappij tot de bevordering van de Geneeskunst was specialisatie zo'n gevoelige kwestie dat zij moeilijke vragen voor zich bleef uitschuiven. Wat precies een onderdeel van de geneeskunde was, en welke onderdelen anders dan heelkunde voor specialisatie in aanmerking kwamen, waren vragen die niet aan bod kwamen. Om de onzekerheid die de specialisatie bij huisartsen opriep hanteerbaar te maken, beperkte de Maatschappij zich hoofdzakelijk tot enkele praktijk-gedragsregels in haar plaatselijke afdelingen.

Een van de gevolgen van het NMG-beleid om interne geneeskunde niet als specialisme te erkennen, was dat er specialisten kwamen die praktiseerden op niet eens zoveel minder onderdelen dan de interne geneeskunde als geheel.

## De poliklinieken van de allereerste maagdarmspecialisten

De waarschijnlijk eerste vrijgevestigde maagdarmspecialist in de moderne betekenis van het woord, was P.H. Hazewinkel. Hij vestigde zich in 1891 in 's-Gravenhage. In *de Rijnbode* van 18 september 1892 plaatste hij een advertentie als 'Speciaal-Arts voor Maag-, Lever- en Ingewandsziekten'. De toevoeging 'Lever' was zelfs toen al ongebruikelijk. Dagelijks hield hij twee keer per dag spreekuur. Nadat hij enige wijzigingen had aangebracht, plaatste hij in 1895 opnieuw een advertentie: 'Lever' en het zondagspreekuur had hij geschrapt. Uit een advertentie in het *Utrechts Nieuwsblad* van 8 juli 1895 bleek dat hij zijn 'zorgaanbod' had uitgebreid met een klinische behandeling in zijn woning aan het Noordeinde, 'Geneesinrichting voor Maag- en Ingewandsziekten van P.H. Hazewinkel, Arts'.



P.H. Hazewinkel is de allereerste vrijgevestigde maagdarmarts.

Bron: *De Rijnbode*, 21 juli 1895, p. 6



J.J. Halbertsma Sr. | Bron: NtVG, 1931,75;4:5440-5441

en Ingewandsziekten van P.H. Hazewinkel, Arts'. Veel verdere informatie over hem is niet te achterhalen. Hij had het niet over een polikliniek en bij zijn spreekuren stonden geen speciale, voor specifieke patiëntencategorieën ingestelde tijden. Vanwege het negatieve imago van armenzorg- en ziekenfondspatiënten moesten de voorzieningen voor deze patiënten en de particuliere patiënten strikt gescheiden zijn.

De tweede maagdarmarts was dr. E.C. van Leersum, al was hij dat maar tijdelijk, wat niet ongevoel was in die tijd. Omstreeks 1898 opende hij een polikliniek voor spijsverteringsziekten in Amsterdam. Nadat hij in 1904 in Leiden tot hoogleraar was benoemd, nam dr. J.J. Halbertsma zijn praktijk over. Deze maagdarmspecialist had zich in Berlijn in de maagdarmziekten bekwaamd.

De derde 'negentiende-eeuwse' maagdarmarts was dr. J. de Groot, eveneens in 's-Gravenhage. Onder het toezien oog van de koningin opende hij in 1899 een afdeling voor Maag- en Ingewandsziekten in de Algemeene Haagsche Polikliniek.

De Rotterdamsche Polikliniek was in de negentiende eeuw minder voorzien. Even leek het erop dat er een maagarts was geweest, zelfs heel vroeg, maar dat bleek een misvatting. In 1893 werd er namelijk in deze polikliniek een afdeling Zenuwziekten geopend 'ter vervanging van een aan uitputting te gronde gegane polikliniek voor maagdarmziekten'. Deze 'zenuw'-afdeling stond echter onder leiding van dezelfde arts als de te gronde gegane polikliniek.<sup>17</sup>

In Amsterdam had de 'kostelooze polikliniek' nog geen afdeling Maagdarmziekten. Toen in 1910 de Amsterdamsche Specialisten Polikliniek werd opgericht, had deze wel een afdeling voor maag-, ingewands- en stofwisselingsziekten. Logisch, want één van de initiatiefnemers daarvan was de maagdarmarts dr. J. Schrijver. Hij zou nog veel van zich laten horen. Zijn credo was dat juist maagaandoeningen, en dan in het bijzonder de zweren, om een specialist vroegen. Want lang niet iedere arts was bekend met deze aandoeningen, laat staan dat hij wist hoe ze te behandelen.

## Bundeling van krachten

### Urgentie van de oprichting van een vereniging van maagdarmartsen in wetenschappelijke zin

Medici hadden soms moeite nieuwe inzichten op hun merites te waarderen. Zoals de 'Groningse school', die tot in de jaren dertig de besmettelijkheid van tuberculose ontkende dan wel als een te verwaarlozen oorzaak zag. Voor anderen was het bij nieuwe onderzoeksmethodes moeilijk te erkennen dat hun diagnostiek aan hand van lichamenlijk



onderzoek minder exact was dan die met nieuwe, meer objectieve onderzoeksmethoden. Op het gebied van de maagdarmpjes waren het onder meer het chemisch onderzoek en de gevolgde onderzoeksmethoden die het moesten ontgelden. Nieuw hierbij was dat er openlijke kritiek kwam op de zienswijze van hoogleraren, waarbij ook de Amsterdamse hoogleraar dr. P.K. Pel niet aan kritiek ontkwam.

Zo leek in het begin van de twintigste eeuw het chemisch onderzoek volledig 'geïntegreerd', mede door de zeer vele berichten daarover. Toch zagen nog niet alle bij maagdarmpjes betrokkenen het belang daarvan in. Vooral de visie van de Amsterdamse hoogleraar Pel, een alom gewaardeerd docent, verontrustte de maagdarmpjesartsen. Zijn standpunten verwoordde hij in zijn boek *De ziekten van de maag*, waarvan diverse herdrukken verschenen (1899, 1904, 1913) en in enkele andere publicaties in die jaren. Behalve veel lof kreeg hij in toenemende mate te maken met kritiek, en niet alleen van de vrijgevestigde maagdarmpjesspecialisten.

Bij de eerste herdruk in 1904 had prof. dr. W. Nolen (Leiden) al geschreven dat Pel 'naar de mening van vele bevoegde medici [...] al te weinig aandacht aan chemisch onderzoek van de maaginhoud' besteedde.<sup>18</sup> Hij vond het boek niet bestemd voor degenen die een studie van maagziekten wilden maken; het was geen leerboek maar een 'praktijkboek'. Maar, zo schreef Nolen, hij weet 'zijn lezers te boeien, zelfs ook wel als hetgeen hij te zeggen heeft niet bepaald belangrijk is'. Bij de volgende editie breidde de kritiek zich verder uit. Dr. D.H. Koetser, redacteur van het *NTvG*, wees op 'de weinige waardeering, waarmede in het algemeene gedeelte over de waarde van pepsine wordt gesproken, terwijl mij toch herhaaldelijk is gebleken, dat met dit middel, vooral in verbinding met ac. muriaticum [een homeopathisch geneesmiddel] in geschikte gevallen hardnekkige maagbezwaren verdwenen etc (andere behandelingen hadden geen effect, het was geen suggestie)'.<sup>19</sup>

Hoewel Pel eerder meende dat de diagnostiek in 'buitengewone mate' verbeterd was door maaghevel of maagcatheter,<sup>20</sup> leek hij daarop later terug te komen. Hij zag toen bij een eventuele maagzweer een belangrijke taak voor de huisarts weggelegd. Deze kon een goede diagnose stellen met zijn 'rustig onderzoek en nauwkeurige waarneming' van de zieke. Bovendien was zijn onderzoek veel eenvoudiger en minder onaangenaam dan die van de specialisten, die 'dadelijk naar de sonde grepen.' Aan het scheikundig onderzoek kende men volgens Pel eveneens te veel gewicht toe. Al die proefontbijten en tal van maagspoelingen waren overbodig. Voor maagdarmpjesartsen knaagde de visie van Pel – en die van tamelijk veel huisartsen – aan de wortels van hun specialisme. Scheikundig onderzoek van de maaginhoud was een *specialistisch* onderzoek, dat alleen al door de ter beschikking staande methoden veel ervaring en kennis vereiste. Alleen dan kon je bijvoorbeeld maagperforaties voorkomen. En dat 'naar de sonde grijpen'? Dat sloeg beslist niet op de maagdarmpjesspecialist. De enige manier waarop dergelijke visies met wetenschappelijke wapens konden worden bestreden, was de oprichting van een eigen wetenschappelijke vereniging. Samen met andere ontwikkelingen was de oprichting van de Vereniging van Nederlandsche Maagdarmpjesartsen zelfs dringend noodzakelijk. Niet alleen door nieuwe inzichten, maar ook omdat er dan een officieel orgaan was voor maagdarmpjesartsen, een wetenschappelijke vereniging als definitieve legitimering van het specialisme. In 1913 was het zover. Maar vijf jaar later was Schrijver (één van de oprichters daarvan) teleurgesteld over de resultaten van vooral Nederlandse coryfeeën.



Het boek van dr. P.K. Pel, *De ziekten van de maag*, kreeg behalve veel lof ook scherpe kritiek.

## Teleurstelling

'Als men dat later in de geschiedenis zal vastleggen, zal er weinig groots te boeken zijn. Niemand, zelfs de grootste niet, specialist, d.i. praktisch arts, [kan] in meer dan één onderdeel tegelijkertijd de grootste wezen. Helaas heeft ons land aan de bereikte vooruitgang bitter weinig bijgedragen. De oorzaak daarvan is niet een "gebrek aan intellectuele kracht", maar vooral "kleingeestigheid" en dat was "weinig groots". Terwijl maagdarmpjesartsen ernaar streefden om de wetenschap, voor zoover het dit onderdeelje betreft, een ietsje vooruit te helpen.'<sup>1</sup>

## Erkenning van het specialisme verwoord in medische termen (1932)

Het duurde lang voordat specialisten en specialismen aan een aantal openbare regels moesten voldoen (zie daarvoor ook hoofdstuk 3). Toen er in 1932 uiteindelijk een officiële Specialisten Registratie Commissie in het leven werd geroepen, die in 1933 aan het werk ging, was dat tevens de eerste *officiële* erkenning van het specialisme maag-, darm- en stofwisselingszieken. Mochten maagdarmartsen gedacht hebben dat daarmee de grootste praktijkproblemen met klinisch werkende internisten en huisartsen voorbij waren? Nee, het begon nu pas goed.

### Naar specialist of huisarts?

‘Een arts in een onzer wat grootere plattelandsgemeenten schreef mij [Schrijver] nog onlangs ter verklaring van het feit, dat hij zelf een patiënt in observatie genomen had, die hem was komen vragen of hij, de huisarts, mede kon gaan met den raad, dien ik den patiënt meende te moeten geven, zich hier in Amsterdam in een inrichting te doen opnemen, opdat ik zijn geval nauwkeurig zou kunnen bestudeeren.’ De huisarts berichtte hem: ‘De diëetproeven d.w.z. eerst bloedonderzoek in de ontlasting, ontlastingonderzoek na Schmidt’s “Probendiät”, proefontbijt met uithevelen en maagsap-onderzoek zijn de kleinere onderzoekingen, die ik gewoon ben in de praktijk te doen, alvorens ik den patiënt naar den specialist verwijs.’

Deze ijverige dokter had de patiënt helemaal voor niets deze onnodige en belastende onderzoeken laten ondergaan. En wat bracht het helemaal op? Kon die dokter de uitkomsten van het onderzoek eigenlijk wel *lezen*?<sup>21</sup>

De vorming van het specialisme ging tevens gepaard met veel niet direct medische zaken. Het belangrijkste onderwerp was voorlopig de ziekenfondskwestie; de financiering van de ziektekosten van laagbetaalde werknemers. Dat dit zo’n allesoverheersende en wrevel opwekkende kwestie werd, kwam vooral door het beleid van de artsenorganisatie.

## Urgentie van de oprichting van een vereniging van maagdarmartsen in financiële termen

### ‘Er waart een spook rond’: ziekenfondswetgeving

Behalve een onzekere positie in de medische wereld, zoals sommige huisartsen dat ondervonden, was er ook nog een financiële onzekerheid. Deze trof niet alleen een huisarts, ook een kinderarts en de enkele maagdarmarts ontkwam daar niet altijd aan. Een groot aantal patiënten kon óf helemaal geen dokterskosten betalen óf hooguit een klein bedrag. Er was in het begin van de twintigste eeuw bovendien een overschot aan artsen, waardoor de opbouw van een praktijk niet overal even gemakkelijk was. Verreweg de meeste commotie en acties ontstonden echter door de wettelijke ziektekostenregeling die tussen 1904 en 1941 steeds ‘aanstaande’ was. Er kwamen steeds meer en grotere ziekenfondsorganisaties, die niet alleen slecht betaalden, zij hadden ook heel andere ideeën over de positie van de dokter (in dienst van het fonds, hetgeen onacceptabel was), over de tarieven en de loongrens.<sup>22</sup> Vanaf 1904 waren er plannen om een ziekenfondsverzekering bij wet in te voeren, al dan niet als onderdeel van een algemene ziektekostenverzekeringswet. Het zou een slepende kwestie worden. Vrijwel constant waarde ‘het spook van de ziekenverzorgingswet’ rond.<sup>23</sup> Al met al dienden opeenvolgende ministers twaalf wetsontwerpen in alvorens in 1941 het Ziekenfondsenbesluit werd ingevoerd.

### Gespecialiseerd in ...

Erg duidelijk was het allemaal nog niet, dat blijkt ook uit de manier waarop maagdarmartsen zich bekendmaakten. Specialistie in: maag- of maagdarmziekten, maag-darm-ingewandsziekten, in spijsvertering- en stofwisselingsziekten, in maag-darmziekten en diabetes, een enkele keer zelfs ‘wij internisten’, soms nog aangevuld met röntgenoloog. Allemaal waren zij de voorgangers van de maag-darm-leverarts van nu.

## Zeshonderd ziekenfondsen!

Het aantal ziekenfondsen dat er in de laatste decennia van de negentiende eeuw was bijgekomen, was schrikbarend hoog. Door die oprichtingsgolf waren er in 1900 al zeshonderd in totaal. Hoewel het meestal om kleine fondsen ging, was niet alleen de landelijke artsorganisatie ongerust. Diverse andere organisaties, zoals de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen, kwamen met een rapport over deze ongewenste ontwikkeling.<sup>24</sup>

Het Arnhemse ziekenfonds Voorzorg hoorde bij de grote ziekenfondsen.



Bron: Prentenkaart van ziekenfonds Voorzorg, 1982

Zodra er weer een nieuw wetsontwerp was ingediend, volgde daarop een reactie van de Maatschappij. Het ging weliswaar ook om geestelijke belangen (de positie van de arts in de fondsen en een vrije specialistenkeuze voor de patiënt), maar in de plaatselijke afdelingen bleek het toch vooral om materiële belangen te gaan. Deze kon de artsorganisatie nu niet langer meer negeren en ook daar lagen de conflicten voor het oprapen. Als bijvoorbeeld de ziekenfondswet doorging, dan zou dat betekenen dat die groep patiënten ook voor polikliniek en ziekenhuisopname een vrije specialistenkeuze moest krijgen. Het was weliswaar een ethisch verantwoorde eis, maar het zou de huisarts nóg verder buiten spel zetten.

*Als een schrokkerige Gijs [heeft] het specialisme den muil geopend om de huisartsen op te slikken.*<sup>25</sup> (E.J. ten Cate, 1914)

## Plaatselijke Maatschappij-afdelingsziekenfondsen, specialistenverenigingen

Het beleid leidde tot een ongekennde daadkracht, waarvan de oprichting van eigen ziekenfondsen – eveneens in 1913 – de meeste gevolgen had. De artsen kregen daarmee inderdaad meer grip op deze tak van ziektekostenverzekeringen. De wijze waarop dit werd uitgevoerd, was echter de belangrijkste aanleiding tot conflicten in de afdelingen. Om de rust terug te brengen, kwamen er zowel plaatselijke als landelijke specialisten- en huisartsenorganisaties. Hiermee bereikte de artsorganisatie het tegendeel, de wrevel nam steeds verder toe.

De afdelingen moesten namelijk alle gezamenlijke contracten met de ziekenfondsen sluiten en onderling de ziekenfondshonoraria verdelen. Specialisten kregen alleen een bedrag voor hun poliklinische werk, waarvoor een 'specialistenpot' was ingesteld. Hun minderheidspositie in de afdelingen leidde ertoe dat veel afdelingen hun belangen wegstemden en de 'specialistenpot' een sluitpost was.

Amsterdamse specialisten brachten als eersten hun grieven in het openbaar. Zij waren al in 1895 tot de conclusie gekomen dat zij gehonoreerd moesten worden voor hun poliklinische werk, maar in 1905 waren zij nog steeds contractueel honoraire deelnemers. De aanstaande wet ziektekostenverzekering mobiliseerde hen. Om hun belangen beter te kunnen behartigen richtten Schrijver en enkele andere specialisten nog in datzelfde jaar de Amsterdamsche Specialisten Vereeniging op.<sup>26</sup> Specialisten in andere grotere steden volgden, want door de wetgeving zou het aantal ziekenfondsverzekerden fors toenemen. Gratis polikliniekhulp voor de verzekeraars van die kosten, was geen optie meer.



Bron: Het nieuws van den dag, woensdag 2 november 1910, 2e blad

Zowel het beleid als de plaatselijke situatie dwongen maagspecialisten als het ware tot actie. Want lang niet iedereen was het eens met het gevoerde beleid van de artsenorganisatie. Schrijver schreef bijvoorbeeld in een brief aan het hoofdbestuur 'dat de afdelingscontracten veel te ver' gingen. De 'pressie die werd uitgeoefend om van vrije burgers iets gedaan te krijgen wat deze uit eigen vrije wil niet zouden wenschen te doen', paste niet bij een organisatie die de 'geestelijke belangen' zo hoog in het vaandel had staan.<sup>27</sup>

## Maagdarmartsen verenigen zich; het trio Schrijver, De Groot en Schalij

In 1913 kon de oprichting van een eigen wetenschappelijke vereniging van maagdarmartsen niet meer worden uitgesteld. Wetgeving leek (opnieuw) een kwestie van maanden en daarom moesten ook de maagdarmartsen hun stem kunnen laten horen. Anders zou, naast de interne problemen die in Amsterdam zo duidelijk naar voren kwamen, door het beleid van de artsenorganisatie de bestaande situatie alleen maar verergeren. Bovendien zou door de wetgeving het aantal ziekenfondspatiënten fors toenemen.

Schrijver nam het initiatief. Al in 1905 had hij met het plan rondgelopen een wetenschappelijke vereniging voor maagdarmziekten op te richten. Bij nader inzien had dat echter weinig zin, omdat er toen nog maar weinig maagdarmartsen waren. In 1913 was er 'ineens' zelfs een 'vrij groot' aantal maagdarmartsen die uitsluitend voor dit specialisme werkzaam waren. In de constituerende vergadering (1913) vertelde voorzitter dr. J. de Groot ('s-Gravenhage) hoe de oprichting tot stand was gekomen. Schrijver had hem gevraagd of 'de oprichting eener vereniging gewenscht is', De Groot was 'gretig ingegaan' op dit hernieuwde voorstel. Hij vroeg op zijn beurt dr. F.A. Schalij erbij. Voor de zekerheid vroegen zij toch nog enkele bekende specialisten naar hun oordeel over het specialisme.<sup>28</sup> Allen vonden dat er geen enkel bezwaar was het vak als specialisme uit te oefenen en de daarbij behorende stappen te ondernemen. Daarmee was de weg vrij voor de oprichting van de Vereniging van Nederlandsche Maag-Darm-Artsen op 26 oktober 1913, in het American Hotel in Amsterdam. In februari 1914 was de eerste ledenvergadering.



Het eerste reglement. | Bron: Archief md-artsen

'Er hadden zich ook andere feiten voorgedaan [...] die het wenschelijk maken, dat de maagdarmartsen duidelijk hun standpunt uiteenzetten.'<sup>29</sup> In de tweede huishoudelijke vergadering van de Vereniging van Nederlandsche Maag-Darm-Artsen leidde hun ongenoegen over het beleid van de Maatschappij tot de volgende motie aan de artsenorganisatie:



'De Vereniging van Nederlandsche Maag-Darm-Artsen op 5 Juli 1914 te Leiden vergaderd, is van oordeel, dat bij elke regeling van de geneeskundige hulp voor de Afdelingsziekenfondsen, waarbij de verzekerden niet het recht hebben de aan het fonds verbonden maagdarmspecialist rechtstreeks te raadplegen, de belangen der zieken op onvoldoende wijze worden behartigd, besluit hiervan mededeeling te doen aan de eveneens te Leiden bijeenkomende Alg. Vergadering der Ned. Maatsch. t. Bev. der Geneeskunst en gaat over tot de orde der dag.'

Uit het eerste jaarverslag bleek dat het trio een juist besluit had genomen. Destijds stonden wij 'nog als enkelingen in de geneeskundige wereld. Maar nu, eind 1914, kijken wij terug op "Een gelukkig eerste levensjaar, vol beloften van een rijke, glorievolle toekomst".'

Voormalig Zuid-Hollandsch Koffiehuys, Den Haag, waar medici regelmatig vergaderden. | Bron: Gemeentearchief Den Haag

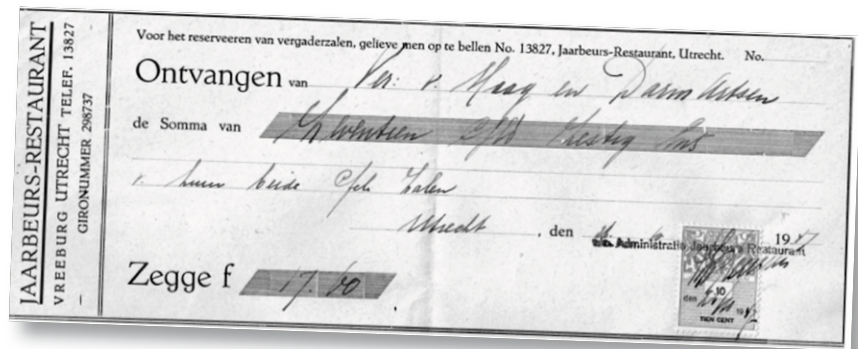
## De Vereniging

Kennis opbouwen was een doel van alle specialistische verenigingen. Specifieke kennis was er soms nog bijna niet. De eerste maagdarmartsen wilden eveneens met hun vereniging hun kennis vergroten. Zij wilden vooral ook andere medici laten zien dat de behandeling van bepaalde maagaandoeningen een specialistische aanpak vereiste. Daarbij hadden zij vooral hoogleraren, huisartsen, chirurgen en röntgenologen in gedachte. Zo gaven chirurgen en röntgenologen, niet gehinderd door enige kennis op maagdarmsgebied, ook een 'diagnose'. De vaak 'overdreven en onjuiste waardeering voor radiologisch onderzoek dat maar al te vaak buiten den maagarts om' gaat, was vooral voor Schrijver en De Groot ('s-Gravenhage) een doorn in het oog. Het was niet ongevoel dat die chirurg vervolgens een 'volkomen intacte maag' zag.

Specialistische kennis was ook een vereiste voor één van de andere pijlers van de behandeling, het dieet. Voedings- en dieetleer werd niet aan de universiteit onderwezen. De kennis op dit terrein was gering, zowel bij huisarts, internist als chirurg (die veel maagpatiënten onder zijn hoede had). Maagdarmarts Schalij vertelde dat 'als de lijder dan naar een internist ging', hij, Schalij, een jaar later alsnog een dieet moest instellen.<sup>30</sup> Kinderartsen en maagdarmartsen zoals dr. F.A. Steensma, De Groot en Schrijver, ijverden voor scholing in voedingsleer, niet alleen in de medische opleiding maar ook bij meisjes uit de 'arbeidersklasse'. In 1909 kwam Steensma met zijn eerste uitgave *Voedingsleer*, waarvan zes

herdrukken verschenen. Later werd de uitgave als *Steensma's voedingsleer* door anderen bewerkt. Mede door hun werk had Nederland een goede naam op dit gebied. Inmiddels was de belangstelling voor de 'Vereniging' in eigen kring wat toegenomen.

De doorslag voor de oprichting van een eigen vereniging was echter het beleid van de Maatschappij bij de ziekenfondsproblematiek. Een vereniging was nodig, en wel ... nu!



De derde locatie voor vergaderende specialisten was de Jaarbeurs in Utrecht, dat nog beter per trein te bereiken was dan het Koffiehuis en het American Hotel. | Bron: Archief md-artsen

Ondanks de optimistische toon bleef de belangstelling van de maagdarmartsen gedurende een aantal jaren nog gering, niet alleen bij de huishoudelijke maar ook bij de wetenschappelijke vergaderingen. Kon men in de eerste jaren nog rekenen op gemiddeld veertien leden, in de jaren twintig schommelde dit rond de zeven à acht leden, inclusief bestuursleden en oud-bestuursleden. Bij bijvoorbeeld de vergadering waar prof. dr. L. Polak Daniëls zijn ervaring met synthaline uiteenzette, waren in totaal acht maagdarmartsen aanwezig, waaronder de (oud)bestuursleden. Bij andere vergaderingen sprak men zelfs van 'vrijwel nul'. Pas in de jaren dertig nam de belangstelling toe.

## Tariefbesprekingen maagdarmartsen, vóór 1941

In de jaren twintig had de landelijke Specialisten Organisatie een tariefcommissie waarin de Arnhemse maagdarmarts J.L. Siemens zijn specialisme vertegenwoordigde. Schalij Sr. was zelfs enige tijd voorzitter van die organisatie. Het waren zoals gezegd zeer roerige tijden. Er werd langdurig gediscussieerd over het (landelijke) ontwerp-tarief dat maagdarmartsen konden declareren. Moest er één tarief komen voor een consult inclusief behandeling of moest dat afhangen van de behandeling? Dat laatste was volgens Schalij Sr. vrijwel onmogelijk.

*Wat de eene collega een bijzondere prestatie acht, zal een andere collega iets heel gewoon achten!* (J. Vriezendorp, 1920)

Maagdarkartsen in 1915	
<b>Amsterdam</b>	<b>'s-Gravenhage</b>
Justus J. Halbertsma L.G. Heilbron J. Schrijver O.J. Wijnhausen	J. de Groot P.H. Hazewinkel E.C.T. de Kock van Leeuwen G.A. Rademaker B. Roest A. van der Scheer
<b>Apeldoorn</b>	<b>Arnhem</b>
J. Damsté, maag- en borstziekten	A.P. de Groot W.H.A. van Os
<b>Groningen</b>	<b>Haarlem</b>
E. Hekma, zenuw- en stofwisselingsziekten	S.P. Swart
<b>Leeuwarden</b>	<b>Leiden</b>
D.H. de Groot J. Wittop Koning, maag-, ingewands-, nier-, stofwisselingsziekten	J.R.F. Rasserst
<b>Nijmegen</b>	<b>Rotterdam</b>
B. Sybrandy	F.A. Schalij C.G. Vervloet
<b>Utrecht</b>	<b>Zwolle</b>
C.J.C. van Hoogenhuijze F.A. Steensma W. Storm van Leeuwen	L.E. Eerkes

Over het al dan niet ophangen van een tarieflijst in de spreekkamer waren de meningen eveneens verdeeld. Inmenging van derden in dergelijke zaken was moeilijk te accepteren. Het punt in het ontwerptarief dat de specialist zelf de waarde van zijn hulp hoorde te bepalen en de prijs daarvoor moest regelen, kon dus zonder stemming worden aangenomen.<sup>31</sup>

Geen woord over bijvoorbeeld de reducties op de röntgentarieven die in de jaren 1920-1930 werden opgelegd. Alle specialisten die röntgenonderzoek als neventaak uitoefenden, kregen een tariefddaling van zo'n dertig procent. Vergeleken met de protesten tegen deze korting die andere specialisten luid en duidelijk lieten horen, was de houding van de maagdarkartsen vrij uitzonderlijk. Want de röntgenologen met hun 'onbekookte hoge tarieven' kregen *geen* korting opgelegd. Alleen de tarieven van de Rijks Verzekerings Bank (RVB), het uitvoeringsorgaan van de Ongevallenwet (1901), gaven veel minder aanleiding tot commotie, ook nog na 1941. Voor de 'armlastige ziekenfondsen', waaronder de afdelingsfondsen van de eigen, tegenwoordig Koninklijke, Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst, waren kortingen op de specialistentarieven destijds meer regel dan uitzondering.

## Erkenning als specialisme, verwoord in financiële termen (1941)

### Officiële erkenning in financiële zin - eindelijk

Steeds opnieuw ging de wetgeving niet door. In de afdelingen namen de problemen alleen maar toe. Decennialang bleven de onlustgevoelens over positie en beleid bestaan. Diverse landelijke en plaatselijke huisartsen- en specialistencommissies moesten proberen een en ander in goede banen te leiden. Elke keer laaide het ongenoegen weer op. De uiteindelijke invoering van het Ziekenfondsenbesluit in 1941 hield tevens een erkenning in dat ook de specialistische hulp, en niet alleen de poliklinische maar ook de klinische zorg, gehonoreerd diende te worden. Voor het specialisme maagdarmsziekten was dit een cesuur. Eindelijk was maagdarmsziekten op alle fronten een algemeen erkend specialisme geworden.

Na 1946 waren ziekenfonds- en de andere tarieven steeds vaker onderwerp van beraad. Discussies daarover waren steeds meer een ‘gegeven’ dat, was het niet elk jaar, dan toch om de paar jaar opnieuw ter tafel kwam.

## Tegenkrachten vanuit de maatschappij – Vrijgevestigde maagdarmartsen

### De praktijk van alledag

Vrijgevestigde maagdarmartsen werkten vooral vanuit huis. Als zij net waren gevestigd, konden zij veel ervaring opdoen in hun polikliniek met de ziekenfonds- en andere polikliniekpatiënten (destijds nog vaak armenzorgpatiënten waarvoor het plaatselijke Armbestuur een maandkaart uitgaf). Financieel konden zij niet overleven met alleen deze patiënten, daarvoor waren ook particuliere patiënten nodig. In de ene regio lukte de opbouw van zo’n praktijk beter dan in de andere. In Leeuwarden zat D.H. de Groot, één van de weinige ‘deelspecialisten’, die zich vroeg in de periferie vestigde. Te vroeg waarschijnlijk, want hij kon het zich daar financieel niet veroorloven om zich tot maagdarmziekten te beperken, particuliere patiënten of niet. Schalij in Rotterdam trof het heel anders, hij had veel particuliere patiënten.



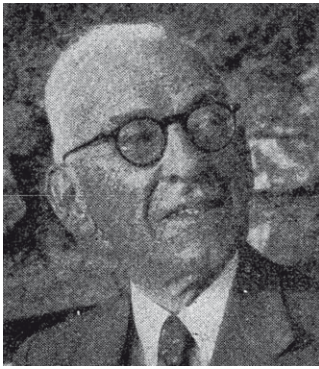
Algemeene Haagsche Polikliniek aan de Prinsengracht, met een afdeling Maag- en Ingewandsziekten, sinds 1899.  
Bron: Gemeentearchief Den Haag

Of de eerste maagdarmarts Hazewinkel ook zo is begonnen, is de vraag. Waarschijnlijk had hij geen polikliniek. Zijn plaatsgenoot, een andere maagdarmarts van het eerste uur, De Groot, ruimde in zijn huis geen ruimte in voor ziekenfonds- en armenzorgpatiënten. Hij opende in de Algemeene Haagsche Polikliniek een afdeling voor maag- en ingewandsziekten.’ 16 [!] dames hielpen bij de behandeling op de polikliniek.<sup>33</sup> Hij behandelde daar in 1902 dan ook 209 patiënten en gaf 1652 consulten.<sup>34</sup> Hoeveel particuliere patiënten hij had en of hij deze in zijn eigen huis ontving, is niet bekend.

Niet iedere maagpatiënt wilde of kon klinisch worden behandeld. Specialisten, waaronder de maagdarmartsen, behandelden particuliere patiënten ook thuis. Polikliniekpatiënten kregen in principe deze service niet. Voor onderzoek en de instelling van hun dieet kwamen zij dan naar de polikliniek, indien noodzakelijk werden zij opgenomen in of een ‘inrichting’ of een plaatselijk ziekenhuis.

### Tijdrovend onderzoek in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (Amsterdam)

‘De patiënt wordt ’s morgens nuchter de maaginhoud geaspireerd; is er retentie of veel vocht aanwezig, dan volgt maagspoeling en er wordt op gelet dat de hele hoeveelheid vocht teruggehaald wordt. Na een kwartier ongeveer eet de patiënt twee aangenaam warme, droge “triscuits” waarna hij zijn speeksel in een sputumglas verzamelt om de proef zo juist mogelijk te maken. Want bij sommigen is de speekselafscheiding belangrijk en dat zou het afgescheiden maagsap schijnbaar vermeerderen. Na 2, 3 of 4 uur, wordt de maaginhoud zoveel mogelijk langzaam en voorzichtig geaspireerd met het door mij [Van Spanje] aangegeven toestel, dat hiertoe bij uitstek geschikt is. De verkregen inhoud wordt gemeten, hierin de aciditeit voor zoutzuur, de totale aciditeit en het pepsinegehalte. De maag wordt nu verder met één liter water schoongespoeld, waarna alles te samen door vooraf gewogen filters wordt gefiltreerd. De filters worden na afloop van het filtratieproces, dat soms vrij lang duurt, in een droogstoof gedroogd, dan gewogen, zodat het gevonden gewicht, verminderd met het oorspronkelijk gewicht van de filters, aangeeft hoeveel onveranderde triscuit er in de maag was achter gebleven. Na nog weer indampen, drogen, wegen en berekenen was het onderzoek (voor die dag) klaar.’<sup>32</sup>



F.A. Schalij, 50 jaar arts. | Bron: NTVG, 1954;51:3753-54

Of zij bleven onder behandeling van de huisarts, die dat geen enkel probleem vond. Hij was immers zelf ook maagarts?

Het merendeel van de ziekenhuizen had tot omstreeks 1920 nog geen specifieke poliklinieken. Als zij er een hadden, beperkten deze zich nog tot een heelkundige en interne polikliniek. Mede daardoor trokken de extramurale poliklinieken van de vrijgevestigde specialisten veel patiënten. Eén van de uitzonderingen daarop was de polikliniek voor maag- en ingewandsziekten van het Eudokia ziekenhuis in Rotterdam, die Schalij daar in 1909 had geopend. De oprichting was niet eenvoudig geweest, zo bleek bij de feestelijkheden ter ere van zijn 25-jarig arts-jubileum. In een verslag daarover in de *Nieuwe Rotterdamsche Courant* van 23 december 1929 memoreerde een van de aanwezigen dat Schalij er veel takt voor had moeten aanwenden en erg veel tijd aan had moeten besteden.

## Onderzoek

Kenmerkend voor maagdarmartsen was het eigen laboratorium. Het had ook een imago-verhogend effect, dat wist 'iedereen'. Ziekenhuizen hadden dat in de beginjaren van het maagdarmspecialisme niet allemaal. In moderne ziekenhuizen werd een goed geoutilleerd laboratorium wel steeds meer een vereiste om aan de voorwaarden voor dat 'keurmerk' te kunnen voldoen. Daarnaast ontstonden er vanaf de jaren twintig veel kleinere, zelfstandige laboratoria.

Diëten voor maagzweer- en diabetespatiënten stelden maagdarmartsen 'naar eigen inzicht in'. Het scheikundig onderzoek bij zweren in de maag of twaalfvingerige darm was een belangrijk onderdeel van hun werkzaamheden. 'De grote waarde die men daarvan eerst verwachtte was inmiddels bijgesteld', zei Schrijver in 1919.<sup>35</sup>



Het ziekenhuis waar Schalij praktijk hield: 'zijn' ziekenhuis Eudokia.  
Bron: Prentenkaart rond 1910

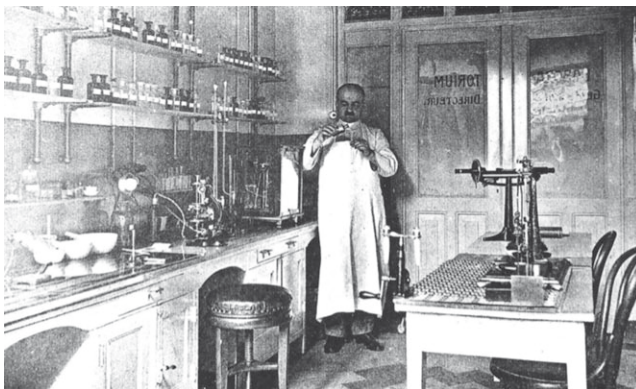
Andere diagnostische hulpmiddelen zoals een spectroscop en röntgen, waren eveneens vrij gebruikelijk in de dagelijkse praktijk. Halbertsma Sr. bijvoorbeeld, die zich in 1904 in Amsterdam had gevestigd, schafte al snel een röntgenapparaat aan omdat hij vond dat dit onderzoek bij de diagnose niet mocht ontbreken. Er was toen nog beslist geen onderlinge consensus over de diagnostische waarde daarvan. Toch volgden maagdarmartsen vroeg of laat zijn voorbeeld. Een enkeling noemde ook expliciet Röntgen als zijn specialisme, zoals dr. M.W.A. Meuwissen, die in 1932 en 1935 twee artikelen in het *NTvG* publiceerde als 'arts voor maag-, darm-, stofwisselingsziekten en Röntgenologie, te Amsterdam.' Meuwissen was daar in Duitsland voor opgeleid.

## Ontoegankelijke ziekenhuizen blijven ontoegankelijk

Een maagdarmarts werkte vooralsnog vooral poliklinisch. Hij had vaak ook enkele bedden in eigen huis die bestemd waren voor zijn particuliere patiënten. Een andere optie was een opname in een 'inrichting', een verpleeghuis zoals wij dat nu zouden noemen. Deze namen ook de niet-zelf betalende polikliniekpatiënten op, waar hun eigen maagdarmarts hen behandelde. Deze patiënten werden ook wel poliklinisch behandeld; zij kwamen eventueel dagelijks naar de polikliniek voor maagonderzoek, bepaling van het dieet en controle. Daarmee was echter de meest ideale methode voor de dieetkuur- en rusttherapie niet gegarandeerd, terwijl dat zo belangrijk was voor het genezingsproces. Zo nodig stuurde de maagdarmarts de patiënt naar een chirurg. Voor de patiënten was opname geen probleem, voor zijn maagdarmarts wel. Zodra hij zijn potentiële zaalpatiënt had verwezen, verloor hij hem uit het oog. Chirurg en eventueel geneesheer-directeur ('internist') namen de behandeling van hem over en dan hoorde hij er verder niets meer van. Die toegang bleef een probleem. Meuwissen bijvoorbeeld, had in de jaren dertig een polikliniek in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis. Zodra zijn patiënt in het ziekenhuis was opgenomen, nam ook daar de internist de behandeling over. Die situatie zou in een aantal ziekenhuizen nog lang blijven bestaan.



Maagdarmartsen die geen directe toegang hadden tot een kliniek of verpleeghuis, hadden vaak in hun eigen huis een aantal 'bedden' voor particuliere patiënten. Daarvoor hadden zij dan ondersteunend personeel. Het aantal bedden wisselde nogal, Meuwissen had tien 'md-bedden'.<sup>36</sup> Deze huisopnames bleven nog geruime tijd bestaan en niet alleen bij de maagdarmartsen. Zo praktiseerde in Amsterdam de internist dr. J.W. Schmitz tot in jaren zestig, hij had slechts één bed in zijn souterrain. Eveneens in Amsterdam waren zelfs tot in de jaren zeventig twee vrijgevestigde longartsen, de één met één en de ander zonder bed.



Laboratorium Elisabeth Gasthuis in Arnhem, omstreeks 1915.

Bron: Gelders Archief 1501-04 B\_7643\_11

## Ontoereikende financiering

De vaak uitsluitend poliklinische behandeling van polikliniekpatiënten was niet de eigen keus, maar een gevolg van de beperkte toegang tot de ziekenhuizen. Dit was niet zomaar op te lossen. De landelijke artsenorganisatie propageerde een vrije specialistenkeuze, ook bij ziekenfondsen en andere organisaties die met de klinische kosten te maken kregen. Maar ziekenhuizen, verzekeraars en veel huisartsen wilden dat helemaal niet, dat wil zeggen, niet voor zaalpatiënten. Voor deze patiënten was er nog geen mogelijkheid om zich zelf te verzekeren. Dat verwachtte ook niemand. Voor ziekenfondsen was dit veel te duur en verdere verzekeringen voor ziekenhuisopnames en behandelingen waren er nog vrijwel niet. De Rijksverzekeringsbank was één van de weinige instanties die ook de klinische zorg vergoedde.<sup>37</sup> Toch was de specialistische gezondheidszorg goed toegankelijk voor armen en ziekenfondspatiënten. Met hooguit een kleine eigen bijdrage van deze patiënten en subsidies van gemeente of particuliere instanties, moesten ziekenhuizen en artsen het doen. Particuliere tarieven compenseerden dat dan weer, wat heel lang zo zou blijven.

Toen in de jaren twintig de klinische zorg steeds belangrijker en duurder werd, kwamen er ziekenhuisverplegingsfondsen, maar die verzekerden meestal alleen de verpleegkosten. Voor de groep patiënten die niet in de ziekenfondscategorie vielen, kwamen er nu organisaties die verpleging en behandeling vergoedden. Verzekeraars als de Middenstandsziektekostenverzekering en Centraal Beheer hadden een goede naam en werden belangrijke financiers van onder meer de specialistische zorg.<sup>38</sup>

Ziekenhuizen en specialisten moesten rekenen op lage tarieven voor opname en honorering van de zaalpatiënten. Dit was, nogmaals, verreweg de grootste categorie. Voor chirurgen met hun ingrepen, waar zij zelf en het publiek en de autoriteiten sterk van onder de indruk waren, vielen die tarieven overigens wel mee. Ook röntgenologen hadden in dezen een 'status aparte'. De geneesheer-directeur (vaak ook internist) zat echter niet te wachten op concurrentie van een maagdarmarts, hij kon dat zelf wel. Veel medewerking vanuit een ziekenhuis konden de maagdarmartsen dan ook niet verwachten.

Eigenlijk zat er dus helemaal niemand van de collega's op een maagdarmarts te wachten. Patiënten zagen dat echter anders.

Een volgende drempel voor maagdarmartsen was het beleid van de grotere ziekenhuizen. In stafziekenhuizen, ook wel gesloten ziekenhuizen genoemd, kregen niet tot de staf behorende specialisten geen vrije toegang. In deze ziekenhuizen hadden in ieder geval de zaalpatiënten geen vrije artsenkeuze, maar voor de als inkomstenbron belangrijke particuliere patiënten maakte het merendeel van die ziekenhuizen een uitzondering. Maagdarmartsen hadden daar niet zoveel aan, want die ziekenhuizen hadden al een internist. Andere ziekenhuizen, de open ziekenhuizen, hadden geen vaste staf anders dan een geneesheer-directeur en een chirurg. Deze ziekenhuizen adverteerden met een vrije artsenkeuze om betalende patiënten aan te trekken, maar ook in deze ziekenhuizen gold dat niet voor zaalpatiënten. Vooral in deze ziekenhuizen kon een maagspecialist in consult worden geroepen. Qua behandeling, onderzoek, praktijkvoering en financiering veranderde er niet zo veel in deze periode.



Polikliniek Gemeente Ziekenhuis Arnhem, rond 1940. | Bron: Gelders Archief 1500-4780

hadden de particuliere ziekenhuizen zoals diaconessenziekenhuizen en ziekenhuizen met een katholieke grondslag weliswaar bij buitenstaanders een goede naam, maar eerdere onderzoeken die ik deed, leerden mij dat de specialistische voorzieningen in die ziekenhuizen lang niet altijd van een goede kwaliteit waren.

Patiënten die bij een keuzemogelijkheid de voorkeur gaven aan een maagdarkarts, hadden niet altijd ongelijk. Een internist had minder ervaring op dit specifieke terrein dan een maagdarkarts. Het aantal consulten zoals De Groot dat rapporteerde, was in een ziekenhuis niet haalbaar. Zo'n ziekenhuis lag al bijna vol met chronische patiënten die er maandenlang lagen. Dat kon leiden tot heel andere onderzoeksmethodes en een heel andere behandeling.



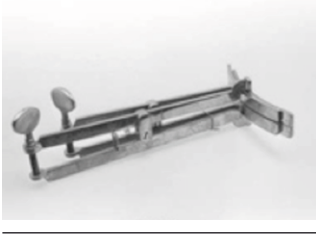
Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam. | Prentenkaart, omstreeks 1910

## Onzekere positie maagdarkarts

### ‘Samenwerking’ met chirurg en huisarts

*Geopereerd zonder deugdelijke aanwijzing en zonder kennis van prognose en therapie.* (J. de Groot, 1920)

Chirurg, internist en huisarts vonden allemaal vaak dat zijzelf uitstekend in staat waren hun maagdarkpatiënten te behandelen. Alleen daarom al was samenwerking niet eenvoudig. Als maagdarkartsen over ‘samenwerking’ met wie dan ook spraken, ging het meer om kwalitatieve motieven dan over een daadwerkelijke samenwerking. Met ‘samenwerking met chirurgen’ bedoelden zij in de eerste plaats die chirurgen die solistisch optraden en er niet eens aan dachten een maagspecialist te raadplegen. Zelfs Steensma (Utrecht) maakte dat als lector mee: ‘samenwerking zooals bedoeld bestaat vaak in het geheel niet.’ De indicatie voor een ingreep bleef mede daardoor een bron van medisch ongenoegen. Vooral omdat het stellen van de juiste diagnose niet de sterkste kant was van een chirurg. Sterker nog, zij ‘vonden een diagnose niet eens noodzakelijk.’<sup>39</sup> In 1920 sprak dr. A.P. de Groot (Arnhem) in de voorjaarsvergadering van de maagdarkartsen over deze kwestie. Hij was het helemaal met Steensma eens, maar zijn stad was een gunstige uitzondering. In Arnhem was bijvoorbeeld onderling geregeld wie de verantwoordelijkheid



Maagklem volgens Schoemaker.

Bron: Gemeentearchief Den Haag

droeg voor de, eventueel late, gevolgen van de operatie. Het enige overleg dat er in de andere steden was, ging volgens De Groot uit van de maagspecialist als hij een patiënt naar een chirurg stuurde.

Een aantal chirurgen was het met de maagdarmartsen eens, zoals de chirurgen J. Exalto ('s-Gravenhage) en dr. J. Schoemaker (idem). Schoemaker was overigens een internationaal bekend chirurg, die veel buitenlandse onderscheidingen kreeg zoals het erelidmaatschap van het American College of Surgeons (1921).

*Men maakt den buik maar open en ziet dan wat er aan de hand is.* (J. Exalto, 1916)

Dat deed Exalto overigens nog niet eens zo lang daarvoor zelf ook. Hij voegde er nog aan toe dat chirurgen 'te vaak en te snel opereerden', waardoor zij 'vele mislukkingen hebben.' Om dat te voorkomen vond ook hij samenwerking tussen chirurg en maagspecialist belangrijk. Na 1920 nam deze kritiek wat af. In de discussie die op de voordracht van De Groot volgde, deed zich onder meer de retorische vraag voor 'of het niet beter ware, dat de internist hier tevens chirurg zij.' Maar dat was toch niet zo'n goed idee. Chirurgie was zo veelomvattend geworden, dat slechts enkelen er niet tegenop zagen om ook nog alle ingrepen op chirurgisch terrein te doen.

De 'toon' tijdens de vergaderingen was soms van dien aard, dat het leek alsof alle chirurgen, en huisartsen, weinig capabel waren. Er was echter ook veel waardering voor de chirurgen die men met een gerust hart de 'uiterst moeilijke' resectie kon toevertrouwen. De chirurgen lieten de kritische opmerkingen, die maar al te vaak niet vriendelijk van toon waren, voor wat het was. Voor huisartsen was dat moeilijker. Specialisatie in de interne vakken was een groot gevaar voor de positie van de huisarts, zowel immaterieel – zijn kennis zou niet voldoende zijn – als materieel. Dat trof hem, want de patiënt gaf de voorkeur aan een specialist. Regelmatig verschenen er van huisartsen artikelen in het *NTvG*, de *Vox Medicorum* en *Geneeskundige Gids* over de onnodige specialisatie en de houding van de specialisten, 'ons specialisten'. De huisarts, die wel over de nodige kennis beschikte en er geen probleem mee had eventueel een specialist te raadplegen, trad niet zo in de openbaarheid. Daarnaast vroeg lang niet iedere maagaandoening om een specialistische behandeling. De huisarts had nog veel patiënten met maag- en

## Maagspecialisme, 'een heel vreemd specialisme'

Sommige maagdarmartsen verwoordden hun kritiek op de huisarts in de vergaderingen zodanig dat boze reacties niet konden uitblijven. Temeer omdat dit dan letterlijk in het *NTvG* was te lezen.<sup>42</sup> Zo ook in 1920. Een inzender wilde een woord van protest laten horen, want er was veel 'krenkends' gezegd over huisarts en chirurg. Volgens hem kwam dat omdat maagziekten 'een heel vreemd specialisme' was. Maagdarmartsen hadden 'niet enkel maag en darm tot hun terrein gekozen, maar ook de z.g.n. stofwisselingsziekten, waartoe dus eigenlijk, eenigszins ruim opgevat, alle ziekten behoren.' Zij waren niet alleen daarom geen specialist, zij waren dat ook niet omdat zij een deel van de behandeling uitbesteedden. Oogartsen, kno-artsen enz. waren dat wel, want zij behandelden én opereerden hun patiënten. Bovendien werden de patiënten 'ingepalmd' en zag de huisarts hen nooit meer terug. Voor kinderartsen gold precies hetzelfde. 'En het is wel merkwaardig, dat juist met deze [...] twee categorieën de huisarts meestal geen vloten omgang heeft.'<sup>43</sup>

Maagdarmarts Halbertsma, die zijn loopbaan als huisarts was begonnen, probeerde de zaak wat te sussen. Hij was van mening dat 'ons specialisme' inderdaad ziekten van maag, darm, lever, stofwisseling enz. was. Het was een intensief vak en een dagtaak: bemoeienis met de patiënt en onderzoek, laboratorium, röntgen en bezigheden in ziekenhuizen. Een huisarts zou daar helemaal niet eens toe kunnen komen. Maar, wat meer verdraagzaamheid en waardering van twee kanten, zou de verhouding zeker ten goede komen.<sup>44</sup>

buikkachten van 'huis-tuin-en-keuken'kaliber. Maar hij zag dat zelf dan anders: 'naar den oogdokter stuurt den huisarts, naar den maagdarmarts gaat den patiënt.'<sup>41</sup> Wat bij alle reacties in de eerste decennia van de vorige eeuw opvalt, zijn de onwetenschappelijke tegenargumenten van sommige artsen als zij het ergens niet mee eens waren. Aan de andere kant was er wel degelijk een probleem, waar niet alleen maagdarmartsen, maar ook kinderartsen, tuberculoseartsen en internisten mee te maken konden krijgen. Er was inderdaad een aantal artsen met een verouderde kennis en de algemene opleiding vertoonde nog steeds veel hiaten. Daarnaast waren er nog altijd artsen die 'niet geloofden' in nieuwe kennis, zelfs niet in de ernst van sommige bacteriële besmettingen. In de medische wetenschap was dat echter een redelijk normale zaak. Bij vrijwel alle nieuwe vindingen waren er altijd sceptici die er eigen, tegenstrijdige ideeën over oorzaak en therapie op na hielden en bleven houden. Pas in een latere fase sprak men dan van baanbrekende ontdekkingen, bij de introductie ervan moest de praktijk eerst maar eens de waarde ervan laten zien. Zolang deze specialismen niet als zodanig in het curriculum van de algemene opleiding waren opgenomen, was ook haast niet anders te verwachten. Het zogenaamde Academisch Statuut van 1921 vulde een deel van deze leemten op. Kinderziekten kreeg een plaats in het curriculum van de algemene opleiding. Voor toetreding tot het tweede deel van het artsexamen moest een semi-arts een verklaring overleggen dat hij voldoende kennis had van oogheelkunde, kno-heelkunde, huid- en geslachtsziekten en vrouwenziekten.<sup>45</sup> Aan het maagdarmspecialisme kende het Statuut geen speciale plaats toe.

## Percentage afgestudeerde maagdarmartsen

Periode	Afgestudeerde artsen die maagdarmarts worden	
	in absolute getallen	in procenten
1910-1914	10	1,2
1915-1919	5	0,6
1920-1924	5	0,5
1925-1929	10	0,8
1930-1934	2	0,3
1935-1939	7	0,4
1940-1944	2	0,2
1945-1949	2	0,1

Bron: 'Rapport Hornstra', 1916, p. 50

## Opleiding specialisten, studiereizen

**Negentiende-eeuwse specialisten, zoals kinderartsen, oorartsen en een enkele maagdarmarts, waren beter-gesitueerde autodidacten. Zoals eerder gezegd, had een aspirant-specialist in Nederland nog weinig opleidingsmogelijkheden. Bovendien hadden de universiteitsziekenhuizen in die tijd meestal nog geen poliklinieken voor een deelgebied van de inwendige ziekten. Alleen in de categorale ziekenhuizen, zoals oog- en kinderklinieken en sanatoria voor tuberculosepatiënten, waren de kennis en het aantal patiënten daarvoor aanwezig, maar deze waren er niet voor maagdarmziekten. Om specifieke kennis te vergaren reisden in verhouding veel aspirant-specialisten naar een kliniek van bekende medici in Duitsland of Wenen. Of dit dan een kort verblijf was of een stage van een langere duur, maakte niet eens zoveel uit. Die klinieken golden zonder meer als kwaliteitswaarborg voor het specialist-zijn. Het kwam er in deze beginperiode toch regelmatig op neer dat de specialist zijn 'echte' kennis vooral in de eigen polikliniek en praktijk opbouwde. Aan het eind van de eeuw moesten buitenlandse studies wat terrein gaan prijsgeven aan een opleiding in eigen land.**

Een 'specialistenopleiding' in Nederland was echter evenmin voor iedere afgestudeerde arts weggelegd. Er waren diverse barrières te overwinnen vóór je als assistent aan de slag kon gaan. In de universiteitskliniek moesten voldoende patiënten liggen die voor het desbetreffende specialisme relevant waren. Een volgend probleem was, dat het Rijk slechts voor een gering aantal, ongehuwde, assistenten een kleine vergoeding betaalde. Er waren nog wel wat andere mogelijkheden; de hoogleraren hadden ook assistenten 'om niet'. Een deel kon dat uit eigen middelen betalen, een enkeling slaagde erin een lening te krijgen. Maar dan nog was je er niet. Een hoogleraar nam je nu ook weer niet zomaar aan. Wat hielp waren 'relaties' en 'zoon van' zijn. Dat het specialisme van vader op zoon overging, gebeurde nogal eens; bij de maagdarmartsen was dat bijvoorbeeld het geval bij Halbertsma, De Groot (J.) en Schalijs. Ten slotte speelde nog de economische situatie een rol, die vooral in de jaren twintig en dertig een groot probleem was. Er was bovendien een overschot aan artsen, waardoor zich meer gegadigden voor specialisatie meldden, terwijl er (nog) minder betaalde assistentplaatsen vacant waren. In die tijd ontstond zelfs de gewoonte dat assistenten een goed aangeschreven hoogleraar betaalden om hem te 'mogen' assisteren. Er ontstonden nu wel meer niet-academische grote ziekenhuizen met mogelijkheden voor (een deel van) een opleiding.

## Opleiding maagdarmarts

Slechts van enkele van de eerste maagdarmartsen is de opleiding te achterhalen. De Groot (J.) bezocht daarvoor enkele klinieken in Duitsland. Halbertsma Sr., die als huisarts was begonnen, ging daar eveneens naartoe om zijn kennis van maagdarmaandoeningen te vergroten. Schalijs koos voor een 'opleiding' dichterbij huis. Nadat hij vier jaar assistent interne geneeskunde bij Talma was geweest, vestigde hij zich in Rotterdam als vrijgevestigde maagdarmspecialist. Schrijver koos echter voor een heel andere weg. Niet alleen ging hij als eerste maagdarmarts naar de Mayo Clinic in Rochester (Minnesota, USA), hij ging ook al in het *begin* van de twintigste eeuw. Hij was dan ook sterk onder de indruk van de kennis en vaardigheden van de toen al beroemde chirurgen, de gebroeders Mayo – 'de Mayo Brothers Charley en Will'.<sup>46</sup> Tegelijkertijd kwam hij daar in aanraking met de ideeën van een andere, voor hem belangrijke chirurg, Moynihan, die om dezelfde reden Rochester had bezocht. Later werkten daar ook diverse vooraanstaande maagdarmartsen. Tot op de dag van vandaag staat dit ziekenhuis bekend als hét grote voorbeeld van een kundig, efficiënt en patiëntgericht ziekenhuis.

Hoewel veel Nederlandse artsen daar 'nooit een voet hadden gezet', bestempelden zij het werk van hun Amerikaanse collega's regelmatig als *humbug*. Er waren echter ook velen die al vanaf het begin van de eeuw oog hadden voor de kennis en kwaliteit die daar zonder meer aanwezig was.<sup>47</sup> Verscheidene afgestudeerde artsen maakten ook toen al studiereizen langs dergelijke ziekenhuizen. Om een paar van deze ziekenhuizen te noemen: het Loomis Sanatorium (Liberty New York), het John Hopkins Hospital (Baltimore) en het Peter Bent Brigham Hospital (Boston).

Laatstgenoemde was het ziekenhuis van chirurg en ‘father of modern neurosurgery’, prof. dr. W.H. Cushing (die ‘de eenvoud zelve was’). Deze reizen namen veel tijd in beslag en waren veel duurder dan die naar de traditionele, Europese ziekenhuizen. Voor de Mayo Clinic moest je bovendien nog op zo’n vier à vijf dagen extra reistijd rekenen. Na de Eerste Wereldoorlog (1918) trok Amerika meer assistenten die zich daar wilden specialiseren.

In Londen waren er op medisch gebied eveneens interessante ontwikkelingen gaande. Toch gingen Nederlandse medici daar zelden naar toe, en dan nog alleen als er een internationaal medisch congres was georganiseerd. De overtocht was niet eens de belangrijkste overweging, want men ging nu eenmaal niet ‘met groote opgewektheid naar Londen’. Eerst was dat vooral om de ‘koloniale politiek’ van de Engelsen, en vanaf begin 1900 door hun optreden tijdens de Boerenoorlog, die nog vers in het geheugen lag. Mede door die onwil was een deel van de artsen niet op de hoogte van de ontwikkelingen daar, die toch vermeldenswaard waren. Om een voorbeeld te noemen: het overzicht van alle colitispatiënten die tussen 1893 en 1908 in de Londense ziekenhuizen waren opgenomen.

Met de gegevens over behandeling en de resultaten daarvan, het aantal sterfgevallen en de andere informatie over deze nog vrij duistere ziekte, hadden Nederlandse artsen hun voordeel kunnen doen.



Bronzen standbeeld van de Seated Mayo Brothers voor het hoofdgebouw van hun kliniek (Rochester, USA). | Bron: Wikipedia

## Ga rustig slapen: vertrouwen op eer en fatsoen, marktwerking en concurrentie

De landelijke artsenorganisatie (de Maatschappij) beschouwde de opleiding als een interne aangelegenheid, een eventuele formalisering daarvan lag in haar handen. Vóór de invoering van de zogenaamde Specialisten Registratie Commissie (SRC, in 1931) leek er voor een deel van de specialisten ook geen dringende noodzaak om ingewikkeld over de opleiding te doen. Zij kenden elkaar en vertrouwden erop dat zij dat aan de hoogleraren konden overlaten. Vooral bij deelspecialismen zoals urologie, orthopedie en maagdarmaandoeningen bleek dat dan niet altijd op te gaan. Slechts weinigen maakten zich daar druk over.

Er was sinds het begin van de eeuw wel een ‘leidraad’ die voor intern gebruik bedoeld was. Deze maakte het niet echt duidelijker: een specialist moest enige tijd als assistent werkzaam zijn geweest en de opleiding moest ‘voldoende zijn’. Wat dat dan precies inhield, was nog lang niet aan de orde. Het was volgens de Maatschappij ook helemaal niet nodig om de specialistenopleiding formeel te regelen, dat kon men met een gerust hart aan ‘de eer en het fatsoen’ van de artsen overlaten. Bovendien was er altijd nog de ‘marktwerking’; door de concurrentie zou de enkeling die zich ten onrechte specialist noemde, immers vanzelf afvallen? In 1913 was echter gebleken dat een aantal Maatschappij-afdelingen helemaal niet tevreden was met deze situatie. Ook twee van de vijf hoogleraren die de artsenorganisatie naar aanleiding van die kritiek om advies had gevraagd, herkenden de problematiek. Zij stelden voor een register aan te leggen van erkende specialisten. De artsenorganisatie voelde zich echter gesteund door de drie andere hoogleraren. Deze vonden dat formalisering alleen maar tot ‘onoverkomelijke moeilijkheden’ zou leiden.<sup>48</sup>

Eén van die moeilijkheden was dat een huisarts bevoegd was tot het uitoefenen van het *hele* vakgebied, waaraan niet te tornen viel. Een specialistenexamen kon ook niet. Sommige huisartsen vreesden dat patiënten dan een nóg sterker overdreven voorstelling van hun bekwaamheid zouden maken. Een andere oplossing was evenmin aantrekkelijk, omdat die ervan uitging dat de algemene opleiding zich tot enkele hoofdvakken moest beperken, met uitsluiting van alle specialismen. Gezien de tegengestelde belangen in dit ogenschijnlijk toch niet zo moeilijke

onderwerp, was het voor de artsenorganisatie het gemakkelijkst om de formalisering van de specialistenopleiding voor zich uit te schuiven. Zolang derden geen actie ondernamen, kon dat ook. De enige instanties die deze impasse wisten te doorbreken, waren de ziekenfondsorganisaties. Deze zouden gaan dwarsliggen als de opleiding niet bij wet werd geregeld.

## Maatregelen tegen misbruik van de 'titel' specialist!

In de loop van de jaren twintig kwamen er echter steeds meer niet-medici die vonden dat 'eer en fatsoen' onvoldoende garantie gaven voor de deskundigheid van specialisten. Naar aanleiding van de aanzwellende kritiek schreef de Specialisten Commissie, de landelijke sub-vereniging van de artsenorganisatie, in 1924 een enquête over de opleiding, die zij naar alle wetenschappelijke verenigingen toestuurde. Omdat de ziekenfondswetgeving voorzag in een honorering van specialistische hulp, gingen ook politici zich ermee bemoeien. Enkele Kamerleden vroegen in 1929/1930 zelfs 'om maatregelen te nemen tegen het misbruik van de "titel" medisch specialist'. Er was immers geen enkele garantie over hun opleiding en bevoegdheid?<sup>49</sup> Ook

## Een examen?

Heel veel jaren later, in 2014, komt er eigenlijk heel geruisloos dan toch een examen voor specialisten. Mede ingegeven door 'Europa', bleken de eisen daarvoor en de formalisering van deze titel toch gewenst.

### Erste lijst van geregistreerde specialisten maag-, darm- en stofwisselingsziekten in 1933

Amsterdam	's-Gravenhage
B.K. Boom	J.A. Arendsen Hein
A. Foyer	J.V. Coenaes
J.J. Halbertsma	A. Haak
I.L. Kantorowitz	W. Hoogslag
W. Kremer	E.C.T. de Kock van Leeuwen
A. Lichtenstein	J. Koopman
M.W.A. Meuwissen	G.A. Rademaker
J. Neuberg	B. Roest Crollius
E. Roselaar	B.J. Salomonson
L. Schaap	A. van der Scheer
J. Schrijver	
F.A. Steensma	
O.J. Wijnhausen	
Rotterdam	Leiden
M. Elzas	E.H.B. van Lier
A. van Meeteren	H.J. Wagener
F.A. Schalijs	
C.G. Vervloet	
H.A. der Weduwen	
Arnhem	Utrecht
J.M. Noothoven van Goor	J.R.F. Rasserst
J.L. Siemens	
Haarlem	
W.L. Ladenius	
L.C.W. Naessens	
S. Posthuma	

Bron: SRC, 1933, KNMG-archief, Utrecht

diverse andere instanties adviseerden de minister de opleiding te legaliseren. Toen besloot de Maatschappij nog in datzelfde jaar tot de invoering van een specialistenregister (naar het concept uit 1913). In 1933 verscheen de eerste lijst van de daartoe ingestelde Specialisten Registratie Commissie. De geplande ziekenfondswetgeving liep opnieuw vertraging op.

Het doel van de registratie was aan een bepaalde bevolkingsgroep, de ziekenfondspatiënten, een zekere garantie te geven dat een specialist zich niet ten onrechte als zodanig uitgaf. Maar vrijwel alle aanstaande specialisten lieten zich registreren. Specialist die vóór 1 juli 1931 als zodanig werkzaam waren, konden zich zonder meer laten inschrijven.

De instelling van de registratiecommissie had nog een bijkomend voordeel. In die jaren waren er nog steeds tegenstribbelende, zich bedreigd voelende artsen die vonden dat er hooguit vijf specialismen nodig waren (interne, heelkunde, verloskunde, kno en oogziekten). Andere vakgebieden zoals maagdarmziekten, hartziekten en longziekten waren daarvoor veel te beperkt, kinderartsen konden het helemaal wel vergeten. De registratiecommissie dacht daar anders over. Bij de eerste lijst was nog niet over alle specialismen een beslissing genomen. De tweede uitgave (1933) bracht daarin meer duidelijkheid. Maagdarmartsen waren voortaan niet meer een 'maagarts', of 'arts voor stofwisselingsziekten', maar specialist in maag-, darm- en stofwisselingsziekten. De specialist in long-, hart-, stofwisselings- en inwendige ziekten moest verdergaan als specialist in inwendige ziekten, dat nu – eindelijk – ook officieel als specialisme was erkend. Kindergeneeskunde was dat eveneens, maar dat was zo'n belangrijk onderdeel van de huisartsenpraktijk dat de tegenwerking die kinderartsen vanaf 1900 te verduren hadden gehad, onverminderd doorging. Dat lot trof overigens, zij het in iets mindere mate, ook de specialist in maag-, darm- en stofwisselingsziekten. De tegenwerking was echter niet afkomstig van de huisartsen maar van de internisten.

## Rol van de wetenschappelijke verenigingen

Enkele wetenschappelijke verenigingen hielden zich vanaf het begin van hun ontstaan actief bezig met de opleiding. Regelmatig stond dit op de agenda van hun huishoudelijke vergaderingen. Eerst was dat nog een beknopte invulling, zoals een assistentschap van twee jaar in een daarvoor geschikte kliniek en polikliniekervaring. Daaraan toetsten zij vervolgens de eventuele toetreding als gewoon lid van hun vereniging. Bij de maagdarmartsen ging dat wat anders. Reglementair was de enige voorwaarde bij de toelating van een aanstaand lid, dat deze zich uitsluitend tot het specialisme moest beperken (het 'stokpaardje' van Schrijver).

Voor veel verenigingen was de opleiding een uitermate belangrijke kwestie, zeker bij die specialismen die nog veel tegenstand van andere medici ondervonden. Opmerkelijk is het dan ook dat er bij een 'bedreigd' specialisme, zoals maagdarmziekten vóór de invoering van de registratie was, zo weinig over de opleiding werd gesproken. In de bijeenkomsten was de opleiding bepaald geen terugkerend onderwerp (de problemen met de bibliotheek kregen bijvoorbeeld veel meer aandacht). En dat terwijl in het eerste jaarverslag van de vereniging de opleiding als één van de 'vanzelf dringende punten' stond vermeld.

Tot 1924 leek de opleiding uit het oog verloren. In dat jaar deelde de secretaris mee dat op de enquête van de landelijke koepelvereniging (de Specialisten Organisatie) 'slechts 6 van onze 27 leden een antwoord [...] hebben ingezonden, hij brengt daarom een kort verslag uit van de conclusie dat deze enquête geen bruikbaar resultaat heeft opgeleverd.'<sup>50</sup> De notulist beperkte zich tot een 'kort verslag'. De summiere gegevens rondom de oprichting van de Specialisten Registratie Commissie hebben wellicht te maken met het gebruik, dat het bestuur van een wetenschappelijke vereniging over veel zaken besliste, deze verder afhandelde en vervolgens 'meedeelde'. In 1932 stond de opleiding opnieuw op de agenda. Het bestuur 'deelde mee [...] dat de Heer Halbertsma door het Bestuur is uitgenodigd zitting te nemen als vertegenwoordiger' van de maagdarmartsen. 'Over resultaten kan nog weinig gezegd worden.'<sup>51</sup> Schalijs volgde Halbertsma in de registratiecommissie op, waar hij ook enige jaren de functie van voorzitter vervulde.



Na de invoering van de specialistenregistratie was het al niet veel beter. Tussen mei 1932 en oktober 1934, toen de opleiding volop in de belangstelling stond, waren er bij de ‘besprekingen’ daarover, naast de (oud-) bestuursleden, gemiddeld slechts vijf van de omstreeks 27 leden aanwezig. Of kwam dat omdat, zoals later bleek, de opleidingsmogelijkheden voor maagdarmartsen niet voor het oprapen lagen? Ook het bestuur was hier minder bij betrokken, maar dat gold voor meer verenigingen. In die tussentijd groeide ook intern de onvrede over regeling en kwaliteit van de opleidingen, maar dat kwam pas in 1945 naar buiten.<sup>52</sup>

De kritiek die maagdarmartsen in hun beginperiode op de opleiding hadden, was niet op de eigen specialistenopleiding maar op de algemene opleiding gericht. Hoogstwaarschijnlijk waren zij gewoon tevreden met de bestaande situatie. Al vrij vroeg hadden drie van de vier universiteiten voor maagdarmziekten een docent aangesteld. Groningen benoemde in 1905 Romkes als privatdocent, Utrecht in 1909 Steensma als lector, en Amsterdam in 1915 Schrijver (Binnengasthuis) en Wijnhausen omstreeks 1918 (Wilhelminagasthuis), beiden als privatdocent.

## Erkenning als specialisme in medische termen (1932); specialistenregistratie

Aan de hand van een vragenlijst van de Specialisten Registratie Commissie moesten specialisten aangeven hoe de opleiding er uit moest zien. Het bestuur van de maagdarmvereniging vond dat ‘ons specialisme aan de eisch van 3 jaar’ moet voldoen en die te volgen in een universiteitsziekenhuis of een grote ziekeninrichting waar vijfhonderd bedden zijn, met een interne afdeling met omstreeks honderdvijftig bedden.<sup>53</sup>

Welke ziekenhuizen voor een opleiding geschikt waren, was niet omschreven. Het hoofd van de desbetreffende afdeling moest een (deel)specialist zijn. Dat was nu net één van de grootste problemen bij de maagdarmartsen. De vereniging omschreef dit als: ‘er zou een maag-darmarts aan de afdeling verbonden moeten zijn.’<sup>54</sup>

In naam konden artsenorganisatie en Specialisten Commissie nu tevreden achterover gaan leunen, maar in feite stelde de regeling niet veel voor. In 1939 kwam er opnieuw kritiek vanuit de Tweede Kamer op de ‘schijnbare bevoegdheid’ van de registratie. De afgevaardigde, de arts De Vries-Bruins, refereerde aan het ‘Voorlopig Verslag’, waarin gevraagd zou zijn om die opleiding te veranderen. Dat was niet juist weergegeven, want de facto was de opleiding helemaal niet geregeld. Wettelijke bevoegdheid kon alleen worden verkregen met een examen.<sup>55</sup> Interne kritiek op de opleiding was er ook, maar bleef gezien de positie van de opleiders binnenskamers. In 1945 bracht de internist dr. A.W.M. Pompen dit in de openbaarheid. Bij vrijwel alle opleidingen waren er ‘sluimerende vermoedens over aanzienlijke tekortkomingen’. Eind jaren veertig gaf ook de minister van Sociale Zaken te kennen dat hij allerlei klachten kreeg over de specialistenopleiding.<sup>56</sup>

Dat specialisten zich destijds niet zo met de opleiding bemoeiden, is wel te verklaren. Dat was nu eenmaal inherent aan de autoritaire omgeving waarvan zij deel uitmaakten.

Opleidingseisen 1932				
Soort ziekenhuis	Afdeling	Aantal bedden	Opnames per jaar	Duur opleiding
Algemeen ziekenhuis, met: <ul style="list-style-type: none"> <li>- chirurgische afdeling</li> <li>- voldoende onderzoeksmogelijkheden</li> <li>- laboratorium</li> <li>- patholoog-anatoom</li> </ul>	o.l.v. geregistreerd internist	50-100	600	3 jaar

NB Een GE-afdeling was niet vereist, specifieke vaardigheden evenmin.

De opleidingseisen hierboven werden twee jaar later, in 1934 gepubliceerd.

## Oorzaak van zweren in maag en duodenum

### Predispositie, psychische oorzaak?

Over een gebrek aan professionele aandacht voor maagzweren was niet te klagen. Tal van auteurs publiceerden over deze maagaandoening vanaf het eind van de negentiende eeuw in het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG), *De Gids*, de *Geneeskundige Courant* en andere geneeskundige bladen. Vooral het zuurgehalte van het maagsap speelde een belangrijke rol. Verder waren de meningen over de oorzaak voorlopig nog verdeeld. Wel waren steeds meer artsen van mening dat een maagzweer een – zoals wij dat zouden noemen – psychosomatische oorzaak had. Het hoge zuurgehalte paste ook bij de bevindingen over de onverklaarbare ‘nerveuze ziekte’ chlorose.<sup>57</sup> Bij deze diagnose was in ‘vele gevallen’ overvloedige zoutzuurafscheiding gevonden. Huisartsen diagnosticeerden deze ziekte bijna dagelijks.

### ‘Het rijwiel en de maag’

Rond de eeuwwisseling bleek dat maagaandoeningen ten gevolge van chlorose met ‘het rijwiel’ was te verhelpen. Mits matig gebruikt, verdween bij ‘chloro-neurasthenische personen’ de maagpijn als bij toverslag. Bij een chronische maagcatarre was ‘het rijwiel’ echter verboden.<sup>58</sup>

Niet lang daarna was chlorose verdwenen. Heel anders was dat bij de ‘nerveuze dyspepsie’ als veroorzaker van een maagzweer. Deze diagnose hield zelfs tot ver in de twintigste eeuw stand. In 1901 kon de latere arts maag-, ingewands- en stofwisselingsziekten, S.P. Swart (Haarlem), nog schrijven dat ‘de zoo vaak als nerveus maaglijden beschouwde stoornissen’ bronnen van dwaling waren.<sup>59</sup> In 1917-1918 bleek echter uit buitenlands onderzoek, dat het ‘overgrootste deel der dyspepsieën’ van psychoneurotische oorsprong was.<sup>60</sup> Anderen spraken zelfs van negentig procent. Maagdarmartsen sloten in het algemeen een psychische samenhang niet uit: ‘moeten wij niet in den psyche van den onderzochten persoon ten deele althans de verklaring vinden?’<sup>61</sup> Vervolgens richtte hun behandeling zich, psychisch of niet, op de lichamelijke verschijnselen.

### ‘Kwasi wetenschappelijk!’

#### Met dank aan Moynihan en de Mayo’s

‘Het zijn de heilkundigen Mayo en Moynihan, die ons de beteekenis hebben leeren kennen van de zweer in de maag en van die in de twaalfvingerige darm; die ons hebben leeren inzien, dat wij tot dusver geheel en ten onrechte een uiterst groote groep van lijdens als nerveuse zieken, kwasi wetenschappelijk als lijdens aan nerveuse hyperchlorhydrie bestempeld, hebben beschouwd.’<sup>62</sup>

Maagdarmarts Schrijver was het er niet mee eens dat psychische factoren maagzweren verklaarden. Een ‘ervaren arts’ mocht een somatische oorzaak van een maagzweer zeker niet uitsluiten. Tijdens de voorjaarsvergadering in 1919 wees hij op nieuwe inzichten daarover.

De psychische predispositie zou echter steeds meer aanhang krijgen. In de jaren dertig toonden buitenlandse onderzoeken aan dat er een verband bestond tussen het ontstaan van deze ziekte en de ‘persoonlijkheidsstructuur’.<sup>63</sup> Twintig jaar later bevestigde ook een interdisciplinair Nederlands onderzoek deze denkbeelden.

## ‘Oude opvattingen in een moderne lijst’ (P.H. Kramer, 1948)

Het lijkt erop dat er na 1945 een geheel nieuwe theorie in Nederland ontstond. In 1947 verscheen een boek van de Amsterdamse internist dr. J. Groen (UVA, Wilhelmina Gasthuis) over de grote invloed van psychische factoren bij zweren.<sup>64</sup> Hij maakte aan de hand van drie (!) ziektegeschiedenissen aannemelijk dat er kenmerkende karaktereigenschappen en speciale emotionele conflicten aan ten grondslag lagen. Hoewel recensent Kramer die theorie niet direct als een *eyeopener* zag, bleek het wel het startsein van de psychosomatiek, die zich overigens niet beperkte tot maagdarmziekten. De interdisciplinaire aanpak met een internist, psychiater en psycholoog, zoals die vervolgens in het Wilhelmina Gasthuis in het leven was geroepen, was wel nieuw. Dit team observeerde tussen 1939 en 1949 31 patiënten en meende daarmee het bewijs te hebben geleverd dat bij zweren in het spijsverteringskanaal de psychosomatische samenhang onomstotelijk was aangetoond.<sup>65</sup> Het duurde niet lang of vrijwel iedere internist maakte zich deze theorie eigen. De komende decennia waren maagpatiënten ‘zenuwlijders’. Zolang de echte oorzaak niet was gevonden, bleef dat zo.

### Medische oorzaak?

*De handboeken van den tegenwoordigen tijd [...] nalezende, ziet men, dat er ver uiteenlopende meeningen heerschen over de wijze, waarop de maagzweer ontstaat.* (Van IJzeren, 1901)

De vraag welke medische afwijkingen de zweren veroorzaakten, was aan verandering onderhevig. In de begintijd van het maagdarmspecialisme waren kramp van de sluitspier (pylorus) en gisting de meest voorkomende somatische theorieën over de oorzaak van een maagzweer. Prof. dr. S. Talma (Utrecht) had al in 1888 ‘met treffende voorbeelden’ aangetoond dat kramp de oorzaak was. Maar vooral door het promotieonderzoek van zijn leerling W. van IJzeren kreeg dit meer bekendheid.<sup>66</sup> Van IJzeren concludeerde dat een maagzweer bij de meeste mensen ontstond door kramp, die ook verhinderde dat de zweer genas.<sup>67</sup> Als men de sluitspier wegnam, genazen de patiënten wel. Eén van de eerste maagdarmartsen, De Groot (J.), was het daarmee eens: zo’n zweer wordt ‘zooals wij weten, in den regel door spasmus veroorzaakt.’<sup>68</sup> Anderen zagen kramp meer als secundair.

Gisting was een andere verklaring voor de ontwikkeling van een maagzweer. Dat leidde tot irritatie van het slijmvlies en een overproductie van zoutzuur. De gangbare theorie was dat de gistingsprocessen in de maag altijd het *gevolg* waren van een bestaande maagziekte. Dat gisting daarnaast ook primair of door een andere bestaande maagziekte de oorzaak kon zijn, was een nieuwe hypothese van de bekende Franse clinicus A. Robin, én van De Groot.<sup>69</sup>

Nog vele andere oorzaken waren er de volgende jaren te horen. Zo zouden hersenziekten tot zweren kunnen leiden, en behalve door alcohol en roken zouden door een langdurige prikkeling van de vaatvernauwende zenuwen zweren en bloedingen kunnen ontstaan. Regelmatig kwam naar voren hoe weinig er nog maar bekend was: ‘wij tasten omtrent de oorzaak of oorzaken van het *ulcus ventriculi* nog steeds in het duister’ (1915), ‘over oorzaken en ontstaan van zweren is allerminst eenstemmigheid’ (1925). Toch was er destijds al een enkele maagdarmarts, met name De Groot, die een heel eind in de goede richting zat. Hij noemde bepaalde bacteriën als mogelijke veroorzakers van de zweer.

### Bacteriële oorzaak?

In navolging van de ontdekking van ziekteverwekkers van gevreesde infectieziekten zoals tuberculose (1882) en cholera (1883), had een enkeling destijds geopperd dat het mogelijk kon zijn dat ook een maagzweer berustte op een bacteriële ontsteking. Dit idee kreeg alleen maar negatieve reacties. In 1901 verwonderde De Groot zich daarover, er waren immers microben in het zure maagsap aangetoond, waar vervolgens niets mee werd gedaan!

## ‘Zonder infectie geen zweren’ (De Groot, 1901)

‘Het moet eigenlijk bevreemding wekken, dat men zo hardnekkig blijft weigeren aan de microben een rol toe te kennen bij het ontstaan van maagziekten, waar daaraan bij ziekten van andere organen tegenwoordig algemeen zulk een belangrijke plaats is ingeruimd’, zo schreef De Groot.<sup>70</sup>

Pel had al in zijn eerste boek *Ziekten van de Maag* (1899) gewezen op spiraalvormige bacteriën in de maag. Zonder daaruit conclusies te trekken; hij beschouwde deze als een post-lethaal verschijnsel. In 1906 kreeg de visie van De Groot echter ondersteuning van de gerenommeerde patholoog-anatoom dr. E. Neumann. Deze was door zijn onderzoek ervan overtuigd dat er zonder infectie geen zweren in de maag en twaalfvingerige darm waren. Deze bacteriën schuwden niet alleen het zuur, sterker nog, zij zouden er zelfs een zekere voorliefde voor hebben.<sup>71</sup>

Net als bij de bacterie was er nog een andere theorie die stand zou houden. Prof. dr. G.E. Konjetzny en zijn volgelingen zagen *gastritis* als grondoorzaak van zweren. Maagdarmarts Schalij ‘geloofde’ daar echter niet in. In 1938 betoogde Schalij: ‘Volgens de tegenwoordige opvatting van het ontstaan van een zweer onderscheiden wij [...] een endogenen factor en een exogenen. Respectievelijk de nog niet goed bekende erfelijke en familiale afwijkingen in het gestel van de ulcuslijder, en de schadelijke invloeden, die het gevolg zijn van de levenswijze van de patiënt.’<sup>72</sup> Twee jaar later vulde hij dit nog aan met onder meer de theorie van dr. G. von Bergmann, die de disharmonie van het vegetatieve zenuwstelsel daarvoor aanwees.<sup>73</sup> ‘De maag leeft als geen ander het leven van zijn bezitter mede.’

## Zuurgehalte en maagzweer in 1895 en 1955

De rol van het zuurgehalte bleef overeind staan. In 1895 schreef Talma over het verband tussen het zuurgehalte en een maagzweer: ‘de kennis van die aciditeit blijft voor onze diagnostiek toch nog steeds van groote waarde.’<sup>74</sup> Het gezaghebbende tekstboek van Cecil-Loeb, jaargang 1955, is het daar nog helemaal mee eens: *Peptic ulcer is due to the digestive action of acid gastric juice.*<sup>75</sup> Ook de jaren daarna bleef deze theorie van kracht. Hoewel de mogelijkheid van een bacteriële infectie van tijd tot tijd was geopperd, was dit probleem pas halverwege de jaren tachtig opgelost door Barry Marshall; de hoofdschuldige was toch écht een bacterie.

## Diagnostiek maagzweer, hevelen en spoelen

### ‘Onze kennis’

*Onze kennis van de lokalisatie van het ziekteproces [heeft] een ongeëvenaarde vlucht genomen. De diagnose [maagzweer] wordt thans in het algemeen vroegtijdiger en met meer zekerheid gesteld. ‘Onder de nieuwere en eenvoudige mechanische hulpmiddelen [...] noem ik slechts de proefpunctie en de maagsonde.’*<sup>76</sup> (Pel, 1907)

Voor Pel was er wellicht een aanmerkelijke verbetering gekomen, anderen vroegen zich de komende jaren af hoe men de ‘niet zulk een schitterende uitkomst’ kon verbeteren.<sup>77</sup> De diagnostiek richtte zich nog op het chemisch onderzoek van het maagsap. De eerste, Duitse, publicaties daarover waren al in de jaren tachtig van de daaraan voorafgaande eeuw verschenen. Het onderzoek beperkte zich tot de aan- of afwezigheid van vrij zoutzuur en het vermogen om eiwit te verteren.<sup>78</sup> Nog in diezelfde eeuw breidde het onderzoeksveld zich verder uit. De eerste maagdarmartsen en vele anderen worstelden met resorptie, motiliteit, sapafscheiding en verwerking van voedsel.

Tientallen jaren hielden medici zich bezig met vragen over de betekenis van het zuurgehalte, het pepsinegehalte en de tijdsduur van de ontleding van de maag. Veroorzaakte soms het wegvallen van de beschuttende invloed van slijm op de maagwand alle klachten? Een meer gedetailleerd en nauwkeurig inzicht ontbrak. Dat maakte het nog moeilijker om maagstoornissen als ‘nerveuse dyspepsie, een maagcatarrh en andere lichte stoornissen eenigszins in te kunnen schatten.’<sup>79</sup>

Het enige dat – voorlopig – duidelijk was, was de ‘buitengemeen belangrijke’ betekenis die men toekende aan de bepaling van het gehalte van totaal zuur en vrij zoutzuur.<sup>80</sup> Naast chemische bepalingen in bloed, urine en ontlasting, was de methode voor de bepaling hiervan het onderzoek van maagsap en maaginhoud na een uitgehevelde proefontbijt.

## Verwachte ‘zekerheden’

Toch zou men ook aan de betekenis van het zoutzuurgehalte gaan twijfelen. Hoe is het anders te verklaren dat de zuurwaarden belangrijk lager uitvielen dan verwacht? Als voor het ontstaan van de zweer het maagzuur van ondergeschikte betekenis was, zou het dan de zweer wellicht onderhouden? De twijfel bleef. In 1930 bevestigde prof. dr. A.A. Hijmans van den Bergh (Utrecht) dit opnieuw: ‘Omgekeerd vindt men bij het ulcus volstrekt niet altijd, niet eens in den regel, hooge zoutzuurwaarden.’<sup>81</sup> Soms leek het erop dat de diagnostiek een forse stap vooruit was gegaan, maar later bleek dan dat de bevindingen onjuist waren geweest, of zelfs het tegenovergestelde. Teleurstellingen bleven dan ook niet uit. ‘De verwachte zekerheid zien wij in den regel weer tot wankelende onzekerheid worden.’<sup>82</sup> Want ‘in iedere diagnostiek schuilt iets subjectiefs; [...] en de van tijd tot tijd voltrekkende verandering van inzicht [...] nopen ons tot verder nadenken.’<sup>83</sup>



A. A. Hijmans van den Bergh, in 1939 geschilderd door Jan Sybo Sjollemma in olieverf op doek (66,5 x 56 cm).  
Bron: Collectie hoogleraarportretten, Universiteitsmuseum Utrecht

## ‘Een juiste diagnose [is] van het allergrootste belang’<sup>84</sup>

Keer op keer wezen maagdarmzweren en ‘internisten’ in de ziekenhuizen op het belang van een vroege herkenning van een maagzweer. Behandeling zou kunnen voorkomen dat deze chronisch werd; deze was veel virulenter, genas moeilijker en was ‘bij uitstek gekenmerkt’ door haar recidiverende karakter. De ‘kwellende symptomen’ verergerden in de loop der jaren nog. De ingewikkelde diagnostiek maakte het er niet eenvoudiger op. Zo was een bloeding een signaal dat er ‘iets’ aan de hand kon zijn. Een chronische zweer daarentegen zou als ‘meest kenmerkende eigenschap’ een zeer geringe bloedingsneiging hebben.<sup>85</sup> De kennis vertoonde veel hiaten en de instrumenten waarover men destijds beschikte, gaven nog geen duidelijk beeld. De gastroscoop had in de eerste decennia van de twintigste eeuw nog een lange weg te gaan. Het onderzoek was niet ongevaarlijk en allesbehalve ‘dokter- en patiëntvriendelijk’. Röntgenonderzoek bracht in eerste instantie evenmin veel duidelijkheid, men kon ‘uit een röntgenphoto dikwijls lezen [...] wat men wil.’<sup>86</sup> In de jaren twintig verbeterde de kwaliteit van de foto’s door de komst van de zogenaamde Coolidge-buizen. Spectroscopie, een andere onderzoeksmethode die men vanaf het begin van de twintigste eeuw zo hier en daar gebruikte, kon inderdaad nieuwe gegevens aan het licht brengen. Veel navolging kreeg dit instrument de eerste jaren niet. Dat neemt niet weg dat de mogelijkheid om daarmee wat beter verborgen bloedverlies te kunnen aantonen, een belangrijk moment was in de geschiedenis van de maagdarmgeneeskunde.

## Sonde en maagspoeling

De diagnose berustte hoofdzakelijk op de uitkomsten van het onderzoek van de maaginhoud. Dat was veel ingrijpender en erg tijdrovend. Na een proefontbijt zoog men de maaginhoud op met een vrij dikke slang. Na de introductie van een ballon aan de slang ging dat iets gemakkelijker. De starre buizen waar men mee begon, waren een kwelling voor de patiënt (zie ook hoofdstuk 13). Daarmee vergeleken leek het hevelen met een maagsonde toch een ‘verbetering’. Hevelen was evenmin zonder risico. Een bloeding of perforatie ontstonden niet alleen door een

zweer, onoordeelkundig gebruik was beslist niet uitgesloten. Er werd heel wat ‘geheveld’ in die tijd. In een wat latere periode bleek dit echter vooral door de chirurgen en internisten in de ziekenhuizen te zijn gedaan.

Maagdarmarts Schalij, die zich al in 1907 in Rotterdam had gevestigd, beschreef hoe hij het zuurgehalte bepaalde. Hij bracht ‘een mengsel van zijn “zuren bouillon” in de maag, schudt het lichaam [!] goed door elkaar, hevelt eenige malen heen en weer en neemt dan een proefje [...] met de sonde uit de maag.’<sup>87</sup>

Maagdarmartsen waren echter steeds meer tegen het veelvuldige sonderen en dan ook nog dagen achtereen. Zij hadden meestal genoeg aan een eenmalig onderzoek.<sup>88</sup> Hetzelfde gold voor de maagspoelingen. De gewoonte om de maag te spoelen was al veel langer in gebruik (met een eerste vermelding in 1885), zowel als behandeling – het zou ‘veel verlichting geven’ – als voor het schoonmaken van de maag. Dit was zonder meer nodig na de inname van giftige stoffen, maar de gewoonte om de maag te spoelen voor een operatie was omstreden en zeker als dit niet bij één spoeling bleef. De maag, die toch al veel te verduren kreeg, kon daardoor scheuren.<sup>89</sup> Maagdarmartsen pleitten voor minder riskante methoden om de maag op een operatie voor te bereiden. Niet alleen de chirurgen gingen er gewoon mee door, ook de internisten hadden er geen problemen mee. Dagelijks vijf keer spoelen was niet ongewoon. Schrijver wees ettelijke keren op de ‘onlogische en volmaakt overbodige wijze van doen’ van deze internisten en chirurgen. Met hun manier van maagspoelen, met een ‘dikke sonde’ en trechter, was dat een onnodige kwelling voor de patiënt. Er was niets tegen de behandeling, mits goed uitgevoerd en met *kleine* hoeveelheden vloeistof.

## Fractional test

Van tijd tot tijd was er sprake van een minder patiëntonvriendelijk onderzoek. Meestal leken deze gedurende een

### Alsof niet een zieke mens [...] te behandelen viel, maar zijn maagsap’ (Schrijver, 1919)

‘Hoe weinig is er gebleven van de verwachting, dat een op de spits gedreven scheikundig onderzoek het “Sesam open u!” zou kunnen zijn, dat de poort zou kunnen ontsluiten, waarachter de diagnostische geheimen verborgen liggen. Al heel spoedig moest men tot de erkenning komen, dat, in diagnostische betekenis, de kennis van de afwijkingen in de uitdrijving het verre van die secretie-stoornissen wint. En wat het maagspoelen betreft: wat zijn wij al een eind van het roekeloze spoelen verwijderd!’<sup>90</sup>

korte periode veelbelovend.<sup>91</sup> De *fractional test*, die rond 1930 in Utrecht was ingevoerd, was volgens Hijmans van den Bergh wél een verbetering. Deze methode was vooral te danken aan de Amerikaan Rehffuss. In plaats van de gebruikelijke dikke maagslang kreeg de patiënt een voor die tijd dun slangetje dat gedurende het onderzoek bleef zitten. Hoewel dit niet altijd minder onaangenaam was, kon de patiënt dit slangetje in ieder geval wat gemakkelijker inslikken. Men zoog dan volgens een bepaald schema een aantal keren een kleine hoeveelheid vloeibare maaginhoud op uit de maag. Eén van de problemen bij het hevelen op de gebruikelijke manier was het wisselende zuurgehalte in de loop van de dag. De *fractional test* loste dat op, maar niet alles. ‘Maar het is overdreven een methode te verwerpen omdat zij geen 100 pCt. zekerheid verschaft.’<sup>92</sup> De test bleef overigens zeker tot in de jaren zeventig in gebruik.

## Arbeidsintensieve methode

‘Onder eenige uitleggingen en aanmoedigende woorden van medicus of pleegzuster’ moest de patiënt ‘s morgens zelf een dunne, zestig centimeter lange maagsonde inslikken. Vervolgens zoog men dan met een bepaalde injectiespuit de maagvloeistof op uit de nuchtere maag. Dit ging in een reageerbuisje, daarna volgde een proefontbijt van dunne pap. Elk kwartier zoog de dokter kleine hoeveelheden proefmonsters op, bij een zittende tot half liggende patiënt. De proef nam twee tot drie uur in beslag; men bepaalde het zoutzuurgehalte dat door de maag was geproduceerd.

Na 1945 wijzigde de mening over de meest optimale manier voor de bepaling van het maagzuur. Nachtelijk maagzuur zou daarvoor een betere methode zijn. Inmiddels waren de hevelsessies in sommige praktijken niet meer voorbehouden aan de behandelende specialist. Hij liet ze dan over aan zijn praktijkassistente of verpleegster. Aan haar de taak de nachtelijke werkzaamheden te verrichten.

## Wandelende maag-darmsonde van Scheltema

*De geheele biologische wetenschap zal er voordeel mede behalen.* (G. Scheltema, 1907)

Al in 1860 had sectie aan het licht gebracht dat er ook in de twaalfvingerige darm zweren voorkwamen.<sup>93</sup> Daarna bleef het geruimde tijd stil rondom het duodenum. Tot G. Scheltema (Groningen, kindergeneeskunde) in 1907 zijn bevindingen publiceerde over zijn 'geheel nieuwe methode van behandeling en onderzoek', de 'auto-sondering', die hij na dierproeven nu ook bij enkele patiëntjes had beproefd. Na het inbrengen van een koord of slang met aan het beginpunt een 'loods', wandelde deze door de peristaltiek vanzelf door het maagdarmkanaal. Hij had hoge verwachtingen van zijn 'permeatie', die ongetwijfeld veel navolging zou krijgen.<sup>94</sup> Volgens Scheltema was het een vrij onschuldige handeling, want een kind zou binnen zeer korte tijd wennen aan een vreemd lichaam in de keel.

Naar aanleiding van dit artikel besloot ook dr. E.C. van Leersum dit te proberen (v/h maagdarmarts, nu hoogleraar Kennis der geneeskunde en geneesmiddelleer in Leiden). Bij één van zijn patiënten had hij alle gebruikelijke middelen beproefd, waaronder een operatie, maar zonder blijvend resultaat. Met de bedoeling de maag enige tijd rust te geven en toch behoorlijk te kunnen voeden, probeerde Van Leersum de 'zelf-wandelende' soepele buis in de twaalfvingerige darm te brengen. Het lukte niet en ook niet bij een andere patiënt, maar hij wilde het toch nog eens proberen.<sup>95</sup> Zeer tot ongenoegen van Schrijver, die dergelijke 'proefnemingen' ontoelaatbaar vond.

### Akelig en niet zonder risico

Velen zullen 'verwonderd vragen [...] of er niet op onverantwoordelijke wijze' met deze zieken is omgegaan. Want het is niet in het belang van de patiënt, om een 'zoo ernstig zieke, als een lijder aan maagzweer is, acht dagen [te laten] rondlopen – let wel: lopen – met een vreemd voorwerp in zijn maag [dat] onophoudelijk langs maagwand en aangedane slijmvliesplek schuurt.' Schrijver vroeg zich af of die buis ook bij een volwassene netjes naar de darm zou wandelen.<sup>96</sup>

Ook tegen 'het draadje', een andere 'zelf-wandelende' methode, had Schrijver bezwaren. Dit draadje zou verborgen bloed kunnen aantonen, dat één van de moeilijkste problemen bleef.

## Draadproef van Einhorn en de herrijzenis als veterproef in de jaren zestig

In 1909 introduceerde dr. M. Einhorn zijn draadproef, waarvoor hij aan een zijden draad een klein emmertje gehuld in een gelatinecapsule bevestigde. De patiënt slikte dit 's avonds in en de volgende morgen trok Einhorn, als alles goed ging, de draad met emmertje er weer uit. Eventuele verkleuringen op de draad zouden aangeven of en waar een zweer zat. Hij 'verbeterde' de methode nog door in de maag een ballon op te blazen. Voor de patiënt was het ongetwijfeld een uitermate benauwend onderzoek. Het emmertje kon het slijmvlies beschadigen en bloedingen veroorzaken, én het kon bij de pylorus blijven steken. En dan ook nog die opgeblazen ballon! Voor de behandelende arts was het daarentegen veel eenvoudiger. Toch bleek dat men dit onderzoek in Nederland slechts zelden toepaste.<sup>97</sup> En dat kwam niet alleen door 'het emmertje', wat toch wat 'ruw' klonk.

De maagdarmarts B. Sybrandy (Nijmegen) en A.J.A. Koelensmid (Utrecht, internist militair hospitaal) zagen wél wat in de draadproef, maar zij gebruikten geen emmertje. Zij slaagden er echter niet in bij een patiënt bloed aan te tonen. Tot Sybrandy aan de methode van Einhorn dacht, 'en ziet! den anderen morgen kon ik als het ware de maagzweer op een presenteerblaadje vertoonen!'<sup>98</sup> Internist Koelensmid kreeg door enkele wijzigingen betere

uitkomsten, die ook minder belastend waren.<sup>99</sup> Ook Van Leersum rapporteerde gunstige uitslagen. Volgens hem leed ‘het geen twijfel’ dat ‘het emmertje’ de geringe belangstelling voor dit onderzoek verklaarde.<sup>100</sup>

Zoals het bijna een axioma was in deze geschiedenis, leerden daarentegen de ervaringen van Schalijs, Schrijver en andere maagdarmartsen, dat de proef alles behalve betrouwbaar was. Schrijver bijvoorbeeld, had bij mensen die een volmaakt gezonde maag hadden, ‘prachtige bloedingen’ aangetoond. Bij maagkanker (met voortdurende en sterke bloedingen) was er weer géén draadverkleuring. Het ergste was nog dat Koelensmid de draadproef ‘vanwege haar grooten eenvoud bij uitstek geschikt voor de algemeene praktijk’ achtte.<sup>101</sup> Zoals vaker gebeurde, hadden ‘buitenstaanders’ – internisten – geen oog voor de specialistische vaardigheden die bij dergelijke onderzoeken noodzakelijk waren en waaraan het bij henzelf ontbrak.<sup>102</sup>

Tot tevredenheid van Schrijver leek in 1937 deze ‘autosondering’ obsoleet geworden: ‘De “draadproef” als diagnostisch hulpmiddel is gelukkig naar de gruwelkamer van de ondeugdelijke onderzoekingsmethoden verwezen.’ Einhorn had overigens ook goede ideeën; zijn publicatie over de duodenumsonde was zelfs ‘zeer leerzaam voor die artsen, die het bestaan van deze specialiteit ontkennen.’<sup>103</sup>

Er dienden zich echter nieuwe problemen aan.<sup>104</sup> De internist dr. J.C.J. Burkens in Meppel publiceerde zijn ervaringen met de nachtelijke toediening van alkaliën met een ‘druppelregelaar’.<sup>105</sup> Zijn patiënten kregen via een ‘gewone duodenumsonde’ alkalihoudende vloeistof toegediend. Na lezing dacht Schrijver dat hij de Nederlandse artsen niet hoefde te waarschuwen voor ‘dit nieuwe, ganschelijk overbodige en waarschijnlijk niet ongevaarlijke experiment’.<sup>106</sup>

Eind jaren vijftig overtuigde volkomen onverwacht de draadproef, nu veterproef genoemd, opnieuw een aantal medici van het nut ervan. Amerikaanse onderzoekers, die ook al twijfelden aan de merites van de draadproef van Einhorn, publiceerden de resultaten van hun onderzoek daarnaar in het *American Journal of Digestive Diseases* (1960). Zij concludeerden dat er geen positieve relatie was tussen de locatie van de bloedvlek en het letsel in het spijsverteringskanaal. Het was een onbetrouwbare methode, die bovendien geen enkele praktische waarde had.<sup>107</sup> Toch verscheen er een jaar later één positief bericht in het *NTvG* over de veterproef, het leek ‘een eenvoudige, goedkope en onschadelijke proef’, die ook als *screening test* en voor *follow up* geschikt was.<sup>108</sup> Slechts een enkele internist ondersteunde dit.

## Andere diagnostische methoden: spectroscopie, gastroscopie en röntgen

### Spectroscopie en verborgen bloed

*Niet slechts voor de diagnose van ulcus, maar niet minder voor het succes van de toegepaste therapie, veroorlooft het bloedonderzoek der faeces [op verborgen bloed] hoogst gewichtige gevolgtrekkingen.* (Schrijver, 1904)

Nadat enkele Duitse onderzoekers in 1892 voor het eerst hadden gewezen op het bestaan van verborgen bloedingen, kwam dit onderzoek in een stroomversnelling terecht.<sup>109</sup> Deze zouden wijzen op maagzweren of -kanker.<sup>110</sup> Enkele jaren later ‘hoefde het geen betoog’ meer dat bij maag- en ingewandsziekten het onderzoek op occult, verborgen bloed in de ontlasting onontbeerlijk was.<sup>111</sup> Het onderzoek ging meestal volgens de bloedproef Van Deen-Weber.<sup>112</sup>

### Spectroscopie volgens Snapper

Een deel van de onderzoekers gebruikte behalve de chemische bloedproeven ook een spectroscop. In de klinieken deed men er echter weinig mee. Hun verouderde spectroscopen voegden inderdaad weinig toe aan de diagnostiek. Die scepsis bleef, ook nadat er artikelen verschenen over een verbeterde spectroscop, die ‘zeer fijne plaatsbepalingen’ zou toelaten. De auteurs onderstreepten dat er nu meer zekerheid was dan de gebruikelijke bloedproef gaf.<sup>113</sup> Het zou ‘verborgen bloedingen in zowel maag als darm’ kunnen aantonen, mits ‘met grote





Spectroscopie 1900 Brashear Co, Ltd, John A; Alleghany, Pennsylvania, USA.  
Bron: Boerhaave Museum

zorgvuldigheid en tal van voorzorgen' uitgevoerd.<sup>114</sup> Dat alleen al weerhield potentiële onderzoekers ervan om dit te gaan toepassen. Maagdarmartsen en enkele chirurgen zagen wel de meerwaarde in van spectroscopie. Zij gebruikten de verkregen gegevens vooral om de behandeling van een maagzweer te kunnen aanpassen.<sup>115</sup> Dr. I. Snapper (Groningen, 1915), 'pionier' op dit terrein, verbeterde de spectroscopie nog verder. De uitkomst die hij daarmee verkreeg, was nu nog 'veel zekerder' dan de uitkomsten van alle andere onderzoeksmethoden die er in omloop waren.<sup>116</sup> Omdat de spectroscopie desondanks nog niet betrouwbaar genoeg was, ging Snapper door met zijn pogingen het apparaat te verbeteren. Drie jaar later had hij dan toch een 'bijzonder betrouwbare' spectroscopie gekregen. Daarmee kon hij zó goed verborgen bloed aantonen dat, om een

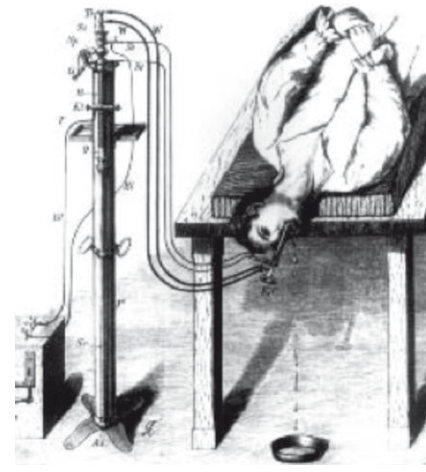
juiste diagnose te kunnen krijgen, spectroscopie *noodzakelijk* was.<sup>117</sup> Spectroscopisch onderzoek kreeg nu steeds meer bijval en rond 1925 was het geen punt van discussie meer. Wel leverde het vervolgens weer nieuwe vragen op. Als er bijvoorbeeld geen verborgen bloed was aangetoond, kon men dan nog wel spreken van een zweer, of was dat een schijnzekerheid? De diagnose bleef moeilijk. 'Laten wij tevreden zijn met een bepaalde mate van waarschijnlijkheid', hield Hijmans van den Bergh in 1930 zijn collega's voor.

## Gastroscopie, voorgeschiedenis

### *Endoscoop van Mikulicz Radecki voor maag, slokdarm en darm*

In 1882 verscheen het eerste bericht in Nederlandse tijdschriften over het nieuwste hulpmiddel van de 'Weener School' op geneeskundig gebied.

<sup>118</sup> Deze vinding was een aangepaste versie van de rechte endoscoop van Bozzini uit 1805. Mikulicz Radecki maakte er een stompe hoek op, waardoor het mogelijk was 'met het lichtende uiteinde de maag te bereiken en de pylorus te aanschouwen.' Bovendien kon hij lucht inbrengen om 'alzo de samengevallene maag op te blazen.' Deze maagspiegel was zo ingewikkeld dat alleen Mikulicz Radecki ermee overweg kon. Dat hij daarmee ook echt die sluitspier zag, lijkt niet erg waarschijnlijk. Deze locatie zorgde ook bij latere gastroscopen voor moeilijkheden. Er waren bovendien maar weinig patiënten die dat onderzoek zonder morfine konden doorstaan.



Methode Mikulicz.

Bron: K. Gibinski, 'Digestive endoscopy in the 20th century: an overview of Mikulicz heritage in Poland', *Gastro-enterologi Polska*, 2005, 12,4:285-292

*En als er dan een clinicus was die met de nodige durf en oefening enige 'diagnostische kunststukken heeft kunnen uithalen, dan lag dat eer aan zijn handigheid en niet minder aan de lankmoedigheid van den patiënt, dan aan de deugden van het werktuig.'*<sup>119</sup> (Van Leersum, 1911)

In eerste instantie gebruikte men een 'stijve sonde', de maagcatheter. Dit vereiste 'zeer veel kunstvaardigheden', bij 'ongeoefende lieden' leek de catheter 'dikwerf een plank'. De buis moest diverse hindernissen overwinnen die de patiënt soms 'krakende tanden', beschadiging van het slijmvlies of wervelkolom opleverden. Als echter alle hindernissen waren overwonnen, 'lukt het bijna altijd zonder eenig bezwaar' de slang in de maag te schuiven.<sup>120</sup> Maar voor de patiënt wachtte er nog een onaangenaam vervolg.<sup>121</sup> Het lukte alleen als hij eerst 'even een slikbeweging' maakte en vervolgens rustig en diep bleef ademen. Niet iedere patiënt kon dat opbrengen, zoals Van Leersum (toen nog arts in spijsverteringsziekten, Amsterdam) constateerde.

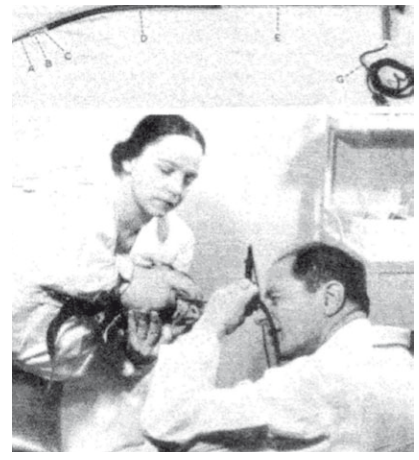
Men moet eigenlijk hooren hoe de patiënt gedurende zijn persbewegingen te keer gaat, en zien hoe hem de tranen over de wangen loopen om een goed begrip te krijgen, wat een benauwde bewerking het is om de maaginhoud naar buiten te persen.<sup>122</sup>

Niet alleen de zweer veroorzaakte veel pijn; bij de onderzoeken die een maagpatiënt moest ondergaan, ging het er vaak ook Spartaans aan toe. Het vooraf ‘cocainiseren’ van de keel gaf niet altijd voldoende verlichting, ijsblokjes hadden dan meer effect. Nog tot in de tweede helft van de twintigste eeuw kregen maagpatiënten ijsblokjes op hun buik. Deze diagnostiek was en bleef voorlopig een niet bepaald plezierig vooruitzicht.

### ‘De nog groote moeilijkheden aan een gastroscopie verbonden’<sup>123</sup>

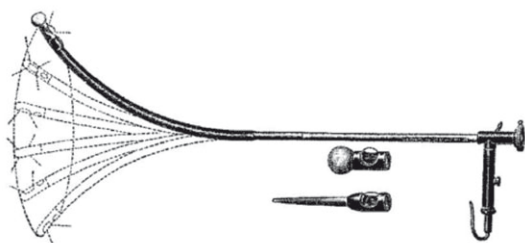
Een lange rij van stijve gastroscopen volgde, zelf bedacht of door een instrumentmaker gemaakt. Dat leverde dan voornamelijk mooie plaatjes van de katheter op. De gastroscop van dr. H. Elsner (rond 1910) kreeg enige bekendheid, maar de enige die ‘overleefde’ was de maagspiegel van Loening en Stieda (1908). Door het flexibele uiteinde en een verbeterde optiek, was deze zowel iets gemakkelijker in gebruik als iets minder gevaarlijk. Ook dit instrument vereiste nog zoveel vaardigheden van de onderzoeker, dat gastroscopie geen standaardonderzoek werd. Het lukte ook nog niet om de hele maag te bekijken. De daarop volgende varianten waren evenmin zonder risico.<sup>124</sup>

In ziekenhuizen gebruikte een deel van de internisten een gastroscop. Ondanks hun soms lovende berichten daarover, wilde dat niet zeggen dat zij er altijd zoveel wijzer van werden. Zo was het regelmatig onmogelijk om de gastroscop langs de diverse hindernissen te laven; tanden, slokdarm en maagmond (cardia) waren lastige obstakels. De eerste ‘flexibele’ gastroscop van dr. R. Schindler en G. Wolf (Berlijn, 1932) was veel minder belastend, maar kon nog steeds ‘blijven steken’.<sup>125</sup>



De linker zijligging, met behulp van een endoscopieverpleegkundige toegepast bij de flexibele Wolf-Schindler-gastroscop, 1932.

Bron: D.M. van den Boomgaard, De historie van de gastro-enterologie in Nederland. NVGE en SK&F, 1993, Rijswijk, p. 68



De Schindler-Wolf-Henning-gastroscop uit 1923, geproduceerd door Georg Wolf (Berlijn).

Bron: Georg Strohmeier, Die Entwicklung der Gastro-enterologie in Nordrhein-Westfalen, Falk Foundation, Freiburg i. Breisgau, 2008, p. 14

Er was dan ook een lange lijst aandoeningen waarbij dit onderzoek niet mocht worden uitgevoerd. Eind jaren dertig was de situatie wat verbeterd, maar nog steeds was er geen enkele maagspiegel die het grootste probleem kon oplossen. Het was namelijk nog steeds niet mogelijk om het *hele* maagslijmvlies te inspecteren. En juist die delen die men graag wilde zien, zoals de pylorus, vielen vaak nog buiten het gezichtsveld. Om deze problemen te omzeilen, was gastroscopie voorlopig vooral een soort vervolgonderzoek. Eerst maakte men een aantal röntgenfoto's, waarmee eventuele ‘tegenaanwijzingen’ voor gastroscopie naar voren konden komen. Daarna volgde al dan niet een gastroscopie.

Er was wel enige verandering te bespeuren. Uit Frans onderzoek in 1929 was gebleken, dat gastroscopie waarschijnlijk ‘in sommige gevallen van diagnostische waarde’ kon zijn.<sup>126</sup> Rond 1940 lag de toegevoegde waarde hoofdzakelijk in het herkennen van gastritis. Bij een vermoeden van kanker vonden de meeste onderzoekers gastroscopie nu wel een noodzakelijke aanvulling van het klinisch onderzoek.<sup>127</sup> Als gastroscopie eigenlijk nog een teleurstelling was, zou dan het röntgenonderzoek meer duidelijkheid kunnen geven?

## Röntgendiagnostiek, 'Photographie door ondoorzichtige lichamen!'

### Aanschaf van röntgenapparatuur

Röntgen was een onmiddellijk succes, maar ziekenhuizen deinsden nog terug voor de hoge kosten. Dat kon ook, want chirurgen, internisten en de nieuwkomers, röntgenologen en maagdarmartsen, hadden zelf vaak een röntgenapparaat. Ook verder reageerde het particuliere initiatief massaal op deze ontwikkeling. In steeds meer steden kwamen Röntgeninstituten, waaraan overigens lang niet altijd een arts was verbonden. Pas na 1914 kreeg een enkel vooruitstrevend ziekenhuis een röntgenapparaat. Daaronder was ook een ziekenhuis in de 'provincie'. In 1914 wilde het Gemeente Ziekenhuis in Arnhem moderniseren en wel naar voorbeeld van Amsterdam, destijds hét medische walhalla. Sinds de komst van een verbeterd röntgenapparaat betekende 'modern' onder meer de aanschaf daarvan à raison van 7500 gulden. De raadsleden schrokken daar weliswaar van, maar zagen dat als de consequentie van hun 'tocht naar Amsterdam' (waar de meeste ziekenhuizen nog helemaal geen eigen apparaat hadden). Toen het arriveerde, bleek dat de installatie en andere aanpassingen niet inbegrepen waren, waardoor het totaal op het forse bedrag van ruim tienduizend gulden kwam.



Röntgenapparaten voor de praktijk, van fabrikant Rich, Seifert & Co, uit het begin van de 20e eeuw.

### Gebrekkige kennis

Om de met röntgen gevonden beelden te kunnen beoordelen was toetsing nodig via operaties en obducties, zoals dit al in de negentiende eeuw in gang was gezet door klinici in Parijs. In 1917 verscheen het eerste meer uitgebreide handboek *Die Röntgendiagnostiek der Magen und Darmkrankheiten*. Volgens de recensent vulde dit een leemte aan. Of maagdarmartsen er wat aan hadden, is de vraag. Zij moesten eerst veel specifieke kennis opdoen om te leren die beelden te interpreteren.<sup>128</sup>

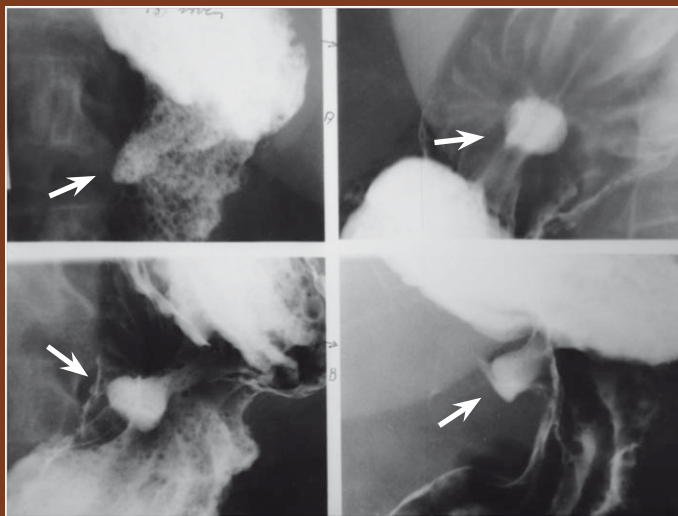
### Grillige schaduwen en talloze vormen van de maag

Ondanks de waarschuwingen dat röntgen in de medische wetenschappen slechts in een beperkt aantal gevallen van nut kon zijn, hoopten ook maagdarmartsen op nieuwe mogelijkheden. 'Zeer spoedig na de ontdekking van de X-stralen' dachten zij daarmee de afwijkingen van de maag en het darmkanaal te kunnen bestuderen en herkennen. De beschikbare toestellen gaven echter nog zulke vage en wisselende schaduwen in de maag, dat de diagnostiek er niet veel verder mee kwam.<sup>129</sup> Een 'versche, niet verwickelde maagzweer' bijvoorbeeld, bleek niet te herkennen en dat bleef zo de eerstkomende decennia.<sup>130</sup>

Maagdarmartsen waren van begin af aan wel erg 'bezig' met röntgen. De tweede wetenschappelijke vergadering (februari 1914) was helemaal aan dat onderwerp gewijd en keerde daar met grote regelmaat terug.<sup>131</sup> Zelfs als zij zo'n apparaat hadden, zoals Halbertsma, De Groot (J.) en Schrijver, waren zij toch kritisch over de waarde ervan. Alleen de Arnhemse De Groot vond röntgenonderzoek bij bepaalde maagaandoeningen, zelfs dringend, nodig. Ook nadat een verbeterde versie in de handel kwam, vierde voorlopig scepsis nog hoogtij. Ook hier gold dat hoewel dit nieuwe apparaat betere afbeeldingen gaf, je er niet veel aan had zolang de interpretatie ervan nog volkomen onduidelijk was.<sup>132</sup> Het maakte de diagnose *sowieso* onbetrouwbaar. Alleen als de diagnose al voor het onderzoek vaststond, leverde volgens De Groot röntgenonderzoek 'ons' wel iets op.<sup>133</sup>

## Kissing ulcers

Eén van afwijkingen die wel met röntgen in een vroeg stadium was aangetoond, was het 'nissymptoom'. In de plooiën van het maagslijmvlies zag men dan een stervormig verloop met in het midden een klein nisje. Soms waren er twee nisjes tegenover elkaar, door Moynihan *kissing ulcers* genoemd. De diagnose daarvan, een zweer in de twaalfvingerige darm, stond tot ver in de jaren dertig 'als een paal boven water'.<sup>138</sup>



Nis van ulcus ventriculi (maagzweer) Röntgenopname (bariumcontrast) met een duidelijke uitsparing aan de kleine curvatuur van de maag, typerend voor een maagzweer. Diverse opnames in verschillende standen. | Bron: Dr. D.H. Dronkers, radioloog n.p., Velp

Na 1920 ging het beter; door verdere verbeteringen van de buis waren er begin jaren twintig meer duidelijke 'schaduwen' aantoonbaar. De probleem zat echter nog steeds in het gebrek aan kennis om bijvoorbeeld te kunnen beoordelen of de foto's wel objectief waren. Wees iets nu wel of niet op kanker?<sup>135</sup> Röntgenologen waren veel positiever, zij poneerden dat zij wel degelijk zweren konden opsporen die klinisch niet aantoonbaar waren. Het 'zekere teken' daarvoor was de nis.<sup>136</sup> Een aantal maagdarmartsen zoals dr. M.W.A. Meuwissen en dr. D.J. Steenhuis onderschreven dat.<sup>137</sup> Men moest dan vooral letten op het plooiënpatroon van het slijmvlies van maag en twaalfvingerige darm.

### Zicht op de maagbodem (1901)

Men experimenteerde veel met contrastmiddelen, waaronder kwik-erts dat veel intensievere schaduwen zou geven. Daardoor kwamen soms 'ongelukkigerwijs' ook vergiftigingsverschijnselen voor. De nieuwe methode had dat niet. 'Den patiënt [...] wordt staande een elastieke sonde ingevoerd', daarna krijgt hij water met wat bismuth 'ingegoten'. 'Men ziet dan de sonde [...] en daaronder een donkere silhouet van langgestrekte vorm, veroorzaakt door het op den maagbodem gevloede mengsel.' Vulling met hagelkorrels, schroot, zilveren kralen of kwik was voortaan niet meer nodig.<sup>134</sup>

In de jaren dertig ten slotte, kregen in ieder geval de röntgenologen door hun 'grote, langzaam verworven ervaring in de beoordeeling der Röntgenbeelden' wat meer zicht op de interpretatie daarvan. Vooral bij de pathologie van de maag was dat belangrijk. Het klinisch-chemisch onderzoek was echter nog altijd de basis zolang foute diagnoses met röntgen niet waren uitgesloten.

Met röntgen was wél gastritis aan te tonen, een veel voorkomende ziekte. Dat gastritis zo'n belangrijke schakel was bij juist maagzweer en maagkanker, was weliswaar al vaker geopperd, maar door velen verworpen. Frappant is dat juist deze aandoening aantoonbaar was met de moderne middelen van onderzoek: gastroscopie en röntgen.

## Conclusie diagnostische verworvenheden

Verscholen achter vele positieve berichten over een 'sterk verbeterde diagnostiek' die een meer systematische behandeling van een maagzweer mogelijk zou maken, lag de realiteit. In 1941 was er niet eens zo veel veranderd. Vroegtijdige herkenning én behandeling van zweren verbeterden de levenskansen aanzienlijk schreef Swart in 1911.<sup>139</sup> Ondanks alle inspanningen bleef in deze hele periode het probleem bestaan van een te late diagnose. Maar dat kon men niet op conto van de maagdarmartsen schrijven.<sup>140</sup> Voorlopig bleef het merendeel van de

maagpatiënten in handen van de huisarts. Onderzoek uit 1939 bevestigde dat de ‘onbevredigende uitkomsten’ van de zweerbehandelingen ‘althans ten deele’ kon worden toegeschreven aan een te late diagnose en de te laat gestarte, onvoldoende behandeling. De onderzoeker, zelf huisarts, doelde hier op zijn collega-huisartsen. Hij gaf hen ook advies hoe zij dat konden voorkomen. ‘Met klem [moest hen] aan het verstand worden gebracht, dat ontbreken van de klachten in het geheel niet overeenkomt met genezing.’<sup>141</sup>

‘Bronnen van dwaling’ bij de diagnose maagzweer waren bijvoorbeeld stoornissen in de afscheiding van het maagsap, die werden bestempeld als ‘nervus maaglijden’. De anamnese maagzweer die huisartsen hadden gevonden met bismuthdelen, leverde evenmin een juiste diagnose op. Wel leek er met ‘vrij groote zekerheid’ met de diagnostische hulpmiddelen uit te maken, dat lijders aan maagneuroses of met functionele maagklachten wel degelijk chronische ontstekingsverschijnselen hadden. Wat zeker ook heeft meegespeeld, was dat het onderzoek vaak was gebaseerd op een bijna ongelooflijk klein aantal patiënten (zie bijvoorbeeld de eerdergenoemde dissertatie van Groen). Teleurstellingen konden dan ook niet uitblijven.

Maagdarmartsen en eventueel internisten kregen mede daardoor regelmatig patiënten met een niet eerder onderkende maagzweer. De patiënten van maagdarmarts dr. B.K. Boom (Amsterdam) hadden, midden jaren dertig, gemiddeld al 5,3 jaar maagklachten voor zij bij hem voor een behandeling kwamen.<sup>142</sup>

Daarnaast was er in de ziekenhuizen een hoog percentage patiënten bij wie ten onrechte een maagzweer was gediagnosticeerd.<sup>143</sup> Verkeerde diagnoses beperkten zich echter niet tot maagdarmziekten, bij bijvoorbeeld tuberculose was dit eveneens een probleem. Hoewel die diagnose eenvoudiger lijkt vanwege de tuberkelbacil die in 1882 was aangetoond, hadden niet-gespecialiseerde medici er veel moeite mee. Sanatoria stuurden in de jaren twintig een hoog percentage patiënten terug omdat zij geen tuberculose hadden. Een andere overeenkomst zijn de vele positieve berichten over de behandeling van tuberculose; ook hier bleek pas jaren later dat de resultaten zwaar tegenvielen.

De diagnostische waarde van het röntgenologisch maagonderzoek was eveneens overschat. Röntgenoloog dr. S. Keijser typeerde dat voor deze periode als ‘betrekkelijk’. Een juiste diagnose kon men vaak pas stellen door een nauwe samenwerking tussen röntgenoloog en internist. ‘De meening, die vele medici, al of niet bezitters van een Röntgentoestel, tegenwoordig huldigen, dat men alleen van een Röntgenphoto de diagnose kan aflezen, is foutief. Maar al te dikwijls is het ondanks uitgebreid onderzoek onmogelijk om tot een juiste diagnose te komen. Te verwonderen is dit eigenlijk niet, wanneer wij bedenken, hoe vaak het zelfs den chirurg onmogelijk is om tijdens de laparotomie, door palpatie van de ongeopende maag, een zekere diagnose te stellen.’<sup>144</sup>



Draagbaar röntgenapparaat, de Metalix junior, van Philips uit 1928. | Bron: Philips

De Metalix junior betekende weliswaar geen revolutie op dit terrein, maar het had wel een aantal belangrijke voordelen boven de bestaande apparatuur. Het was draagbaar, gaf een beter beeld, was eenvoudiger in gebruik, én het was goedkoper. Daarmee was röntgenonderzoek eigenlijk geen specialistische handeling meer. Dat vonden tenminste onder meer sommige huisartsen, die nu ook dergelijke apparaten gingen aanschaffen. Tot ongenoegen van maagdarmartsen, longartsen, kno-artsen en andere specialisten.

Al met al zal het duidelijk zijn dat deze ‘onvolkomenheden’ in het diagnostische traject in die tijd pas echt opgelost waren na de komst van sterk verbeterde radiologische technieken, zoals het vernieuwde dubbelcontrastonderzoek in de jaren zeventig, en tezelfdertijd door de opkomst van de flexibele endoscoop voor het maagonderzoek. De maagzweer verdween pas toen er een geneesmiddel in de handel kwam. Maar ook daarna kon deze voor verrassingen zorgen. Zo verscheen in 1986 een bericht in het NTVG met de titel: ‘Een maagzweer komt veel vaker voor dan u denkt’.<sup>145</sup>

## Dubbelcontrastfoto's

In 1923 onderzocht Fischer het colon al met dubbelcontrastfoto's. In Europa kreeg hij echter weinig navolging, pas in de jaren zeventig vond dit meer ingang. De Japanse onderzoeker Hikoo Shirakabe kreeg met zijn methode een steeds verfijnder beeld en ten slotte uitstekende beelden. Niet lang daarna kwam ook de flexibele endoscoop, met prachtige kleuren en de mogelijkheid stukjes weefsel weg te nemen.

## Interne behandeling maagzweer

### Dieet en rust, en wat eraan voorafging

In de negentiende eeuw was de combinatie van dieet en rust één van de belangrijkste therapieën voor patiënten met de meest uiteenlopende kwalen, waaronder ‘ulcuslijders’. Dat was op zichzelf niet bijzonder, maar bij een maagzweer bleef dat zo tot midden jaren zeventig van de twintigste eeuw. De huisdokter gaf aan patiënten die dat konden betalen, vaak het advies om enige tijd te kuren in plaatsen die bekend stonden om hun ‘gezonde lucht’, in berggebieden, aan zee of bij geneeskrachtige bronnen – de zogenaamde klimaattherapie. Ten slotte completeerde een waterkuur de therapie. Gezien de vele zieken die daarvan gebruik maakten en daarover enthousiast rapporteerden, kon de zieke daar echt van opknappen.

Vooraf bij de waterkuur waren artsen lang niet allemaal overtuigd van de heilzame werking. Maagdarmarts De Groot (J.) had echter wel gunstige ervaringen met bronwater, maar niet als maagkuur. Nadat hij zonder resultaat allerlei behandelingen bij een patiënte had toegepast, had hij uitstekende resultaten gekregen met ‘stelselmatige darmingietingen met warm Carlsbaderwater’.

Ook maagpatiënten konden baat hebben bij dergelijke therapieën, mede omdat dieet en rust zo'n belangrijke plaats in die kuren innamen. Prof. S. Talma (Utrecht) dacht daar echter heel anders over.

### ‘Water blijft altoos water’

Diät bei Ulcus ventriculi nach W. v. LEUBE.  
Vier Wochen lang morgens  $\frac{1}{4}$  l lauwarmes Carlsbader Wasser  $\frac{1}{2}$  Stunde nach dem Frühstück.

Kost I	Kost II	Kost III	Kost IV
Zehn Tage lang gekochte Milch, Fleischsolution (eine Büchse pro Tag), Bouillon eingeweichte, nicht gezuckerte Zwiebäcke und Kakos, zwei Zwiebäcke und vier Kakos.	Sieben Tage lang Kost I und schleimige Suppen, Reis und Sago in Milch weichgekocht mit Eischäum, weiche und rohe Eier, gekochtes Kalbshirn, gekochtes Bries, gekochtes junges Huhn und Taube.	Fünf Tage lang gekochte Kalbsfüße, geschabter roher Schinken, geschabtes Beefsteak (halbroh), Kartoffelbrei, Bouillonreisbrei, wenig Kaffee und Tee.	Sieben Tage lang zartes Roastbeef (rosa gebraten), gebratenes Huhn oder gebratene Taube (ohne Sauce), Reh und Rebhuhn, längere Zeit abgehängt, Makkaroni, geschnittene Nudeln, durchgeseiht, wenig Weißbrot.

Betrübe und Breiumschläge. Nachts Prießnitzscher Umschlag. Fünf Mahlzeiten am Tage (drei Haupt- und zwei Nebenmahlzeiten in abgewogenen Quantitäten). Von der fünften Woche ab ist außerdem gestattet: Kalbsbraten (besonders kalt), gesottener Hecht oder Schill, leichteste Souffles und Aufläufe von Reis, Sago und Maizena, auch ein bis zwei Gläser eines reinen Weins.

Dieet van Von Leube bij maagzweer.

Bron: P. Krause, C. Garé, *Therapie Innerer Krankheiten*, 2e druk, (Uena, Verlag Gustav Fisher), 1927, p. 499

Zijn patiënten waren soms even ziek uit Karlsbad teruggekomen als vóór hun kuur. En of een waterkuur hielp? ‘Water blijft altoos water’ en dat gold ook voor de beroemde Karlsbader kuur. Die patiënten waren ook elders ‘maanden, zelfs jaren lang met verschillende andere middelen en streng dieet vruchteloos behandeld.’ Talma daarentegen had met zijn methode, toediening van zoutzuur, ‘schitterende resultaten’ gekregen. Als ‘bij tooverslag’ waren bij zijn maagpatiënten de ‘onaangename subjectieve en objectieve verschijnselen’ verdwenen.<sup>146</sup> Naar latere inzichten kan zoutzuur inderdaad zinnig zijn, maar alleen als er geen vrij zoutzuur aanwezig is. De diëten die maagdarmpatiënten destijds kregen voorgeschreven, konden de pijn vaak enige tijd doen verdwijnen.

Een vroege ‘wegbereider’ voor een specifiek diëtistische zweerbehandeling was prof. dr. J. Cruveilhier (Parijs) in 1851. Hij vond dat zijn dieetbehandeling voor een maagzweer de juiste was, maar dat dacht vrijwel iedereen van zijn eigen methode. Het melkdieet dat Cruveilhier introduceerde, bleef echter meer dan een eeuw de basis van de zweerbehandeling. Rond 1870 kregen meer medici belangstelling voor de zweerbehandeling met een specifiek dieet. Zij gingen uit van wat een patiënt verdroeg of van de verteerbaarheid van het voedsel, met als protagonist prof. dr. W. von Leube (1873). Om de maag rust te geven schreef hij licht verteerbaar voedsel voor. Hij had dit verkregen door meting van de snelheid waarmee het voedsel de maag passeerde. Bouillon en zijn ‘vleessolutie’ bleken het gemakkelijkst te verteren. De patiënten kregen na een paar dagen melk en zacht gekookte eieren.<sup>147</sup> Zijn vleessolutie kreeg niet veel navolging, volgens de Amsterdamse hoogleraar Pel was er niet één patiënt die het lustte.<sup>148</sup> In zowel binnen- als buitenland volgde men daarentegen jarenlang zijn behandelingschema.

## ‘Zonder zuur, geen zweer’

Voor alle diëten gold dat patiënten die er goed op reageerden, vrij snel andere voedingsmiddelen erbij kregen. Vrijwel altijd waren melk, het ‘natuurlijkste’ voedingsmiddel, en eieren onderdeel van het dieet. Degenen die daarvan afweken, konden rekenen op een vernietigend onthaal van de collega’s. Dat trof ook het dieet van prof. dr. H. Lenhartz (Hamburg 1909). Men was niet ontstemd over de kuur zelf, maar omdat hij patiënten ook direct na een bloeding voedsel bleef geven.<sup>150</sup> Die visie zou in de jaren dertig ‘herleven’, om niet meer helemaal te verdwijnen. Prof. dr. H. von Ziemssen (1871) ten slotte, maakte naam met zijn stelling dat er een oorzakelijk verband was tussen maagzuur en maagzweer. Neutralisatie moest daarom de basis van alle behandelingen zijn. Voor de komende generaties artsen die maagdarmpatiënten behandelden, werd het adagio ‘zonder zuur, geen zweer’. Een vroeg ingezette interne behandeling van de zweer verbeterde de genezingskansen aanzienlijk. Volgens de maagdarmsartsen moest echter ook een chronische maagzweer bij voorkeur intern worden behandeld. De duur van die behandeling was min of meer afhankelijk van de dokter die je trof. Maagdarmsartsen behandelden de patiënten in het algemeen hooguit een jaar, de gebroeders Mayo (Mayo Clinic in de VS) kozen voor een operatie als er na negen interne kuren geen verbetering was.<sup>151</sup> Direct operatief ingrijpen was alleen geïndiceerd bij heftige herhaalde bloedingen, een dreigende perforatie, een sterke vernauwing van de sluitspier, of bij het vermoeden van een maligniteit. Dat chirurgen daarover soms heel anders dachten, kunt u verderop in de paragraaf Chirurgische behandeling maagzweer lezen.<sup>152</sup>

## Diëten, koolhydraatloos, eieren, puree-diëten, hongerkuren

Over het ‘beste’ dieet liepen de meningen voorlopig nog uiteen. Maagdarmsarts De Groot (J.) was zeer tevreden over het koolhydraat vermijdende dieet. Al na enkele dagen van ‘absolute onthouding’ waren er geen klachten meer.<sup>153</sup> Anderen gaven vloeibaar voedsel of wel acht eieren per dag voor erg verzwakte zieken, of het andere uiterste, een ‘hongerkuur’. Vooral Amerikaanse medici zagen veel heil in de hongerkuur. Hoewel dit ‘mogelijk ook wel eens een goed resultaat [kon] leveren’, vonden Nederlandse maagdarmsartsen dit te riskant voor patiënten die door de zweer toch al sterk verzwakt waren. Een maagzweer stond niet voor niets ook bekend als ‘constitutieziekte’, met een tekort aan ijzer en vitamines.<sup>154</sup> ‘Hongeren’ zou tot veel narigheid leiden, zeker in combinatie met maagspoelingen en uithevelen van de maag.<sup>155</sup>

Hoewel sinds Cruveilhier ook anderen veel heil zagen in melk, waren er van tijd tot tijd heel andere diëten in zwang, waaronder het dieet van de Deen prof. dr. E. Meulengracht (Kopenhagen, 1935). Hij behandelde zijn patiënten met gepureerd voedsel, ook als zij manifeste maagbloedingen hadden. Volgens hem was de prognose van de patiënten dan gunstiger dan met het maagsparende ‘melkdieet’, waarmee een tekort aan vitamines, ijzer en andere mineralen kon ontstaan. Uit veel landen waar men

### Behandeling van de zieke of van het maagsap?

Von Leube’s werk had vergaande gevolgen. Hij ontdekte de diagnostische betekenis van het maagsap. Daardoor nam in vrij korte tijd het scheikundig onderzoek daarvan, met sonde en eventueel maagspoelingen, ‘aller denken en doen in beslag’. Alsof niet de zieke mens te behandelen viel, maar zijn maagsap.<sup>149</sup>

## ‘Voor het groote publiek nog niet geschikt’

In 1929 verscheen een bericht in het *Klinische Wochenschrift* over de resultaten die dr. G. Recht met suiker bij de maagzweer had behaald. Hij had zijn polikliniekpatiënten behandeld met alleen grote hoeveelheden suiker, zonder dieet, rust of alkaliën. De pijn verdween of verminderde. Hij schreef dit toe aan de werking van de insuline, die daardoor eveneens in grote hoeveelheden werd geproduceerd. Referent Boom vond dit bericht nog niet geschikt voor het grote publiek. De kans op succes was gering.<sup>157</sup>

dit toepaste, kwamen meldingen over een daling van sterfte van gemiddeld een paar procent bij een bloedende maagzweer. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam behandelde in 1936 ruim driehonderd patiënten ‘met voedsel’. Of in dit ziekenhuis het sterftecijfer daalde, is niet duidelijk. ‘Het leek erop dat men tegen deze behandeling geen doorslaggevende bezwaren kon inbrengen.’<sup>156</sup> Daartegenover stond dat ook veel patiënten herstelden die nauwelijks anders waren gaan eten.

*Gelukkig, dat de empirie, los van alle theorieën, ons in de voeding met melk een machtig middel tot behandeling der maagzweer in handen heeft gegeven.*<sup>158</sup>

(Hijmans van den Bergh, 1930)

De meeste diëten verdwenen min of meer geruisloos, alleen het melkdieet hield stand. Dit deed ‘merkwaardigerwijs’ het een en ander zowel tegen maagbloeding als pijn. Na één week met uitsluitend melkvoeding waren bloeding en spontane pijn meestal verdwenen.<sup>159</sup> Zelfs de gezaghebbende prof. dr. I. Boas (Berlijn), die eerst helemaal geen voorstander was van een melkdieet, schreef in zijn leerboek van 1926 dat ‘de toediening van het mengsel van koolhydraten, eiwitlichamen en vetten, zooals zij in melk aangetroffen wordt, nog altijd de ideale behandelingswijze van de begintijdperken van de zweer is.’<sup>160</sup> Men schreef dit

toe aan het zuurbindend vermogen van melk, waardoor het weinig prikkeling van de maag veroorzaakte. Even ‘merkwaardig’ is dat melk juist de zuurproductie aanwakkerde, reden waarom men de melk wel verdunde met een kleine hoeveelheid ‘kalkwater’. De huidige visie is wat dat betreft niet veranderd, melk geeft verlichting van de pijn, maar veroorzaakt ook een toename van het maagzuur.



Vrouwenafdeling van het Liduinaziekenhuis, Apeldoorn. | Bron: Rita Nijman

## Succes van het Sippydieet

In Engelstalige tijdschriften waren al in 1915 de eerste berichten verschenen over het dieet van prof. dr. B.W. Sippy (Chicago).<sup>161</sup> Sippy meende dat hij met zijn dieet een causale behandeling had gevonden waarmee hij operaties kon voorkomen. Dit was des te belangrijker omdat de resultaten van die operaties vaak tegenvielen. In wezen zei Sippy niets nieuws; hij ging ervan uit dat het maagzuur de oorzakelijke en genezing belemmerende factor was. Zijn patiënten kregen de eerste dagen *elk uur* melk en room, daarna aangevuld met drie eieren en gekookte meelsoorten. Na tien dagen breidde hij de maaltijd verder uit met groentepuree en andere zachte spijsen. Om het zuurgehalte te



neutraliseren kregen de patiënten verder nog elk half uur voor de ‘maaltijd’ *Sippy-powder* toegediend. Dit bleek later een combinatie van calcium- en magnesiumzouten te zijn. Sippy’s dieet moest een jaar lang worden voortgezet. In Nederland kwam er in de jaren twintig belangstelling voor dit dieet, maar er kwam vrijwel direct vernietigende kritiek op, waaronder van maagdarmarts Schrijver en de bekende chirurg prof. dr. B.G.A. Moynihan (Leeds). Een waarschuwing was op zijn plaats. Uit diverse publicaties was gebleken dat grote hoeveelheden alkaliën vergiftigingsverschijnselen konden veroorzaken. Deze neutraliseerden het maagsap helemaal niet, zij stimuleerden zelfs de productie van het maagzuur. Critici concludeerden dat de enige verklaring voor de gunstige resultaten die Sippy zei te behalen, was te vinden in een onjuiste diagnose. Moynihan berekende dat slechts vijf procent van Sippy’s patiënten een te hoge maagzuurproductie moet hebben gehad. Ook Schrijver concludeerde dat Sippy ‘alkali [had] toegediend aan patiënten die slechts in naam een maagzweer hadden.’<sup>162</sup> Opgelucht concludeerde hij later dat de kuur de ‘glorietijd’ achter de rug had; ‘er restte alleen nog het etiket: *humbug*.’<sup>163</sup>

*Theorie en praktijk dekken elkaar niet altijd in de geneeskunde.* (Schalij, 1925)

Tijdens de najaarsvergadering van de vereniging van de maagdarmartsen in 1925 kwam ook de Sippykuur ter sprake. Onder de aanwezigen leken er voor- en tegenstanders te zijn van deze kuur. De discussie was echter vooral in gang gezet door de visie en activiteiten van ‘één onzer’ hoogleraren’. Deze was kritisch – en met hem steeds meer medici – over de resultaten van een bepaalde chirurgische behandeling van zweren. De professor baseerde dit op de open zweren die er waren gevonden bij lijkopeningen van geopereerde patiënten. Daarmee was duidelijk aangetoond dat een operatie zeker geen succes garandeerde. Een dieet dat veel aanhangers had, kreeg dan de voorkeur. ‘Sippy’ had dat inmiddels. Het dieet bleek bij het publiek zo’n goede reputatie te hebben dat het er zelf om vroeg. Bij ‘psychoneurotische patiënten’ zou er zelfs sprake zijn van een ‘dieetneurose’. Dat het dieet niet op wetenschappelijke grond was gebaseerd, stond kennelijk het succes ervan niet in de weg. Zelfs bij een dieet dat niet werkte.<sup>164</sup> Van ‘Sippy’ was ook niet alles slecht; de kleine porties die hij gaf, waren zelfs van ‘zeer groote betekenis’.<sup>165</sup>

De onduidelijkheid was groot, het kwam erop neer dat in ‘eigen kring’ ieder zo zijn eigen aanpassingen had gemaakt op het originele dieet. Daarom kon de ‘Sippy-kuur’ ondanks de vernietigende kritiek in de jaren twintig aan een niet meer te stuiten opmars beginnen. Bijvoorbeeld in het Academisch Ziekenhuis in Utrecht: ‘Zij het ook met aanzienlijke wijzigingen, waardoor het nauwelijks meer verdient zijn naam te dragen.’<sup>166</sup> Alleen de indeling in kleine porties bleef over van het originele Sippydieet. Wat merkwaardig bleef, was de genezingskracht van melk, terwijl deze eerder een tegenovergesteld effect heeft. Het leek deze positie zelfs te behouden tot de introductie van het effectieve geneesmiddel cimetidine in 1976.

Verder vertaalde de ‘onbetwistbare ervaring dat bedrust alleen al de maagzweer goed doet’, zich meer en meer in een volstreekte bedrust, waarvoor opname in een ziekenhuis nodig was. Verkorting van de behandelingsduur was ontoelaatbaar, daarover was iedereen het destijds eens. In de jaren dertig echter, was sprake van een langdurige recessie, waardoor ‘de rust-dieetkuren, zoals die in het algemeen voor de behandeling der maagzweer in gebruik waren, in dezen tijd van haast en verzwaarden strijd om het bestaan niet meer kunnen worden toegepast.’<sup>168</sup>

## Ziekenhuisdieet

Maagpatiënten in de ziekenhuizen kregen twee dagen melk en room (maar veel minder dan bij Sippy zelf), verdeeld over acht porties. De twee daaropvolgende dagen kwamen er twee extra porties gezeefde pap bij en na nog weer twee dagen één sneetje oud brood en één zachtgekookt ei. Van week twee tot week zes (de laatste week) werd het ‘menu’ steeds wat gevarieerder, met de nadruk op niet-prikkelende voedingsmiddelen.<sup>167</sup> Tot halverwege de jaren zeventig hield dit dieet stand, in de laatste periode daarvan vooral bij bloedende zweren. Ernstige maagpatiënten zagen er meestal grauw en mager uit. Deze behandeling deed in zoverre goed, dat zij er wat gezonder uitzagen.

## Het meest lastige, meest kwellende symptoom: pijn<sup>169</sup>

De tijd dat pijn lijden door sommige dokters als een 'heilzaam begeleidend verschijnsel bij operaties' werd beschouwd, was gelukkig voorbij.<sup>170</sup> De hevigheid van de pijn bepaalde voor een patiënt de ernst van zijn ziekte. Niet alleen de zweer veroorzaakte veel pijn, bij de onderzoeken die een maagpatiënt moest ondergaan, ging het er vaak ook nog Spartaans aan toe. Periodiek leden 'maaglijders' hevige pijn, waarbij zweren in de twaalfvingerige darm de pijn van de andere zweren overtrof. De patiënt kromp in elkaar of rolde over de grond, maar veel helpen deed dat niet. Alleen al daarom riep hij de hulp in van huisarts of specialist. Deze schreef neutraliserende medicatie voor en maakte een keuze uit een van de vele pijnstillers – tot omstreeks de eeuwwisseling was dat nog morfine. Een andere beproefde methode was olijfolie, dat medici in het begin van de twintigste eeuw in grote doses in de maag hevelen vanwege 'de excessief pijnstillende werking'. Een tijdlang was ook hevelen met een sonde een veel toegepaste methode om het overtollige zure maagsap weg te nemen, meestal gevolgd door maagspoelingen. Volgens Steensma (Utrecht) werkte deze methode zelfs beter dan de alkaliën.<sup>171</sup> Verder waren het mineraal bismuth, dat zuurvorming zou remmen, atropine-injecties en ijsblokjes een optie.<sup>172</sup> Atropine verdoofde de pijn en zou de zuurproductie blijvend remmen. In de jaren dertig bleek echter uit Amerikaans onderzoek dat ook dit middel een averechtse werking had; atropine verhoogde juist het zuurgehalte. Zo waren er nog aardig wat middelen in gebruik die of niet werkten of, volkomen onopgemerkt, theoretisch het tegenovergestelde zouden bewerkstelligen.

## Doorbraak in de behandeling van maagpatiënten: de jejunostomie

Veel maagpatiënten waren in een slechte fysieke conditie. Omdat pijn meestal na het eten ontstond, durfden zij bijna niet te eten; bloedende zweren verergerden hun conditie nog meer. Bij langdurig herhaalde bloedingen moest de patiënt voor de behandeling kon beginnen, eerst wat 'op kweken', dat wil zeggen aansterken. Men gebruikte daarvoor een voedingslavement, maar dat kon op het toch al gehavende slijmvlies beschadiging veroorzaken, waardoor men deze behandeling weer moest stoppen.

Nadat in 1924 de eerste berichten waren verschenen over een nieuwe methode om kunstmatige voeding toe te dienen, kwam er begin jaren dertig een doorbraak.<sup>173</sup> In het ziekenhuis van Hijmans van den Bergh (AZU) lag een patiënte die door opeenvolgende heftige bloedingen 'buitengewoon verzwakt' was. Resectie was geïndiceerd, maar dat zou deze uitgeputte vrouw niet overleven. Zij moest eerst aansterken. Via een voedingssonde in de nuchtere darm (jejunostomie) – een relatief kleine ingreep die zij 'merkwaardig goed' verdroeg – kreeg zij 'vele weken lang' vloeibaar voedsel toegediend. Zonder deze ingreep zou zij zeker 'te gronde' zijn gegaan.<sup>174</sup> Bovendien was het een grote vooruitgang dat deze methode de patiënt 'opmerkelijk weinig last' bezorgde, en dat er geen noemenswaardige bijwerkingen waren.<sup>175</sup> Bij veel andere ingrepen moeten de patiënten het ongetwijfeld benauwd hebben gehad. Ook de Zwolse chirurg dr. J.C.P. Eeftinck Schattenkerk was erg positief over jejunostomie. Zijn door hevige bloedingen sterk verzwakte patiënten liepen het risico dood te bloeden, een gevaar dat groter was dan veelal werd aangenomen. Als er geen duidelijk aantoonbare zweer was, 'dan legde men een jejunostomie aan'. Door voldoende voeding toe te dienen aan het uiterst verzwakte organisme, hielden de bloedingen op den duur spontaan op. 'Men behoeft dus niet uitsluitend heil te verwachten' van resectie.<sup>176</sup>

## Chirurgische behandeling maagzweer

### Maag- en sluitspierresectie en aansluiting in twaalfvingerige darm of jejunum

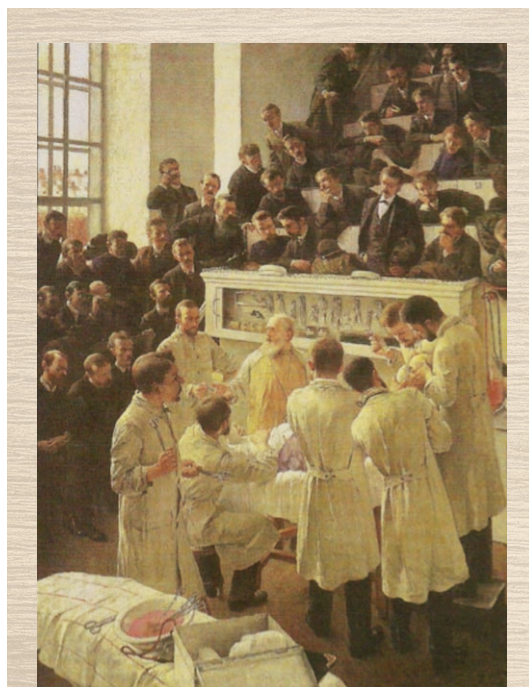
In 1881 verwijderde prof. dr. T. Billroth (Wenen) voor het eerst bij een patiënt met maagkanker met succes het onderste deel van de maag, de sluitspier (pylorus) en het beginstuk van de twaalfvingerige darm. Vervolgens maakte hij een nieuwe verbinding tussen maag en nuchtere darm (jejunum). Onder de naam Billroth I kreeg deze operatie al spoedig grote bekendheid. Het was in die tijd een gedurfde onderneming. Hij was niet de eerste chirurg die dit deed. Sommigen noemen de Parijzenaar Pean (in 1879) en nog enkele anderen, waaronder zijn assistent A. Wölfler, maar alleen bij Billroth overleefde de patiënt. Wölfler bedacht de technisch wat eenvoudiger en minder gevaarlijke gastro-enterostomie. Hij legde een 'nieuwe weg' aan van de maag naar het jejunum, zonder het gezwel

weg te halen.<sup>177</sup> Billroth I was nog een min of meer uitgebreide pylorusresectie, Billroth II (1885) was dat zeker niet. Hierbij trok Billroth de bovenste helft van de maag naar beneden en verbond de maag zijdelings met het jejunum. Het was een moeilijke operatie, want er mocht geen spanning ontstaan in deze verbinding. Nog rond 1940 waren er chirurgen die slechts bij uitzondering een Billroth II uitvoerden, en dan 'dikwijls veel te weinig wegnemen uit angst de uiteinden niet bij elkaar te kunnen krijgen.'<sup>178</sup> Het waren allemaal nog resecties wegens kanker.

De Nederlandse chirurg dr. L.Th. van Kleef (Calvariënberg, Maastricht) volgde al in 1882 het voorbeeld van Billroth. Met assistentie van drie 'welbekende' medici verwijderde hij de pylorus volgens Billroth I.<sup>179</sup> Alleen had deze patiënte geen kanker maar een maagzweer. Zijn faam was onmiddellijk gevestigd. Patiënten uit heel Nederland, Duitsland en België kwamen naar Maastricht om zich door hem te laten behandelen. Er waren echter nog veel teleurstellingen, destijds overleden nog veel patiënten met een sluitspierversnauwing tijdens de operatie. Ook de aard van de ziekte droeg daaraan bij, want bij een onbekend aantal patiënten was die vernauwing het gevolg van kanker. Als Van Kleef en andere chirurgen zich beperkten tot een gastro-enterostomie, waren de resultaten beter; van de 68 geopereerde patiënten overleden er veertien. Met zijn eerste patiënte ging het goed, zestien jaar later was zij nog 'volkomen gezond'.<sup>180</sup>

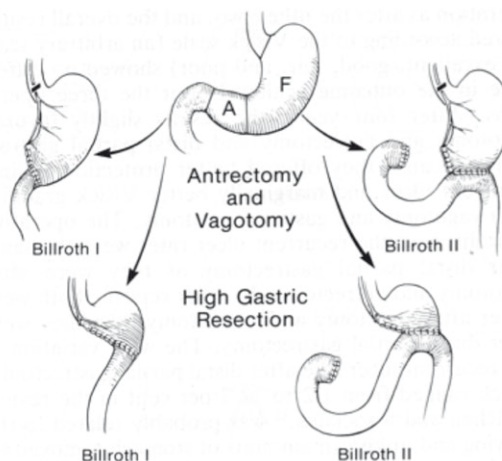
Vrijwel elke maagoperatie was rond de eeuwwisseling gevaarlijk. Het waren niet alleen moeilijke operaties, de kennis over maag en zweer was en bleef voorlopig beperkt. Bovendien was longontsteking na een operatie niet ongewoon en zolang er geen antistollingsmiddelen waren, lag trombose op de loer. De invoering van anti- en aseptische maatregelen maakten operaties weliswaar veiliger, maar deze waren niet optimaal doorgevoerd. Toen bijvoorbeeld een aantal chirurgen in Duitsland in 1897 gesteriliseerde handschoenen gingen dragen, was het helemaal niet zeker of anderen dit zouden navolgen. Daaronder was ook de Nederlandse chirurg M. Rutgers, die deze maatregel toch wat overdreven vond. 'Gelukkig vindt Mikulicz [één van de bekendste maagchirurgen in die tijd] het niet nodig dat de medicus deze gecompliceerde eisen der aseptiek opvolgt.'<sup>182</sup> Nieuwe inzichten vonden in de regel slechts in beperkte kring navolging, soms duurde het zelfs ettelijke decennia voordat zij algemeen werden aanvaard.

Door de opgebouwde ervaring breidde de indicatie zich na de eeuwwisseling geleidelijk uit. Het stadium waarin men alleen patiënten opereerde 'die anders onherroepelijk verloren waren', was verlaten. Omdat de diagnose maagzweer of maagkanker vaak pas tijdens de operatie werd gesteld, was het sterftecijfer in het begin van de twintigste eeuw zowel bij



T. Billroth im Horsal, schilderij van A.F. Seligmann uit 1902.  
Bron: Museum Belvedere, Wenen

Christian Albert Theodor Billroth (1829-1894) krijgt hier de scalpel aangereikt door dr. Bottecher. Op de stoel zit dr. Beck, die elders ter sprake komt. Naast zijn eerste succesvolle gastro-enteromie (1881) had Billroth zijn stempel gezet op dergelijke gecompliceerde en met succes verlopen operaties. De eerste oesophagectomie, waarbij hij een deel van de slokdarm verwijderde, voerde hij uit in 1871. In 1873 volgde de eerste laryngectomie.



Maagresectie volgens Billroth I en II

## Pel ziet geen voordelen in verwijdering pylorus

Hoogleraar Inwendige Ziekten Pel was duidelijk minder enthousiast over 'de kunstbewerking, die men een resectio pylori pleegt te noemen, eene operatie, die de geneeskundige wereld in rep en roer heeft gebracht, doch die ik niet als een noemenswaarden vooruitgang in de behandeling der maagziekten kan aanmerken.'<sup>181</sup>

gastro-enterostomie als resectie schrikbarend hoog. Alleen bij 'goedaardige' zweren verbeterden de resultaten wat.<sup>183</sup>

In de beginjaren van de wetenschappelijke vereniging van de maagdarmartsen waren de hiaten in de kennis van maagdarmaandoeningen een groot probleem. Daar liep ook de eerdergenoemde chirurg Exalto tegenop, zoals hij in 1916 in de najaarsvergadering van de maagdarmartsen vertelde. Hij had recht van spreken, hij had veel meer maagpatiënten geopereerd dan zijn voorgangers.

'Nog heden ten dage is de vraag, hoe ons chirurgisch ingrijpen moet zijn [...] niet opgelost, niet tegenstaande dit in de geneeskundige wereld een der meest besproken onderwerpen is van de laatste 25 jaren [...]. Weinig onderwerpen bezitten een dergelijke literatuur.'<sup>184</sup>

## Diverse chirurgische methoden

Er waren diverse methoden voor de operatieve behandeling van een maagzweer of zweer in de twaalfvingerige darm. Vooral over de vraag welke operatie, gastro-enterostomie of resectie, de beste resultaten had, zou in de hele periode 1900-1941 afwisselend worden gedacht. Over het wegbranden of -snijden van alleen de zweer liepen de meningen eveneens uiteen. Maagdarmartsen en een deel van de chirurgen vonden dit overbodig, omdat de zweer dan binnen de kortste keren weer terugkwam. Over de eerst veelvuldig toegepaste verwijdering van de sluitspier (pylorus) ging men later weer twijfelen. Als deze vrijwel niet vernauwd was, ontstonden er later klachten die het 'goed gevolg geheel overschaduwden'.<sup>185</sup> Langjarige gegevens leerden bovendien dat die operatie 'een 'veelvuldigheid van een later ontstaande ulcus jejuni veroorzaakte' (zweer in de nuchtere darm). 'De afsluiting van de pylorus is [daarom] algemeen verlaten', schreef een chirurg in 1926.<sup>186</sup> In 1940 kwam er een methode waarmee men de pylorus wel kon behouden.<sup>187</sup> Alleen de pylorusplastiek, die zich beperkte tot het klieven van de sluitspier, ontlokte weinig tegenspraak. Vernauwing van deze spier, stenose, kwam vrij vaak voor en stond bekend als belastend, sterk verzwakkend en levensbedreigend. Deze operatie had een laag sterftecijfer en gaf duidelijke resultaten, de klachten waren verdwenen.

*Nochtans ga men niet over tot operatieve behandeling van enige maagzweer, voordat alle inwendige behandelingsmethoden nutteloos zijn gebleken.*<sup>188</sup> (Wijnhoff, 1909)

Al ten tijde van Mikulicz Radecki was de gangbare mening dat een chirurgische behandeling pas geïndiceerd was als een interne behandeling van een zweer geen effect had.<sup>189</sup> Over de indicatie, interne of chirurgische behandeling, bestond geen consensus. Bij de eerste vergaderingen van de maagdarmartsen waren zij het met de aanwezige chirurgen eens over indicatie voor chirurgie, als de zweer gepaard ging met pylorusstenose.<sup>190</sup> Die was er ook als er direct levensgevaar dreigde door 'overvloedige bloedingen' of perforatie. In het algemeen besloten chirurgen tot in de jaren twintig vrij gemakkelijk tot een operatie. Maagdarmarts Schalij waarschuwde herhaaldelijk daarvoor, er moest daarin een terughoudend beleid zijn. Een andere reden tot zorg was het sterftecijfer – was het niet tijdens de operatie, dan wel in de herstelperiode.

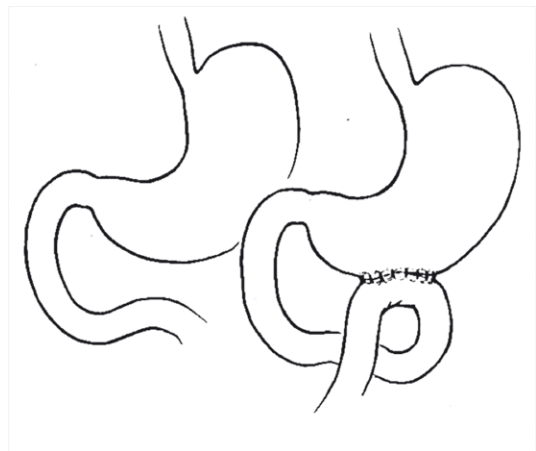
*Wij [moeten] niet vergeten, dat wij met de operatie, [...] wel de plaatselijke zweer beter maken, maar niet de oorzaak van het ontstaan.*<sup>191</sup> (Schalij, 1916)

## Twijfel tussen gastro-enterostomie en resectie

Aan het eind van de negentiende eeuw waren de eerste berichten over gastro-enterostomie hoopgevend. De uitkomsten waren 'zelfs wonderbaarlijk'. Naar later bleek waren dit vooral patiënten die al vele jaren een vernauwing van de pylorus hadden, een slijmvliesontsteking of anaciditeit (ontbreken van zoutzuur). Vooral bij deze afwijkingen konden de resultaten 'fraai' zijn. Zolang men deze uitvoerde bij een ulcus die door littekenvorming de pylorus had afgesloten, bleef dat zo. Pas toen men dit ging toepassen bij een open sluitspier kwamen de mislukkingen.<sup>192</sup>

Meestal beperkten chirurgen zich nog tot een 'eenvoudige' gastro-enterostomie met verwijdering van de pylorus en behoud van de zweer. Het was een indirecte behandeling, waarbij men de intacte maag of een deel daarvan, in de nuchtere darm hechtte. De ervaring was dat door deze behandeling de zuurgraad neutraliseerde, waardoor ook pijn, kramp en stagnatie van de maaginhoud verdwenen. De maagzweer kwam zo in meer gunstige omstandigheden en de gevaren waren in verhouding veel minder groot dan bij resectie. Men beschouwde dit dan ook als een 'vrij onschuldige' ingreep, maar, zo voegde Exalto eraan toe, die 'menig chirurg nog veel teleurstelling geeft.' Een enkele chirurg brandde ook de zweer weg. Vooral Amsterdamse chirurgen bonden de sluitspier dicht, omdat anders de maaginhoud al gauw weer de natuurlijke weg volgde.<sup>193</sup> Zweren in de twaalfvingerige darm leken steeds vaker voor te komen, maar dat was vooral het gevolg van de wat verbeterde diagnostiek. Een recidief bleef echter mogelijk, ook als de chirurg de zweer wegbrandde.<sup>194</sup>

Hoewel er met gastro-enterostomie veel ervaring was opgedaan en het sterftecijfer, voor de destijds geldende maatstaf, tijdens of vlak na de operatie niet zo hoog was, was deze operatie niet onomstreden. Door de eerdere positieve berichten waren chirurgen deze operatie ook gaan toepassen bij patiënten in een vroeger stadium van een zweer. De resultaten daarvan bleken minder doeltreffend dan gedacht, zoals onder meer J.A. Wijnhoff al in 1909 berichtte.<sup>195</sup> Resectie, waarbij ook de zweer werd verwijderd, leek daarom een betere keus.<sup>196</sup> Het hoge zuurgehalte neutraliseerde en dat voorkwam de 'voorbeschiktheid' van een nieuwe zweer, bloedingen en 'met zekerheid' een doorbraak. Door de 'vele mislukkingen', gemiddeld veertig procent, waren zowel chirurgen als maagdarmartsen er voorlopig nog huiverig voor.<sup>197</sup> Schalij had tot 1917 slechts twee patiënten gehad waarbij deze methode was gebruikt, maar hij 'kon ook over den overgebleven maagvorm niet uitbundig roemen.'



Gastro-enterostomie. | Bron: Dr. Mark van Blankenstein

Mede door de toch beperkte kennis ontstonden er vaak 'scholen' rond een persoon en zijn bepaalde (de 'beste') therapie. Zo bleek in 1916 het keuzevraagstuk tussen gastro-enterostomie of resectie acuut. In de vergadering van de landelijke artsenorganisatie in 1916 had prof. dr. J.H. Zaaijer namelijk een 'pleitrede' gehouden ten gunste van resectie. Vrijwel niemand was het met hem eens, maar in Leiden bleven resecties de voorkeur houden.<sup>198</sup> Een complicerende factor hierbij was, dat het bij een aantal chirurgen helemaal niet zo duidelijk was welke operatie zij hadden toegepast. 'Al opererende' wijzigden zij naar inzicht de 'officiële' techniek.

Toen er later weer wel veelbelovende resultaten met resectie waren verkregen, kwam deze methode opnieuw in de belangstelling te staan. Deze successen waren echter vooral te danken aan een minder risicovolle patiëntencategorie, jonge mensen met een hoog zuurgehalte maar zonder stenose. Zoals het ook was gegaan bij gastro-enterostomie, gingen steeds meer chirurgen resectie van een deel van de maag ook bij andere patiënten uitvoeren. Het bleef echter een veel grotere ingreep, waarvan het risico groot was, niet alleen bij oudere maar ook bij een deel van de jongere patiënten. Om die reden waren Nederlandse chirurgen nog steeds geen voorstander van deze operatie. Ook onder een aantal buitenlandse chirurgen groeide de onzekerheid. Tijdens een chirurgencongres in Duitsland in 1921 bleek

dat 'een aantal chirurgen van naam van resectie weer tot de gastro-enterostomie [was] teruggekeerd.'<sup>199</sup> Opnieuw keerde het tij en aan het einde van de jaren twintig 'achten vrijwel alle [Duitse] chirurgen resectie van de maag onmisbaar.'<sup>200</sup> Want na een gastro-enterostomie bleek toch, anders dan men eerst had aangenomen, het aantal zweren in de nuchtere darm aanmerkelijk toe te nemen. Schattingen over het aantal zweren dat daardoor ontstond, liepen uiteen van 34 tot 50 procent.<sup>201</sup> De eenvoudigste manier om zweren in de nuchtere darm te voorkomen was zo weinig mogelijk gastro-enterostomieën aan te leggen. Maar tot in de jaren dertig moesten nog veel chirurgen daarvan worden overtuigd.

Later bleek door het promotieonderzoek van J.C.P. Eeftinck Schattenkerk dat voor de gestoorde fysiologie van de maag resectie veel doelmatiger was dan gastro-enterostomie. Maagdarmartsen bleven desondanks voorlopig terughoudend tegenover resecties. Een van hen was dr. A. Foyer, arts voor maag-, ingewands- en stofwisselingsziekten in Amsterdam.

## In Nederland geen ulcus pepticum door operatie?

*Het spreekt vanzelf dat dit op ons een merkwaardige indruk maakt, daar wij immers in Nederland na de vrij onschuldige gastro-enterostomie [...] zoo zelden een ulcus pepticum jejuni zien ontstaan.*<sup>202</sup> (Foyer, 1923)

De opvatting van Foyer kan een misvatting zijn geweest, zelfs Moynihan (Leeds) die meende 'dat hij vrijwel nooit een ulcus pepticum jejuni zag, is immers allang door de waarheid achterhaald.' 'Stewart [eveneens in Leeds] vond namelijk in dertig procent van de cadavers waarin een gastro-enterostomie werd aangetroffen', nóg een zweer. In de loop van de jaren dertig was volgens de Amsterdamse chirurg dr. Chr. van Gelderen, zowel in de Engels sprekende landen als 'te onzent [...] de resectie aan de winnende hand.' Omdat deze operatie groter en moeilijker was, moest de indicatie zeer nauwgezet zijn.<sup>203</sup> Zijn stadsgenoot chirurg dr. C. Knapper schreef in een overzichtsartikel: 'wij weten nu wel, dat resectie veel betere uitkomsten geeft dan gastro-enterostomie.' Maar helemaal afschaffen wilde hij de gastro-enterostomie niet. 'In bijzonder moeilijke gevallen' gaf hij de voorkeur aan deze operatie, waarmee hij bij zestig procent een gunstige uitkomst had.<sup>204</sup> Gezien dat percentage vond Van Gelderen echter dat bij Knapper gastro-enterostomie hooguit een operatie in 'uitersten nood' mocht zijn. Aan resectie overleed 'in den handen van een taktvol chirurg' slechts vijf procent.<sup>205</sup> Het pleit leek beslist. Maar in de vergaderingen van de maagdarmartsen bleken de chirurgische 'zekerheden' niet zo zeker te zijn.

## Beoordeling chirurgische behandeling door artsen

*Men zou zich kunnen vragen of de beoordeeling van de voordeelen van deze operaties niet een vraag is, die alleen chirurgen aangaat.* (Boom, 1938)

Of dat nu wel of niet uitsluitend aan chirurgen was voorbehouden, de maagdarmartsen spraken regelmatig over chirurgische behandelingen. Zij kregen immers met de eventuele nadelige gevolgen ervan te maken. Chirurgen wisten daar niets van, omdat die gevolgen zich vaak pas na jaren uitten. In 1938 stond gastro-enterostomie of resectie opnieuw prominent op de agenda. Schalij wilde eerst de complicaties nuanceren die zich na een gastro-enterostomie konden voordoen. Hoewel een zweer in het jejunum door gastro-enterostomie zonder meer een gevreesde ontwikkeling was, was het laatste woord daarover nog niet gezegd.

Door alle aandacht die er de afgelopen jaren voor was geweest, leek dit heel vaak voor te komen. En dat terwijl in Nederland 'veel chirurgen nooit een ulcus jejuni zagen na een gastro-enterostomie'. Schalij zag er in zijn lange loopbaan in totaal zes. In buitenlandse literatuur noemde men daarentegen percentages van ruim dertig procent. Dat dit steeds opnieuw weer een item werd, was wellicht te wijten aan de onbewezen theorie dat gastro-enterostomie

## 'Tegen ouderdom valt niet te strijden'

Het opereren van 'zieken van gevorderden leeftijd' – waarbij men de grens legde bij zestig jaar – steeg slechts geleidelijk. 'Tegen ouderdom valt niet te strijden, dus wat geeft het, zegt de dokter.' Pas in de jaren zeventig kwam er een verschuiving op gang, wel was toen al het begrip 'ouderdom' tien jaar opgeschoven. Er waren ook uitzonderingen. Zo opereerde een chirurg in 1921 een pylorusvernaauwing bij een 82-jarige!<sup>210</sup> Tegenwoordig is de leeftijd meer een kwestie van de algemene toestand van een patiënt dan van zijn leeftijd. Een operatieve behandeling kan ook bij zeer bejaarde mensen tot heel goede resultaten leiden.

1937 na gastro-enterostomie van ruim twee procent en bij resectie van 16,8 procent.<sup>206</sup> Hoewel hij dit niet met 'absolute zekerheid' kon zeggen, was ruim tachtig procent van de 350 patiënten die Schoemaker in tien jaar op deze manier had geopereerd, volledig genezen, zeven procent had nog wat klachten en elf procent was niet of tijdelijk genezen. Ook Boom zag een bevestiging van de 'indruk, die men ook in de praktijk krijgt, dat het merendeel van de geopereerde ulcuslijders genezen blijft.'<sup>207</sup> Deze schattingen waren zeer gunstig, de werkelijkheid was echter anders, zoals u in de paragraaf Povere resultaten zweerbehandeling kunt lezen.

## Wat vonden patiënten ervan?

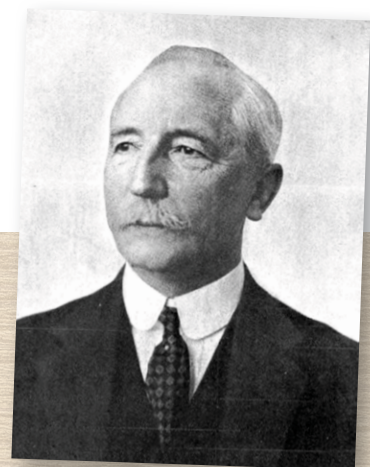
Over het algemeen hadden patiënten een rotsvast vertrouwen in de kennis en vaardigheden van een chirurg. Alleen bij maagpatiënten was dat niet altijd het geval. Relatief veel patiënten verzetten zich in eerste instantie tegen een operatie, want sterfte na een maagzweeroperatie was niet ongewoon. En men moest ook 'niet denken dat na de operatie alles glad verloopt', want ook chirurgen werden erna nog met allerlei problemen geconfronteerd. Bovendien was een patiënt erg bang voor maagkanker. Als iemand zeer lang een 'maaglijder' was, bekwam hem de angst dat hij kanker had. Onder het publiek bestond 'een zeer groote vrees voor een operatie bij maagkanker'.<sup>208</sup> De eerdergenoemde operatie om een pylorusvernaauwing op te heffen, leverde de chirurg wel 'dankbare patiënten' op. Dit was dan ook 'buitengewoon heilbrengend'.<sup>209</sup>

## Röntgenbehandeling van maagzweer en maagkanker

### 'Afwijzend standpunt'

Röntgenbehandeling was een andere optie. In het begin van de twintigste eeuw leek dit nog een hoopgevende therapie bij kanker. De vraag of dit ook een therapie bij ulcus pepticum kon zijn, leek niet echt aan de orde. Van tijd tot tijd blijkt echter uit een berichtje dat röntgenologen deze behandeling zo hier en

Schoemaker stond in binnen- en buitenland bekend om zijn technische vaardigheid. 'Niet zelden stonden artsen van heinde en verre om zijn operatietafel geschaard.' Hij was zo'n boeiende spreker, dat 'tijdens een chirurgencongres in Berlijn, de hem toegemeten tijd van tien minuten op het geroep "weiter, weiter" werd verlengd'. Zijn in memoriamschrijver verwachtte dan ook dat 'het bericht van het overlijden van dr. Jan Schoemaker [...] ongetwijfeld in het gemoed van velen een snaar [zal] hebben doen trillen.'



Dr. Jan Schoemaker

Bron: In memoriam, NTVG, 1940,84:39-3760-3761

daar wel toepasten. De behandeling nam dan al gauw ‘een klein uur’ in beslag. In de jaren dertig kreeg prof. dr. M.I. Nemenow (Leningrad) bekendheid door zijn publicatie over zijn behandeling met röntgenstraling. Tussen 1934 en 1936 had hij 336 patiënten behandeld, voor die tijd een grootschalig onderzoek. Hij slaagde erin een aantal ‘lijders aan ulcus pepticum door Röntgenbestraling te bevrijden van alle klachten.’ Hij beschouwde zijn resultaten als ‘veel verbeterd’, respectievelijk ‘genezen’, als de ziekteverschijnselen zes maanden of een jaar wegbleven.<sup>211</sup>

Bij kanker was de scepsis groter, veel medici hadden daarover ‘een volstrekt afwijzend standpunt’. Hijmans van den Bergh vond daarentegen dat hij nog niet voldoende ervaring had om zo’n hard oordeel te geven. Vooral voor

### ‘Gedenksteen voor de Röntgen-martelaren’

Een röntgenbehandeling was nog lang niet zo verfijnd dat onbedoelde nevenschade zoals necrose en zelfs kanker kon worden voorkomen. De behandeling was ook voor de röntgenologen niet helemaal zonder gevaar. Ondanks de regels die er waren om ongewenste straling in de röntgenkamer tegen te gaan, kon er stralingsschade ontstaan door onachtzaamheid of door de ‘techniek’. De Duitse Röntgenologenvereniging had daarom in Hamburg een gedenksteen opgericht, die gewijd was ‘aan de nagedachtenis van röntgenologen en radiologen, die hun leven aan de wetenschap hebben opgeofferd’. In 1938 werden er zeventien namen bij ‘gegrift’.<sup>213</sup>

minder gunstig reagerende patiënten deden de ‘behandelingen met novoproteïne en met röntgenstraling sinds enkele jaren van zich spreken.’ Steenhuis pleitte ervoor om deze therapie toe te passen bij slokdarmkanker, omdat deze meestal niet operatief werd behandeld. Dosering, de te gebruiken techniek en methode van bestraling waren moeilijk en ingewikkeld, maar niets doen was eigenlijk geen optie. De zieke wachtte dan een lange lijdensweg. Röntgenstraling kon dat leed verzachten, al was het dan voorlopig.<sup>212</sup> Door de behandeling leek kanker tijdelijk te verdwijnen, bij een aantal patiënten nam de gemiddelde levensduur wat toe. Al met al waren de blijvende uitkomsten evenmin bemoedigend. Maar op de keper beschouwd waren de resultaten van de maagzweerbehandelingen dat ook niet.

## Fundamenten van het maagspecialisme volgens Schrijver, Foyer, De Groot, Steensma en Schalijs

### ‘Het is alleen de ervaring die bij dit alles den doorslag geeft’<sup>214</sup>

Voor maagdarmarts Schrijver legden Pavlov en zijn leerlingen het fundament voor het maagspecialisme. Van hun onderzoek naar de werking van de spijsverteringsklieren en de diëtetiek maakten maagdarmartsen bijna dagelijks gebruik. Maar wat gaf de maagdarmarts dan vervolgens het recht om zich specialist te noemen? Op de allereerste plaats berustte deze legitimatie op zijn ervaring: ‘Een maagspecialist is hij, die bij de behandeling van zijn zieken gebruik maakt van een rijke en geordende ervaring. Hoe rijker de ervaring en hoe grondiger de theoretische studie van het onderdeel, hoe meer hij die titel verdient.’<sup>215</sup>

Alleen een maagdarmarts was door zijn poliklinische werk in de gelegenheid zoveel ervaring op te bouwen. Internisten en chirurgen kregen die kans niet. In zijn maagdarmpolikliniek kreeg een maagdarmarts veel meer patiënten met eenzelfde aandoening dan een internist in een groot ziekenhuis. Als er al een polikliniek aan dat ziekenhuis was verbonden, was deze bestemd voor alle interne ziekten. Zo’n ziekenhuis lag bovendien bijna vol met chronische patiënten die er maanden lagen. Maagpatiënten waren hier slechts een onderdeel van. Dat gold ook voor de particuliere patiënten, maar dat was een betrekkelijk kleine groep. De honderd particuliere patiënten die Schalijs jaarlijks gemiddeld in zijn praktijk had, was destijds een waarschijnlijk moeilijk te evenaren aantal. Ten slotte was de specialistische legitimatie van de maagdarmarts herkenbaar in de verschillen in zienswijze over bepaalde (be)handelingen; tussen maagdarmspecialisten en internisten in de academische en grote ziekenhuizen. Patiënten in ziekenhuizen en sommige huisartsenpraktijken moesten vaak onnodig lijden. Maagdarmartsen hadden daarentegen door hun grote ervaring veelal genoeg aan een eenmalig onderzoek. Met hun specialistische vaardigheden konden zij bovendien veel complicaties voorkomen.



## Er is slechts één indicatie voor sonde, hevelen en spoelen

Hoewel het gebruik van de sonde en het scheikundig onderzoek van het maagsap een legitiem specialismecriterium was, waren maagdarmartsen niet de enige artsen die zich daarmee bezighielden. Zij onderscheidden zich ook hierin al snel van andere medici. Een specialisme dat alleen op maagsaponderzoek was gebaseerd, deed een goede diagnostiek onrecht aan. Dat onderzoek leverde niet voldoende gegevens. Het verwijt van Pel dat internisten bij maagklachten direct naar de sonde grepen, was onterecht als het om maagdarmartsen ging.

In het begin van de twintigste eeuw was dat heel gewoon, er werd door medici van allerlei pluimage inderdaad heel wat 'geheveld'. Tegen het hevelen van de maaginhoud hadden maagdarmartsen geen bezwaar zolang zich dat beperkte tot een enkele keer per dag.<sup>216</sup> Zij waren echter unaniem tegen het vaak en dagen achtereen sonderen, zoals dat niet alleen in ziekenhuizen gebeurde, maar ook in een huisartsenpraktijk wel voorkwam. De maag was toch al geïrriteerd. Door de 'barbaarse behandeling' als gevolg van onoordeelkundig of onhandig gebruik van de sonde en gastroscoop, konden bloedende wondjes ontstaan, 'slijmvliesstukjes' genoemd, die overigens ook grote brokken konden zijn. Dit gebeurde nogal eens in de ziekenhuizen. Internisten waren echter niet bevreesd voor eventuele onaangename gevolgen. Chirurgen waren dat overigens ook niet, zelfs niet bij een doorbraak van de maagzweer.<sup>217</sup> Maagdarmspecialisten wezen deze handelwijze af als onnodig, gevaarlijk en belastend, omdat alleen al met een dieet zo veel was te bereiken (over de samenstelling daarvan heeft u eerder kunnen lezen). Als in een situatie een maagspoeling veel betere resultaten gaf dan alkaliën, dan moesten zij zich beperken tot een enkele keer per dag. Vanaf 1920 was er voor een maagdarmarts eigenlijk nog maar één indicatie voor sondering. Bij een chronische ontsteking van het maagslijmvlies was 'een zeer matige, beperkte spoeling' verantwoord, mits uiterst voorzichtig uitgevoerd.

Patiënten die bij een keuze de voorkeur gaven aan een maagdarmspecialist, hadden niet altijd ongelijk. Een internist had minder ervaring op dit specifieke terrein dan een maagdarmarts. Een chirurg was niet op de hoogte van niet-chirurgische behandelingen, en van diëten hadden zij noch de internisten verstand. Herhaaldelijk meldden maagdarmartsen dat zij, als ze een patiënt pas een jaar na de operatie zagen, hem alsnog op een dieet moesten stellen. Patiënten ontkwamen weliswaar ook bij een maagdarmarts niet altijd aan een belastend onderzoek. Maar bij een ervaren arts verliep dat meestal beter.

## Povere resultaten zweerbehandeling

### Lovende berichten

Steeds weer kwamen er lovende berichten over de resultaten die met een bepaalde methode waren te verkrijgen. Keer op keer leek genezing in veel gevallen bereikt. Nog afgezien van de 'overgrote meerderheid' die vanzelf genas, scoorden ook chirurgische behandelingen hoog op de 'genezingschaal'. Chirurg Exalto zei immers:

*Dankbaar dient toch erkend, dat de chirurgische behandeling bij zweren van maag en duodenum triomphen viert.* (Exalto, 1916)

Maagdarmartsen waren veel voorzichtiger in hun uitspraken:

*Wij genezen op zijn hoogst een uiting van de zweer.* (Schrijver, 1925)

## Wat is genezen?

Na lezing van de voorgaande hoofdstukken is het toch wat onverwacht dat – zij het vooral maagdarmartsen – het woord *genezing* zorgvuldig vermeden. Dat werd helemaal niet bereikt!<sup>218</sup> Chirurgen en internisten zagen alleen het directe resultaat, waardoor een vertekend beeld kon ontstaan, wat het kennelijk ook deed. De vraag van een patiënt of hij hersteld was, was moeilijk te beantwoorden. Iedere dokter dacht daar anders over. De Groot ('s-Gravenhage) bijvoorbeeld, beschouwde een patiënt als genezen als niet alleen de subjectieve maar ook de objectieve ziekteverschijnselen waren verdwenen, en de patiënt na jaren nog volmaakt gezond was.<sup>219</sup> Een variatie daarop was, dat iemand genezen was als hij een jaar lang zonder verschijnselen kon werken. In de jaren dertig was men nog voorzichtiger; omdat deze zweren vaak terugkeerden, was het beter om de beoordeling van de behandeling te baseren op het aantal recidieven en de duur van de remissies.<sup>220</sup> Niet alleen chirurgen, ook een aantal internisten in de ziekenhuizen waren positiever in hun uitspraken. Zij hadden echter geen flauw idee hoe het hun patiënten verder was vergaan.

Voor een deel van de bevolking had 'genezing' een andere betekenis dan volledig hersteld zijn. Ziek-zijn betekende bij hen terugvallen op de armenzorg vanwege de loonderving en de kosten van de behandeling. In die situatie was het belangrijk dat een behandeling genezing mogelijk maakte, dan kon die patiënt na een paar maanden weer aan het werk. Dat gold niet alleen bij maagzweren, bij tuberculose en andere min of meer chronische ziekten ging dat net zo.

## Tegenvallende cijfers

*Het is bekend dat de resultaten van de behandeling van de maagzweer nog verre van fraai zijn.* (Posthuma, 1937)

Ondanks deze 'voorgeschiedenis' was het een schok toen er eind jaren dertig cijfers beschikbaar kwamen van de resultaten in een aantal grote ziekenhuizen. Cijfers uit Amerika hadden toen al gewezen op het 'ontstellend klein' aantal maagzweepatiënten dat duurzaam was genezen – met welke therapie dan ook. Dit laatste was even onthutsend. Van de 155 patiënten die bij dit onderzoek waren betrokken, was na zeven jaar slechts *drie procent* zonder recidieven gebleven. Hoewel de chirurgische behandelingen de gunstigste onmiddellijke resultaten gaven, was dat effect vijf tot tien jaar later weg; het percentage recidieven was zelfs 93 procent!<sup>221</sup>

Over de uitkomsten van Nederlands onderzoek naar de resultaten van de zweerbehandelingen verschenen in 1937

## Dissertaties over resultaten zweerbehandelingen

**AMSTERDAM.** J.P. Voûte (arts, Naarden) onderzocht de uitkomsten van de klinische en chirurgische behandelingen in het Binnengasthuis en van de patiënten uit de polikliniek van dr. B.K. Boom. In het universiteitsziekenhuis bleek uit na-onderzoek dat drie jaar na de interne kuur van de honderdvijftig patiënten nog geen twintig procent vrij van klachten was. Bij het na-onderzoek op de polikliniek van Boom bleek slechts vijftien procent van de honderdvijftig patiënten klachtenvrij.

**LEIDEN.** M.J. Heering (internist, Haarlem) deed bij honderd patiënten na-onderzoek in de universiteitskliniek. Vijf jaar na het begin van de behandeling was nog slechts twintig procent klachtenvrij.

**UTRECHT.** J.C.P. Eeftinck Schattenkerk (chirurg, Zwolle) deed in de chirurgische universiteitskliniek na-onderzoek bij 361 patiënten die tussen 1927-1937 aan een ulcus waren geopereerd. Gastro-enterostomie gaf al naar gelang de plaats van het ulcus een goede uitkomst: tussen de 53 en 65 procent; resectie van de maagzweer tussen de 42 en 64 procent. Deze cijfers zijn echter vanwege beperkingen in onderzoek en vraagstelling minder relevant.

en 1938 drie dissertaties. Onderzocht waren de patiëntenpopulatie van de universiteitsziekenhuizen Amsterdam, Leiden en Utrecht, en de polikliniek van Boom (Amsterdam).<sup>222</sup> De uitkomsten waren teleurstellend. Als men al had gedacht dat chirurgische behandelingen meer blijvende positieve resultaten opleverden, bleek dit in de praktijk niet waar te maken. De resultaten waren 'zeker niet bevredigend'.<sup>223</sup> Hoogstwaarschijnlijk kwam dat mede door een te late diagnose én een onvoldoende werkzame behandeling.

## Sociaal gezien een uiterst dure kwaal

Dat de overall-resultaten van de behandelingen tegenvielen, was destijds wel bekend. Maar dat deze zó weinig effectief waren, was volkomen onverwacht. De aandacht voor de hoge kosten van de intramurale zorg lijkt iets van de huidige tijd, maar vóór 1941 was dat eveneens een steeds terugkerend onderwerp. Was een opname wel noodzakelijk? De schok was nog groter, nu was gebleken dat 'talloze patiënten die gedurende ettelijk weken zoovele kostbare bedden van de interne klinieken bezetten', slechts twintig procent daadwerkelijk de vruchten van de behandeling plukte.

En zo kwam het dat in 1941, alles overziende, de toekomst van maagpatiënten er niet zo zonnig uitzag. Wat wél was bereikt, was dat ook patiënten met een chronische maagzweer gedurende kortere of langere tijd vrij van klachten waren. Gelukkig was er op een enkel ander onderdeel van de maagdarmgeneeskunde wel een duidelijke vooruitgang te bespeuren.

Deze slechte prognose voor maagpatiënten betekende op zichzelf niet het failliet van de maagdarmarts. Het overgrote deel van de maagpatiënten ging naar de huisarts, die hen eventueel naar een chirurg verwees en soms naar een maagdarmarts. Maagdarmartsen zagen daardoor in verhouding tot het totaal maar een betrekkelijk klein aantal patiënten in een vroeg stadium van de ziekte. Toch zag niet alleen voor de patiënten de toekomst er somber uit, ook voor de maagdarmartsen was dat zo. Was die er eigenlijk nog wel?



Tekeningen door Rudolph Schindler (zie hoofdstuk 4, p. 50), verzameld in zijn atlas. Afgebeeld: normale maagplooien (boven links), een 'slijmmeer' in de maag (boven rechts), het antrum van de maag (onder links) en de pylorus (= maaguitgang, onder rechts).

Bron: *Lehrbuch und Atlas der Gastroskopie*. München, Lehmann, 1923 (met dank aan Jelle Haringsma)

### Overtuiging én onzekerheid

*Onschatbaar zijn de diensten, die door verbeterd inzicht aan de zieke mensheid bijna dagelijks worden bewezen.*<sup>224</sup>

Gezien de resultaten van onder meer de zweerbehandeling verwacht je dergelijke opinies eigenlijk niet. Voor de voorgangers van de huidige maag-darm-leverartsen, waren er echter wel degelijk ‘wapenfeiten’ te melden. Vanaf de eerste publicaties over zweren in het maagdarmkanaal waren er enthousiaste berichten over ‘nieuwe inzichten’ die een verdieping van de kennis gaven. Of deze nu een wel of niet blijvende kennis aandroegen, men zag vrijwel altijd de nieuwe hypothesen als een grote stap vooruit. De ‘ontzaglijken vooruitgang [...] die ons vak aan de heilkunde dankt’, bijvoorbeeld.<sup>225</sup> Vrijwel elke ‘vooruitgang’ bleek echter betrekkelijk. Op zo goed als elk onderdeel van het maagdarmspecialisme-in-wording was veel onzeker, zoals op te maken valt uit zinnen als: ‘het lijkt aan twijfel onderhevig’, ‘het is lang niet zeker’, ‘het is redelijk te veronderstellen’. Of: ‘Fibich zag na het verwijderen van het maagslijmvlies zweren ontstaan, Clairmont toonde het tegendeel aan.’ Een alles begrijpelijk makende en bevredigende verklaring van de oorzaak van een maagzweer zou overigens nog lang op zich laten wachten. Ook de vergaderingen van de maagdarmsartsen ademen onzekerheid uit, zoals in de voorjaarsvergadering van 1920<sup>226</sup>: ‘De Groot sluit bij achylie [afwezigheid van maagsap] ulcus niet geheel uit, Schrijver sluit achylie bij ulcus met zekerheid uit, en Vervloet zag een rijksdaaldergroot ulcus duodeni met totale achylie.’

### Nieuwe kennis

Tussen de stroom van theorieën die op den duur niet houdbaar bleken, waren er van tijd tot tijd ook positieve ontwikkelingen te melden. De ‘onbetwistbare ervaring dat dieet en bedrust goed doen’ bijvoorbeeld, en de belangrijke bijdragen van de heilkundigen Moynihan en de Mayo’s. Door hun werk wijzigden de opvattingen over wezen, frequentie en de genezingskansen van een maagzweer.<sup>227</sup>

De gangbare theorie was dat er een verband was tussen een bloeding en een maagzweer. Zonder bloeding geen zweer. Als de patiënt dan klaagde over pijn, dan was dat volgens de Amsterdamse hoogleraar Pel ‘pijn aan het litteken’. Moynihan en specialisten van de Mayo Clinic vonden dat echter een volkomen achterhaald standpunt. Een zweer bloedde lang niet altijd. Dergelijke zweren kon men echter wél diagnosticeren aan de hand van een terugkerende versterkte afscheiding van zoutzuur. De bloeding was een complicatie die men moest zien te voorkomen. Een afwachtende houding aannemen mocht beslist niet; iedere zweer moest worden behandeld, of deze nu bloedde of niet.

Schrijver beschouwde de bevindingen van Moynihan als de belangrijkste ontwikkeling in de beginjaren van het maagdarmspecialisme. Door de loskoppeling van de bloeding en maagzweer, verviel ook het onderscheid tussen een duidelijk bloedende zweer en een chronische zweer; beide konden een bloeding veroorzaken. Door dit inzicht bleken maagzweren veel vaker voor te komen dan gedacht. Eveneens belangrijk was de vinding dat een zweer zowel in de maag als in de twaalfvingerige darm een veel chronischer verloop had dan was aangenomen. Baanbrekende ontdekkingen hebben vaak een lange

### Noeste arbeid

*‘Een geweldige en ongehoorde hoeveelheid arbeid is in de geheele wereld besteed om te trachten den sluier van het geheim op te lichten.’ ‘Nog steeds blijft het zoeken, maar nog steeds is geen alles begrijpelijk makende en allen bevredigende verklaring gevonden.’*<sup>228</sup>

voorgeschiedenis. Zo ook bij de twee voor maagzweren uitermate belangrijke ontdekkingen die weliswaar zijn terug te voeren naar deze periode, maar die geen doorbraak veroorzaakten. Zowel de theorie over de oorzaak van zweren als het oorzakelijk verband tussen een gastritis-maagzweer en gastritis-maagkanker, zouden pas veel later algemene ingang vinden.

De verdieping van de kennis van maagaandoeningen was een uitermate langzaam proces. Dat beperkte zich echter niet tot alleen dit specialisme, in de eerste helft van de twintigste eeuw was het eigenlijk bij alle specialismen heel gewoon.

## **'Nog steeds blijft het zoeken'**

In 1940 sprak Schalijs als voorzitter van de landelijke artsenorganisatie de openingsrede uit voor de algemene vergadering. Als onderwerp had hij gekozen voor maagzweren en zweren in de twaalfvingerige darm, zoals wel te verwachten was van deze gedreven maagdarmarts.

## Parenterale behandeling bij maagzweer

*Iedere ontdekker van een methode, en er zijn er vele, is met het resultaat van zijn behandeling tevreden. Mijn resultaten daarvan zijn dan veel minder gunstig. Het spijt mij, dat ik niet zoo optimistisch kan zijn.* (Foyer, 1934)

Eigenlijk ging er niets boven een langdurige rust van de maag, die genezing meer in de hand zou werken dan de beste kuur. Maar toch was er in 1934 een veelbelovende therapie waarmee dr. A. Foyer ‘opmerkelijk gunstige resultaten [had] gekregen.’ Op een congres in Parijs was er gesproken over de ‘fraaie resultaten’ die inspuitingen met parathormoon bij maag- en duodenumzweren opleverden.<sup>229</sup> Thuisgekomen paste Foyer deze therapie ook toe en vertelde over zijn bevindingen in de wetenschappelijke voorjaarsvergadering van 1936. Hij was alleszins tevreden, maar het echte resultaat daarvan kon men pas over een jaar of vijf beoordelen. Echter, zolang maagzweer zo’n ongreepbare ziekte was, was iedere nieuwe methode welkom, ook als men nog niet van genezing kon spreken. Niet lang daarna bleek echter uit Amerikaans onderzoek dat de injectietherapie bij maagzweren hoofdzakelijk de ‘psychische factor, het suggestieve van een volkomen afwijkende therapie’, grote betekenis had. De behandeling was vooral geschikt om de patiënt te laten ‘opknappen’. Een ander voordeel van een parenterale behandeling was dat daarmee ook een aantal zieken lopend kon worden behandeld.<sup>230</sup> Dat was op zichzelf belangrijk, maar het had niet veel met genezen te maken.

Op een ander maag-, darm- en stofwisselingsterrein was er toen overigens wel een succesvolle parenterale behandeling. Deze genas weliswaar de ziekte niet, maar het was toch een grote vooruitgang in de behandeling van diabetespatiënten: de komst van insuline.

## Parenterale behandeling, vaccinothérapie

*In dezen tijd van theorieën, waarvan bij de meeste het geboorte- en doodsuur verdacht dicht bij elkaar liggen.*<sup>231</sup> (Koopman, 1920)

Er ‘passeerden’ inderdaad veel enthousiaste berichten over succesvolle nieuwe behandelingen, waarover men dan al spoedig niets meer hoorde. Een uitzondering daarop waren de diverse vormen van immunisatie. Mits met beleid toegepast, bood dit nieuwe mogelijkheden voor de publieke gezondheidszorg waardoor het in belang toenam. Gestimuleerd door de succesvolle pokkenvaccinatie van schoolkinderen, die aan het eind van de negentiende eeuw verplicht werd voor de leerlingen van openbare scholen, kwam er een ware hausse op gang van allerlei therapieën die de weerstand tegen infecties moesten versterken. Niet alleen preventief; passieve immunisatie met sera die bij dieren waren opgewekt, werkte naar de toen geldende opvatting ook therapeutisch tegen een groot aantal ziekteverwekkers. Dat bracht klinici ertoe specifieke sera toe te dienen aan kinderen met roodvonk of difterie. Spoedig werd het bekend dat de seruminjecties die in eerste instantie werden gebruikt, na herhaalde toediening tot de ‘hoogst onaangename serumziekte’ konden leiden. Om dit te voorkomen moesten de sera niet van hetzelfde soort dier afkomstig zijn, maar moesten zij worden opgewekt bij verschillende dieren zoals paard en kalf. Voor de pokkenvaccinatie hadden grote steden vaccinatie-‘parken’ ingericht. Voor het kweken van deze ‘nieuwe sera’ kwamen er landelijke instituten. Daarnaast was er nog de autovaccinatie. Men kweekte dan eerst het oorzakelijke micro-organisme dat men bij de patiënt had gevonden. Vervolgens doodde men deze kweek en injecteerde dat

weer bij de patiënt in de hoop daarmee zijn afweer te versterken. Deze parenterale therapieën waren in die jaren bij vrijwel alle aandoeningen waarvan de verwekker bekend was, dé standaard-optie. De preventieve immunisatie groeide uit tot een breed toegepaste gezondheidszorgvoorziening. Zo begon de Amsterdamse tuberculosearts dr. M.R. Heynsius van den Berg in 1926 met de BCG-vaccinatie van zuigelingen, om de grote sterfte daaraan terug te dringen. Veel stadsbesturen lieten tussen 1920 en 1941 kinderen tegen difterie inenten om grote uitbraken van deze gevaarlijke ziekte te voorkomen.

Zolang er geen werkzame geneesmiddelen beschikbaar waren, paste men dergelijke methoden natuurlijk ook toe bij ernstige maagdarmaandoeningen. Wat diabetes betreft, was al in het begin van de eeuw gebleken dat ‘de orgaantherapie tot nu toe gefaald heeft.’<sup>232</sup> Niemand kon toen voorzien dat juist die therapie later wél zou werken. Dat ging niet op bij de eveneens ernstige aandoening colitis, waarbij enige tijd autovaccinatie een optie leek (zie hoofdstuk 9).

## Therapeutische doorbraken: insuline, sulfapreparaten

Hoewel de behandeling van maagzweer in de jaren tot 1941 keer op keer teleurstelde, waren er op ander gebied wél positieve ontwikkelingen. De eersten die daarvan konden profiteren waren de diabetespatiënten. In 1921 lukte het dr. F.G. Banting e.a. (Toronto) insuline uit pancreasextract te halen. In *no time* was dit overal bekend, collega’s en patiënten uit het ‘Westen’ wilden allemaal insuline hebben. Om aan de vraag te kunnen voldoen richtte de universiteit van Toronto in 1922 het ‘Insuline laboratorium’ op, met dr. C.H. Best – die Banting bij zijn onderzoek van het pancreasextract had geassisteerd – als directeur. Onder bepaalde voorwaarden kreeg ook Nederland van het Insuline-Comité in Toronto insuline toegestuurd. Nog in datzelfde jaar kreeg de eerste diabetespatiënt in Nederland insuline toegediend.

### Gegarandeerd goede insuline

Om te voorkomen dat minder-werkzame of giftige preparaten in Nederland in omloop zouden komen, kregen slechts twee laboratoria de insuline: Laqueur [Pharmaco-Therapeutisch Laboratorium, Amsterdam] en Storm van Leeuwen [idem, Leiden], in gemeenschap met Van Itallie te Leiden.<sup>233</sup>

Het Pharmaco-Therapeutisch Laboratorium in Amsterdam begon al in 1922 met de insulineproductie. Vervolgens kwamen er ook apothekers die insuline bereidden, zoals de apotheker van de Gemeenteapotheek in ’s-Gravenhage (zie artikel in *Het Vaderland*). Meestal namen zij het pancreasextract volgens Best en dr. E.W. McHenry als voorbeeld. In Amerika was inmiddels Eli Lilly met de productie begonnen. In Nederland verbeterde de verkrijgbaarheid van insuline een jaar later door de oprichting van het farmaceutische bedrijf Organon Oss (1923). In amper twee jaar tijd was er een ‘bloeiende’ industrie rond insuline ontstaan. Een neveneffect was dat er steeds meer Nederlandse medici kwamen, die hun kritische oordeel over Amerikaanse artsen moesten herzien. Allemaal waren zij vol lof over de adviezen van hun Amerikaanse collega’s over het gebruik van en de behandeling met insuline. Zo professioneel hadden zij het niet eerder meegemaakt.

‘Overstelt met dringende vragen’ besloten in 1923 de hoogleraren geneeskunde, universitaire onderzoekers en deskundigen van andere relevante instanties een inleiding te publiceren: ‘Over de ervaring met insuline in Nederland’. Het kwam ‘allereerst op de naakte feiten aan’, een afdoend oordeel was nog niet mogelijk.<sup>234</sup> Eigenlijk ging de medische informatie niet veel verder dan ‘dat wij gelukkig ernstige of *blijvende* stoornissen [hebben] kunnen vermijden’. Wat insuline precies was, de benodigde hoeveelheid, de frequentie van toediening en het uiteindelijke resultaat; het was allemaal nog niet bekend. In korte tijd verschenen er echter zoveel artikelen over de insulinebehandeling, dat de kennis zich snel uitbreidde. Vooral het werk van dr. J.J. Abel (Baltimore) droeg daaraan bij.<sup>235</sup> Door zijn ‘gekristalliseerde insuline’, waarover hij in 1926 publiceerde, was standaardisering mogelijk. Enkele jaren later bleek dat ook het oraal toe te dienen guanidine een suiker-verlagende werking had. Door de vele bijwerkingen echter – en de reputatie van insuline – was dit orale anti-diabeticum (nog) geen succes. Ook het daaruit

afgeleide synthaline verlaagde het bloedsuikergehalte. Maar hoewel dit middel wat minder giftig was, was het ook minder krachtig. Nog afgezien van de ernstige bijwerkingen van beide middelen, zouden deze alleen voor 'lichte gevallen' bruikbaar zijn.

## Prontosil

De tweede doorbraak in deze geschiedenis was de komst van antibacteriële geneesmiddelen in 1935, de zogenaamde sulfapreparaten met als eerste het 'prontosil' (G. Domagk; Bayer). Maagdarmartsen kregen er eerst vooral zijdelings mee te maken, uit patiëntbeschrijvingen bleek dat longontsteking bij ernstig zieke maagzweerpatiënten niet ongewoon was. Ontstekingen in het maagdarmkanaal zoals colitis, leken een andere indicatie. Men begon met een orale toediening, waarover enkele gunstige (buitenlandse) berichten waren verschenen, maar helemaal overtuigend waren de resultaten niet. Tot E.N. Collins (Amerika) in 1940 publiceerde over de resultaten die hij had bereikt met de toediening van een sulfapreparaat in een klysma. Hij had daarbij geen bijwerkingen gezien, wat op zichzelf al een grote verbetering was.<sup>236</sup> In Nederland zou deze doorbraak echter nog even op zich laten wachten (zie hoofdstuk 9).

## Geneesmiddel voor maagzweer?

Werkzame medicijnen hebben vaak een lange voorgeschiedenis, ook bij diabetes. Zowel guanidine-derivaten als sulfapreparaten beleefden een belangrijke *come back* als orale antidiabetica. Het idee voor een werkzaam geneesmiddel voor maagzweren, dat in de praktijk nog bijna vijftig jaar op zich zou laten wachten, stamt oorspronkelijk ook uit deze tijd. Om precies te zijn uit 1929. Het werd bedacht door wetenschappers van de universiteit van Toronto: Best (die nog ettelijke andere successen boekte) en McHenry. Zij hadden in onder andere het maag- en darmkanaal een stof gevonden die histamine neutraliseerde.<sup>237</sup> Het was toen al bekend dat histamine de zuurproductie van de maag activeerde (1925).<sup>238</sup> Zij konden de gevonden stof – door hen histaminase genoemd – ook produceren. Bayer bracht dit als Torantil op de markt.

In 1937 wees de redacteur van het *NTvG* op de bevindingen van een Duitse onderzoeker, dr. H. Bartelheimer.<sup>239</sup> Deze had veertig lijders aan zweren van de maag en twaalfvingerige darm behandeld met Torantil. De uitkomst was heel bemoedigend: de klachten waren verdwenen.<sup>240</sup> Door ervaring wijzer geworden zou je je dan moeten afvragen hoe het resultaat na een jaar of vijf zou zijn geweest, maar op de een of andere manier raakte deze zweerbehandeling weer op de achtergrond. Uiteindelijk moest men tot 1975 wachten tot er een werkzaam medicijn beschikbaar kwam tegen maagzweren: cimetidine, als histamine (H-2)-blokker.<sup>241</sup> Best en McHenry hadden in 1940 overigens opnieuw moeten uitleggen dat hun onderzoek *geen* zoektocht was geweest naar medicatie, en dat zij dat ook nooit hadden gesuggereerd.<sup>242</sup> Best zou zelfs gedacht hebben dat er voor Torantil geen nuttige toepassing te vinden was. De doorbraak in de medicatie van zweren in maag en twaalfvingerige darm maakte hij gelukkig nog wel mee.

## 'Wondermiddelen', de 'publieke opinie' en de 'Pers'

De kranten besteedden altijd al veel aandacht aan medicijnen die, terecht of onterecht, een wonderbaarlijke 'geneeskracht' zouden hebben. Bewezen werkzame middelen kregen helemaal alle aandacht. Dokters moesten daar nog aan wennen, waaronder Hijmans van den Bergh.

'Veel moeilijkheden ondervindt de geneesheer in onze dagen van de medische berichtgeving.' 'In de couranten heeft [de patiënt] er over gelezen, ook over de behandeling.' Die behandeling wil hij ook. 'De leek weet alles: oppervlakkig en verkeerd misschien', maar dat maakte de zaak er niet beter op. 'Nauwelijks kan nog de arts tegenover den patiënt het geheim, van hetgeen hij van hem denkt, verzwijgen.'<sup>243</sup>

Toch gaven die 'couranten' vaak een goed overzicht van de werking van het middel, een kijk op de reacties van officiële instanties en eventuele financiële consequenties. Het nu volgende verslag in *Het Vaderland* illustreert dat.



## Het Vaderland, bureau 's-Gravenhage, Maandag 2 Juli 1928

'Het verslag van de Gemeenteapotheek over 1927 zegt:

De toeneming der Ziekenhuisverpleging, het roodvonk [...] deden het geneesmiddelen [...]verbruik stijgen; hoewel in veel geringer mate, wordt deze stijging mede veroorzaakt door de eigenaardige houding van veel ziekenfondsen, die, wanneer voor hun leden meer kostbare middelen, zooals Insuline, vaccins en in de therapie onmisbare speciaalpraeparaten, worden voorgeschreven, trachten de verstrekking hiervan over te dragen aan de gemeenschap, in dit geval via Maatschappelijk Hulpbetoon aan de Gemeenteapotheek.'

'De bereiding van Insuline, het o.a. bij de behandeling van diabeteslijders zoo buitengewoon belangrijke middel, had regelmatig plaats; het gebruik ervan steeg snel en bedroeg in 1927 7200 fleschjes van 100 eenheden, waartoe de alvleeschklieren van 2100 runderen werden verwerkt.

Naast het bezit van een betrouwbaar product gaf deze eigenbereiding een onkostenbesparing van f 6500.

Het in het vorig jaarverslag aangekondigde nieuwe middel voor de behandeling van lijders aan suikerziekte, het synthaline, voldeed niet aan de verwachtingen, welke men er op grond van de eerste publicaties van verwachtte: het gebruik ervan is dan ook gestaakt.'



Tekeningen door Rudolph Schindler (zie hoofstuk 4, p. 50), verzameld in zijn atlas.

Afgebeeld een gastritis (boven links) en een drietral zweren in de maag.

Bron: *Lehrbuch und Atlas der Gastroskopie*. München, Lehmann, 1923 (met dank aan Jelle Haringsma)

## Vroege diagnose maagkanker

Maagdarmartsen waren ervan overtuigd dat zij met een vroege opsporing van zowel maagzweren als maagkanker veel latere problemen konden voorkomen. De tragiek was dat dit met hun nog niet zo diepgaande kennis onbereikbaar was. Het waren twee ernstige maagaandoeningen, waarvan maagkanker het hoogste sterftecijfer had. Het tijdig opsporen van maagkanker was mede zo moeilijk omdat de ziekte in het begin meestal zonder symptomen verliep. Tegen de tijd dat de zieke naar een dokter ging, kon hij in de meeste gevallen niet meer worden geopereerd. Hoe lang dat 'beginstadium' duurde, was niet bekend. Steeds weer waren er nieuwe hoopgevendende berichten dat het 'met vrij grote zekerheid' mogelijk was maagkanker aan te tonen of uit te sluiten. Eén van de diagnostische dwalingen was dat na een gastro-enterostomie het gevaar van een kankerachtige zweer was uitgesloten.<sup>244</sup> Zelfs (veel) verborgen bloed, jarenlang beschouwd als kenmerkend voor maagkanker, ontbrak bij maagkanker nogal eens.<sup>245</sup> Het zuurgehalte bracht evenmin de oplossing. Voor röntgen gold hetzelfde, de afwijkingen waren in het beginstadium nog te gering om te kunnen aantonen. Alleen met serie-opnamen, zoals buitenlandse röntgenologen dat aan het eind van de jaren dertig propageerden, zou dat misschien mogelijk zijn.

Dan was er nog een gastroscopisch onderzoek, want ook daarover verschenen aan het eind van de jaren dertig enkele positieve artikelen. In 1941 meldde dr. W.L. Vetter (Amsterdam) echter dat dit een voortreffelijk hulpmiddel kon zijn bij gastritis, 'mits in geofende hand', maar voor de diagnostiek van maagkanker stond het nog in de kinderschoenen.<sup>246</sup>

Veel medici zagen een oorzakelijk verband tussen maagkanker en een chronische maagzweer. Anderen hielden meer en meer over naar het ontkennen van een verband. De differentiële diagnose tot en met een operatie toe zorgde nog steeds voor verrassingen. Pathologisch onderzoek leverde evenmin altijd betrouwbare gegevens op. In 1922 schreef maagdarmarts van E.H.B. van Lier dat 'Patholoog-anatomen en klinici over de gehele wereld' tot de slotsom waren gekomen dat maagkanker en maagzweer slechts in drie tot vijf procent van de gevallen samengingen.<sup>247</sup>

## Veroorzaakt zweer kanker?

Al vroeg waren de meningen verdeeld over het eventuele verband tussen maagzweer en maagkanker. Volgens Talma (Utrecht) ontstond vijftig procent van de maagkankers op de bodem van een zweer, maar collega Pel (Amsterdam) vond dat cijfer veel te hoog.<sup>248</sup> J.G. Remijnse (chirurg, Utrecht), die dit in 1916 had onderzocht, was het met Pel eens. Hij kwam tot de slotsom dat wij kanker in een zweer 'wel eens' zien, maar hoogst zelden.<sup>249</sup> Daarentegen viel het percentage van Talma weer mee, vergeleken met de getallen van weer andere onderzoekers. In 1923 kwam er een 'niet ondienstige verklaring' voor het 'foutieve geloof' dat een maagzweer gemakkelijk degenerereerde tot maagkanker. Pathologisch-anatomisch kon men bijna nooit vaststellen dat kanker was ontstaan op de bodem van de zweer. Wel kwam het regelmatig voor dat maagkanker, die in het begin heel langzaam verloopt, *tijdelijk* een klinisch beeld van een maagzweer gaf.<sup>250</sup>

## Kanker of zweer, een moeilijke diagnose

Vanaf de eerste vergadering van hun vereniging toonden maagdarmartsen belangstelling voor het vraagstuk maagkanker. Of dat nu wel of niet kon ontstaan uit een maagzweer, was geen discussiepunt. Al in die eerste vergadering, februari 1914, bracht De Groot (J.) dit ter sprake. Hij kon weliswaar niet onderschrijven dat maagzweren zoveel neiging hadden tot kankervorming, maar hij sloot het ook niet uit. Herhaalde zweervorming zou misschien de weg daarvoor kunnen voorbereiden.<sup>251</sup> In de volgende vergaderingen kwam naar voren dat voor de leden vooral de diagnose kanker of zweer 'dikwijls zéér moeilijk' was. De 'onheilstichtende diagnose' kanker kon later 'herstelbaar'

zijn, of andersom. Tussen 1917 en 1922 leek de belangstelling voor maagkanker wat op de achtergrond geraakt. Maar buiten de vereniging om was er toen een debat gaande over het eventuele verband met een zweer. Dit begon met een publicatie van chirurg J. Goedhuis (Deventer), een aanhanger van de maagkanker-door-maagzweer-hypothese.

## ‘Wij, maagdarmartsen’ nemen stelling

Goedhuis vond dat hij niet anders kon dan constateren dat maagkanker veelvuldig samenging met een chronische maagzweer. In 1922 ventileerde hij zijn visie in enkele artikelen in het *NTvG*. Hij kreeg daarop de nodige reacties. Geschrokken mengden de maagdarmartsen Van Lier en Schalijs zich in het debat. ‘De opvattingen van Goedhuis kunnen niet genoeg bestreden worden.’ En dat deden zij dan ook in krachtige bewoordingen. ‘Met het *verkeerde* etiket “kanker” gaan zeer veel maaglijders in het graf, die geholpen konden worden!’<sup>252</sup> Zij vroegen zich af hoe een chirurg uit *Deventer* dat verband kon aantonen. (In die tijd

meenden specialisten in de ‘Randstad’, met Amsterdam voorop, dat zij veel beter waren dan die in de periferie; zij lieten dat ook te pas en te onpas weten.) Als Talma met zijn vijftig procent al door Pel was gekapitteld, hoe zat het dan met die negentig procent van Goedhuis? ‘Gaaf het dan in Deventer zóó slecht met de lijders aan maagzweer?’ Dat de chirurg slechts één patholoog-anatoom aanhaalde, ‘die het woord kwaadaardig te vlug’ uitsprak, was fout. En dat hij verwees naar een Franse chirurg was al helemaal fout. ‘Wij, maagdarmartsen in overig Nederland, zien die lijders in den regel oud worden.’ Slechts een enkele keer toonde een patholoog aan dat het dan om een ‘vaststaande ontaarding van een maagzweer’ ging.<sup>253</sup>

### Diagnose maagkanker (Schalijs, 1922)

‘Ga ik nu de 103 andere (particuliere) patiënten na, die niet geopereerd zijn, waar dus niet de proef op de som kon worden genomen, maar waar de verschijnselen zóó duidelijk waren, dat aan de diagnose niet kon worden getwijfeld, dus: vermagering, cachexie [uitputting], verlies van eetlust, voelbaar gezwel, achloorhydrie, bloed in de ontlasting en vaak in den maaginhoud, braken, uitsparing in de schaduw op de X-foto, soms voelbare metastasen en ten laatste spoedige dood onder eigenaardige vermageringsverschijnselen [...]’<sup>254</sup>

## Schalijs’ berekeningen

Om ook anderen van ‘hun dwaling’ te overtuigen namen zowel Schalijs als Van Lier hun (particuliere) patiëntenbestand onder de loep. ‘Indien het waar is, dat zo’n hoog percentage [vijftig-zestig-negentig procent] der chronische maagzweeren tot kwaadaardige verandering geneigd zijn [...] dan moeten wij [...] in de anamnese van veel lijders aan maagkanker verschijnselen en klachten vinden, die op een oude zweer wijzen.’ Schalijs had in zijn particuliere praktijk tweehonderd particuliere patiënten gehad met maagkanker. Hij had daarover nauwkeurige aantekeningen bijgehouden. Slechts vijftien hadden met zekerheid een maagzweer gehad. Zelfs een zeer langdurige maagzweer had weinig kans kankergezwel te worden.

## Voorkómen van gastritis, *believers* en *nonbelievers*

### Genezing van chronische gastritis, het antwoord op alles?

In de voorjaarsvergadering van de maagdarmartsen in 1936 kwam gastritis ter sprake als een van de meest voorkomende maagziekten. De spreker haalde de Engelse clinicus Hurst aan, die ‘beweerde’ dat ‘chronische gastritis practisch de eenige primaire ziekte is en dat voorkómen van gastritis zou beteekenen het voorkómen van maagzweer en maagkanker.’<sup>255</sup> Schalijs dacht echter dat deze opvatting niet juist was. De andere leden van de maagdarmvereniging lieten zich toen hier niet over uit.

In 1941 was de controverse nog springlevend. Dierproeven hadden het verband tussen gastritis en maagzweer aangetoond. ‘Een deel van de onderzoekers ontkent het verband tussen gastritis en een maagzweer’, schreef een redacteur in het *NTvG*. Als dierproeven dat aantoonen dan ‘moeten wij zeer voorzichtig zijn, dit op de menselijke pathologie over te brengen.’<sup>256</sup> En zo kwam het dat een deel van de onderzoekers het verband tussen gastritis en maagzweer ontkende, en een deel het mogelijk achtte.

## Overzicht kanker in de praktijk

Bij maagzweren was er een duidelijke ‘wanverhouding’ tussen particuliere en polikliniekpatiënten; het waren vooral polikliniekpatiënten. De Groot: ‘Het aantal gevallen van kanker bij mijn polikliniekpatiënten was slechts half zoo groot als dat bij patiënten uit hogere standen.’ Maar dat leek maar zo. De verhouding verschilde per locatie. Gemiddeld genomen liep bij maagkanker het aantal particuliere en ziekenfondspatiënten gelijk op. De gemiddelde levensduur bij particuliere patiënten was korter dan bij de ‘lagere standen’.

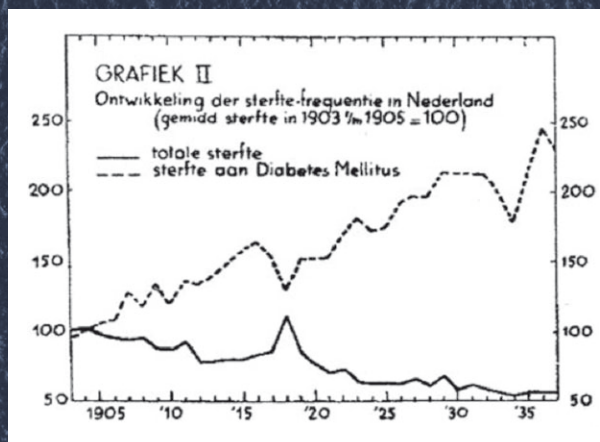
Statistisch overzicht van kanker in de spijsverteringsorganen (n=304)			
	Totaal (%)	Mannen (%)	Vrouwen (%)
Maag	58	69	31
Dikke darm	10	70	30
Lever	10	61	39
Maagmond	8,5	77	23
Endeldarm	6,6	70	30
Slokdam	6,3	100 (n=19)	0
Twaalfvingerige darm	0,3	0	100 (n=1)
Verdeling man – vrouw		70,8	29,2

Statistisch overzicht van kanker in de spijsverteringsorganen, in de praktijk van dr. J. de Groot (s-Gravenhage), 1898-1924. De Groot had in die jaren in totaal 304 kankerpatiënten en ruim 10.000 polikliniek patiënten.

## Lever, een nieuw geneesmiddel voor diabetes?

Zolang er geen werkzaam geneesmiddel was voor welke chronische ziekte dan ook, waren er alternatieve mogelijkheden. Belladonna en Jodetum kalicum bijvoorbeeld, die breed toepasbaar waren. Tot ver in de twintigste eeuw werden deze middelen voorgeschreven. Ook voor diabetes was Jodetum kalicum korte tijd een alternatief. Het eten van lever leek eveneens effect te hebben. Aan insuline kleefde het bezwaar dat het uitsluitend bij inspuiting onderhuids kon worden toegediend en dat soms jarenlang. Maar nu, zo schreef de *Sumatra Post* van 2 juli 1928, was er toch een hoopvol alternatief:

‘Uit Amerika komt nu het bericht, dat het eten van rauwe lever en wel 200 gr. per dag, een gunstigen invloed zou hebben op de suikerziekte. Het bloedsuikergehalte van de patiënten zou hierdoor op normale hoogte komen. Langzamerhand wordt de lever een heel arsenaal van voor het menselijk lichaam nuttige stoffen: het vorige jaar heeft men [door] het eten van lever groot succes [behaald en] aanbevolen voor de behandeling van de perniciose anaemie en [er zijn] ook al preparaten, uit de lever vervaardigd, die met een twintigste deel van het volumen dezelfde werking hebben.’



De sterfte als gevolg van diabetes mellitus in vergelijking tot de totale sterfte, in Nederland in de eerste decennia van de twintigste eeuw (grafiek uit 1939).

Bron: E.S. Beek, J. Groen, 'De sterfte aan diabetes mellitus in Nederland', *Geneeskundige Bladen*, 1939;37:187-225

## 'Suikerziekte'

'Suikerziekte', een inmiddels vergeten term, was tot 1960 bij uitstek het terrein voor de arts voor maag-, darm- en stofwisselingsziekten. De behandeling in de vorm van dieet en rust was vergelijkbaar met die van een maagzweer en de theorieën over bijvoorbeeld oorzaak en eventuele erfelijkheid, klonken eveneens bekend in de oren. Op het terrein van de diagnostiek en behandeling was er echter ook sprake van een unieke situatie in de praktijkvoering van de maagdarmartsen; er was een werkend geneesmiddel voorhanden. Daarnaast bleek uiteindelijk dat deze stofwisselingsziekte slechts tijdelijk een onderdeel van zijn praktijk zou zijn.

## Zo'n dieet was wel erg ingewikkeld

Als er al artsen waren die zoveel van voeding af wisten dat zij dieetlijsten konden afstemmen op de situatie van de patiënt, dan was dit voor een deel van zijn patiënten al helemaal niet te doen. 'De diabeticus [...] heeft bitter weinig aan voorschriften waarvan het opvolgen hem niet mogelijk is. Want onkundig als hij is van de meest eenvoudige beginselen der voedingsleer, staat hij hulpeloos met zijn briefje, dat hem gebiedt zooveel van dit en zooveel van dat te eten.'<sup>1</sup>

*Van alle theorieën over het ontstaan [van diabetes is] er geen enkele [...] die een bevredigende verklaring geeft.*<sup>2</sup> (Wijnhausen, 1909)

## Het ontstaan van diabetes – lange tijd een vraag

### *Inborn error, erfelijkheid?*

Die zoektocht naar kennis had nog een verrassing in petto. De zo vanzelfsprekende theorie dat diabetes een aandoening is van de pancreas, met als gevolg een tekort aan insuline, was nog ingewikkelder dan gedacht. Nieuw onderzoek maakte het in de jaren zestig zelfs waarschijnlijk 'dat diabetes niet primair een aandoening is van de pancreas, maar vermoedelijk een "inborn error" in de glucose-vezurencyclus.<sup>74</sup> 'De huidige geneeskunde levert heel veel nieuwe oorzakelijke opvattingen op', een dergelijke kennisverdieping trof dus niet alleen diabetes.

Een andere nog onopgeloste zaak was de eventuele erfelijkheid van diabetes. Ondanks het vele onderzoek was men begin jaren zestig ook daar nog niet uit. Studies uit 1946 hadden uitgewezen dat diabetes niet erfelijk was maar familiair, maar nu (1964) 'staat het welhaast vast' dat de ziekte wel erfelijk is. De huidige opvatting is echter dat, in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, erfelijkheid bij diabetes type 1 maar een kleine rol speelt. De oorzaak moet men zoeken in een genetische vatbaarheid. Of en hoe deze ziekte is te voorkomen is niet bekend. Dat geldt ten dele ook voor diabetes type 2, die verreweg het meeste voorkomt. Hier bevorderen overgewicht, te weinig beweging en erfelijke aanleg de kans op de ontwikkeling daarvan.

### Primeurs in de behandeling

De 'hoofdschotel' van de behandeling was het dieet dat was gebaseerd op de koolhydraatintolerantie van de patiënt. Het koolhydraatonderzoek had ook geleerd dat de behandeling vóór alles individueel moest zijn. Een grote stap vooruit was de introductie van insuline in de jaren twintig. Diabetes nam daardoor in de maagdarkmartsen een heel speciale plaats in. Het was niet alleen de *enige* ernstige aandoening in het vakgebied van de maagdarkmartsen waar de diagnostiek geen grote problemen opleverde, ook op geneeskundig gebied hadden zij al in een vroeg stadium van hun bestaan met het werkzame middel insuline iets 'tastbaars' te bieden. Voeg daarbij hun ervaring met de instelling van een juist dieet, de toediening van insuline en hun eigen laboratorium, dan moet dat de maagdarkmartsen aan het eind van periode tot 1941 vertrouwen in de toekomst hebben gegeven. En toch, juist deze ziekte zou uit het maagdarkspecialisme verdwijnen.

### Huisarts en internist nemen de behandeling over

Aan het eind van de jaren vijftig was het niet meer zo gewoon dat je als diabetespatiënt een maagdarkmarts raadpleegde. In 1957 vroeg diabetesspecialist Gerritzen in de voorjaarsvergadering van de maagdarkmartsen zich af of diabetes nog wel als een insulinedeficiëntie kon worden gedefinieerd. Er waren redenen om daaraan te twijfelen. In datzelfde jaar was de komst van het orale diabeticum Nadisan (een sulfonamide) aanleiding tot een voordracht daarover van prof. dr. J.A.M.J. Enneking. Daarna verdween diabetes vrij geruisloos uit de maagdarkmartspraktijk (in 1968 werd dit officieel, het specialisme ging toen verder als maag- en darmziekten zonder stofwisseling). Of zij dit zo bezwaarlijk vonden? Er was een flink aantal diabetespatiënten die ook door huisartsen kon worden behandeld. Behalve de huisartsen claimden internisten, vooral degenen met een 'aantekening' maagdarkmartsen, dat zij uitstekend op de hoogte waren op dit terrein. Daar kwam nog bij dat die internisten vooral maagdarkmartsen zo boeiend vonden. Dan ligt de conclusie voor de hand dat internisten niet zomaar afstand deden van diabetes en andere specifieke ziekten (zie deel II).

### 'Volksziekte' en sterftcijfers

Diabetes kwam veel voor, en het had een hoog sterftcijfer. In navolging van Amerika en Engeland pleitten medici er in de jaren vijftig voor suikerziekte de status van 'volksziekte' te geven. De vereniging van de diabetespatiënten

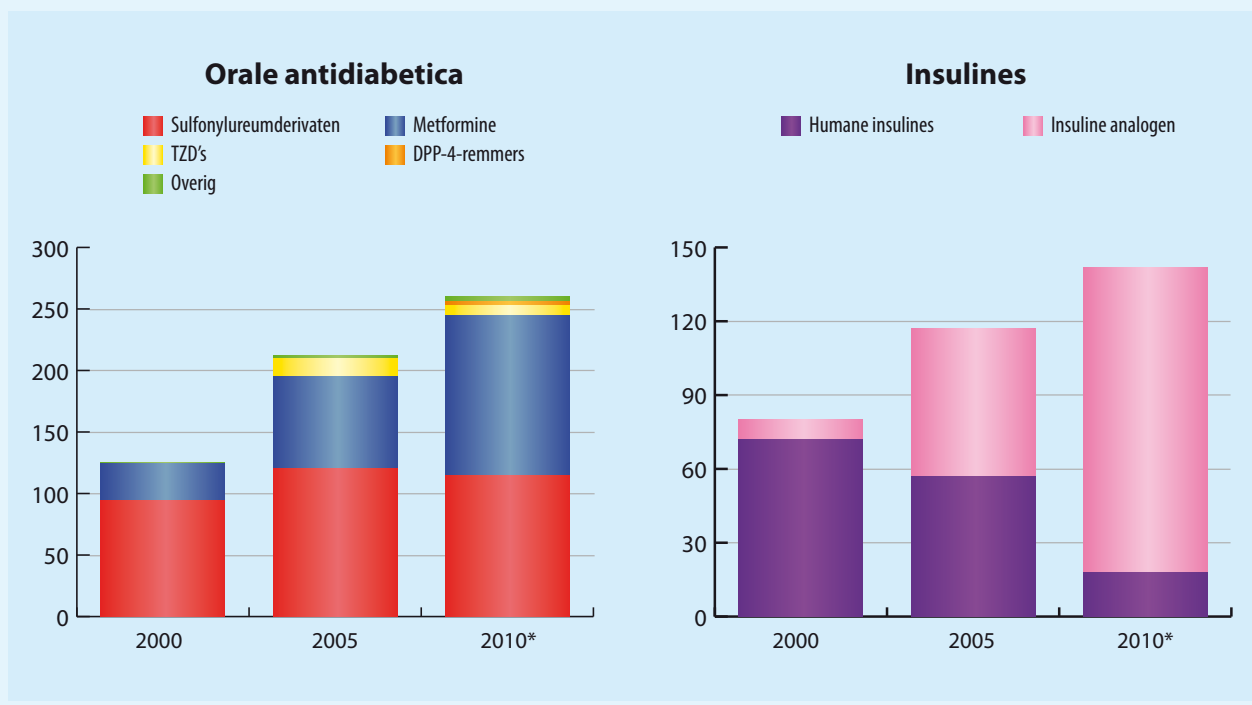
ondersteunde deze actie. Deze vereniging was al in 1945 opgericht en was met afstand de eerste patiëntenvereniging in Nederland.<sup>5</sup> Door die status waren er ruimere mogelijkheden voor subsidies, giften, naamsbekendheid en speciale voorzieningen. Wat dat betreft had 'diabetes' toen al veel bereikt.

Een andere trend in die tijd was het preventieve bevolkingsonderzoek, zoals dat bij volksziekten als tuberculose en hart- en vaatziekten een tijdlang gebeurde. Wellicht zou vroege opsporing ook bij diabetes zinvol kunnen zijn. Om daar zicht op te krijgen leek dat een goed onderwerp voor een promotieonderzoek. Hoewel de titel daarvan, *Bevolkingsonderzoek naar diabetes mellitus*, anders doet vermoeden, kon de onderzoeker juist die vraag niet beantwoorden.<sup>6</sup> Later bleek dat bevolkingsonderzoek in specifieke gevallen inderdaad effectief kan zijn.<sup>7</sup>

Qua aantal patiënten was diabetes zeker een volksziekte. De cijfermatige onderbouwing ervan is moeilijk, omdat het aantal diabetespatiënten en de sterftcijfers uit het verleden moeilijk te achterhalen zijn. In vroegere sterftestatistieken was diabetes niet apart opgenomen. De vele patiënten die aan complicaties ervan overleden, waren al helemaal niet apart vermeld. Pas de laatste paar jaar wordt die sterfte wel in de sterftcijfers van diabetes opgenomen. Toch is nog steeds niet het exacte sterftcijfer bekend.

De introductie van insuline, als aanvulling van het bestaande tekort, had eerst weinig invloed op het sterftcijfer. De schaarse schattingen daarover lopen bovendien uiteen. De sterfte op jeugdige leeftijd nam waarschijnlijk wat af, maar vanaf veertig jaar steeg het weer. Na 1950 was er wel een verbetering merkbaar. Van een gemiddelde levensduur van vijf jaar na de diagnose, was de prognose van suikerziekte in 1955 gestegen tot meer dan zestien jaar – nog wat magertjes dus.

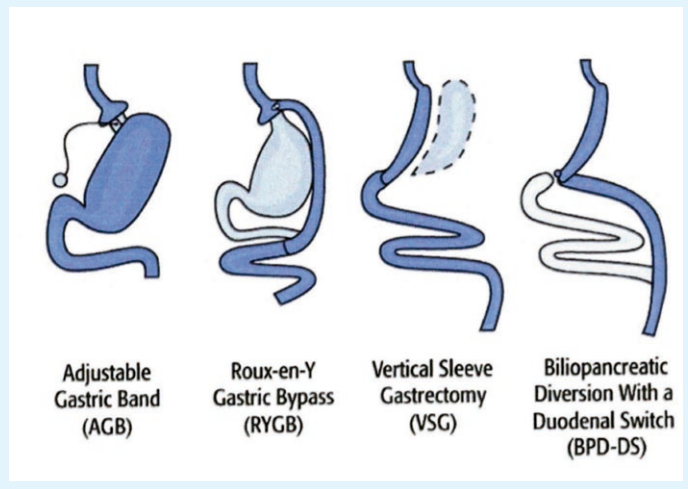
Vanaf de jaren tachtig nam het aantal patiënten in een verontrustend tempo sterk toe, vooral bij diabetes type 2.<sup>8</sup> Niemand betwijfelt nu meer dat diabetes een 'volksziekte' is, waarbij naast erfelijke factoren verkeerde voedingsgewoonten, overgewicht en gebrek aan beweging een hoofdrol spelen. Dat spreekt ook uit gegevens van de apothekers, die in de eerste helft van 2010 830.000 keer insuline verstrekten.<sup>9</sup> Een ander voorbeeld laat de toename en verschuiving zien in het gebruik van diabetesmiddelen tussen 2000 en 2010.



Toename van en verschuiving in het gebruik van diabetesmiddelen. | Bron: SFK, 30 september 2010

## Is diabetes in de toekomst te genezen?

Onderzoekers in Toronto kwamen recent met de hypothese dat met een maagverkleiningsoperatie de impact van diabetes type 2 afneemt. Dergelijke operaties verminderen ook allerlei andere gezondheidsproblemen, die door het overgewicht zijn ontstaan. Inmiddels zijn er meerdere publicaties over de significante remissie van onder meer diabetes 2 na deze operatie. Daarmee is de behandeling van diabetes weer ‘in de moederschoot’ van het maagdarmspecialisme ‘teruggekeerd’. Zolang er echter nog geen langere-termijnresultaten beschikbaar zijn, moeten trials uitwijzen welke indicaties er zijn voor deze operatie, die beslist niet zonder risico is.



Verschillende typen maag-bypassoperaties (maagverkleining) bij diabetes type 2 door extreme adipositas. A. Maagband; B. Roux-Y maagbypass; C. Verticale sleeve gastrectomie; D. Biliopancreatische afleiding met omschakeling van duodenum. | Bron: Wikipedia

Er liggen nog enkele andere kooltjes in het vuur. Men denke dan aan bijvoorbeeld stamceltherapie.

Aan de immunotherapie die al ruim tien jaar voor diabetes verkrijgbaar is, blijken toch bezwaren te kleven. Zo zijn voorheen veelbelovende resultaten niet altijd reproduceerbaar. Een ander probleem vormen de neveneffecten. ‘Discussie over de aanvaardbaarheid’ daarvan is derhalve gewenst (zie voor deze categorie medicijnen ook hoofdstuk 10).<sup>10</sup>

## Markante momenten in de geschiedenis van diabetes, 1913-1960

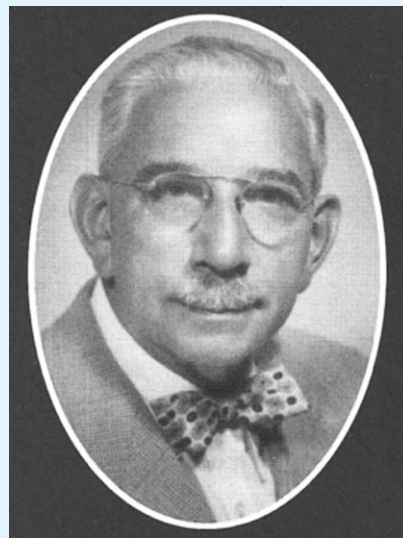
Rond 1800	J. Rollo en C. Barnard: suiker in urine en in bloed (Frankrijk)
Rond 1850	C. Bernard: o.a. verband diabetes en koolhydraatstofwisseling
1869	P. Langerhans: in pancreas zitten groepjes cellen (Duitsland)
1889	O. Minkowski, J. van Mering: zonder insuline kan lichaam geen suiker maken; verwijdering pancreas leidt tot diabetes (Duitsland)
1921	F. Banting, C.H. Best: insuline (Canada)
1923	Productie insuline in Nederland: Organon, Oss
1925	J.J. Abel: standaardisering insuline (Amerika)
Jaren 1940	Vernieuwde verband diabetes en ernstige complicaties
1944	Standaard-insuline-injectiespuit
1949	Brussel: International Diabetes Federation, 1 <sup>o</sup> congres, Leiden 1952
1952	Genormaliseerde injectiespuiten (Ned. Ver. van Suikerzieken)
Jaren 1950	Sanger: nauwkeuriger samenstelling insuline (Duitsland)
	Orale diabetica met minder ernstige bijwerkingen: Sulfonamiden
1956	Metformine (van guanidine afgeleid preparaat)
	Synthetische insuline



## Inleiding

### Ontstekingen vormen ‘een cascade van actieve stoffen’

Evenals coeliakie zijn colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn het gevolg van afwijkende immunoreacties, in dit geval niet op gluten maar op de normale darmflora. Colitis ulcerosa (voortaan colitis) is een oppervlakkige, diffuse ontsteking van het slijmvlies van de dikke darm, waarbij zweren worden gevormd. Het is een chronische aandoening die van tijd tot tijd opvlamt. De ziekte van Crohn (voortaan Crohn) zit vooral in de dunne darm, maar kan ook elders in het maagdarmkanaal optreden. Daarbij ontstaan diepere zweren in segmenten van de darm, met daartussen normale mucosa. De chronische ontstekingsreactie bij colitis was al vroeg bekend; rond 1890 werd hierover al gepubliceerd. Het ziektebeeld Crohn ‘ontstond’ pas in 1932, nadat Crohn, Ginzburg en Oppenheimer erover publiceerden in *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*.<sup>11</sup> Beide ernstige ziekten waren lange tijd moeilijk te doorgronden. Opvallend vaak was te horen, of het nu de oorzaak, de diagnostiek of de behandeling betrof, dat het ging om het ‘op het (o)ogenblik moeilijkste vraagstuk’. Vooral over colitis verschenen zoveel publicaties, dat daarvan in verhouding slechts een klein deel is te raadplegen. De wetenschappelijke belangstelling voor Crohn vertaald in Nederlandstalige geneeskundige tijdschriften, was voorlopig vrijwel nihil.



Burrill B. Crohn (1884-1983), foto uit 1945 uit familiealbum.  
Bron: H.D. Janowitz, Burrill B. Crohn (1884-1983) *Life and Work*. Falk Foundation, Freiburg i. Breisgau, DL, 2003



Irene Weterman was stafid van het LUMC. Ze leverde een grote bijdrage aan de toepassing van immunosuppressieve therapie van colitis en Crohn in Nederland.  
Bron: Privéarchief

Dit hoofdstuk gaat vooral over colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn. Nog altijd is colitis een niet geheel begrepen ontsteking van het slijmvlies van het colon, gekarakteriseerd door remissies en plotselinge verergering. De huidige visie is dat zowel de klachten als de behandeling van beide ziektebeelden in veel opzichten overeenkomen. Ondanks het verschil in voorkeur voor de locatie kan niet altijd met zekerheid worden bepaald of het gaat om colitis of Crohn.

Eén van de bijzonderheden in deze geschiedenis is dat de nieuwe, baanbrekende medicijnen, zoals de (cortico)steroiden die later een belangrijk aandeel in de therapie zouden worden, niet direct door de maagdarmartsen werden ‘geclaimd’. Dit kwam omdat deze patiënten bij een ernstige aanval klinisch moesten worden behandeld en de maagdarmartsen in die jaren zelden toegang hadden tot een ziekenhuis. De medicatie vroeg om een zorgvuldige dosering, die welbeschouwd alleen door ervaring en wetenschappelijk onderzoek bij veel patiënten kon worden opgebouwd. Maagdarmarts Irene Weterman (Leiden) zou daarin later in Nederland pionierswerk verrichten. Tegenwoordig vormen colitis- en Crohn-patiënten qua aantal het belangrijkste praktijkonderdeel van de maag-darm-leverarts.

## Colitis ulcerosa is géén dysenterie-colitis

Coeliakie had, zoals elders is beschreven, een lange voorgeschiedenis. Voor de moderne, natuurwetenschappelijke geneeskunde voerde dat terug naar 1888. Nog eerder, in 1859, benoemde Sir Samuel Wilks (Guy’s Hospital, London)

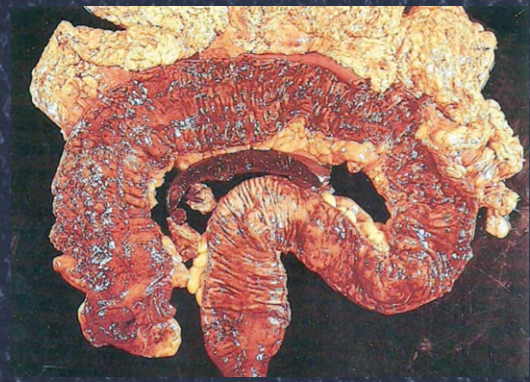
al de zwerende colitis. In 1875 gaf hij samen met zijn collega W. Moxon een beschrijving van dit ziektebeeld. Bijzonder daarin was dat zij colitis scheidde van de besmettelijke vorm van dysenterie.<sup>12</sup> Sommigen, waaronder de ‘ontdekker’ zelf, wijzen daarvoor overigens Sir William Hale-White aan, die ook in het Guy’s Hospital werkte. Zijn beschrijving van colitis verscheen echter pas in 1888, in de jaarlijkse *Reports* van dit ziekenhuis.<sup>13</sup> Londense ziekenhuizen waren in die tijd verder met specialisatie dan de meeste Nederlandse ziekenhuizen. Ook in Nederland was het moderniseringsproces van een aantal specialismen vanaf de jaren dertig in gang gezet, maar daarna bleef de specialisatie van de ziekenhuizen veel kleinschaliger dan in Londen.

Het NTVG besteedde geen aandacht aan het langjarige overzicht van de ervaringen met colitis ulcerosa in de Londense ziekenhuizen, dat in 1909 in de *Proceedings* werd gepubliceerd.<sup>15</sup> Daarvoor waren er al diverse berichten verschenen over colitis (eerst vaak colitis gravis genoemd). Daaronder was een grootschalig colitisonderzoek in Duitsland. De chirurg D. von Beck (Karlsruhe) had zes jaar lang vijfhonderd patiënten met colitis ‘waargenomen’. Gezien zijn beschreven waarnemingen ging het vermoedelijk vooral over andere ziektebeelden.<sup>16</sup>

Colitis was geen ziekte die sporadisch voorkwam. Chirurg Schoemaker, regelmatig te gast bij de vergaderingen van de maagdarmartsen, had zelfs een ‘een vrij groote ervaring omtrent colitis gravis, die in den Haag veel schijnt voor te komen.’ Zijn chirurgische afdeling van het gemeenteziekenhuis was nooit zonder zo’n patiënt. In ‘veel gevallen’ was het een ernstige aandoening, die niet zelden tot de dood of jarenlange invaliditeit leidde.<sup>17</sup> Schoemaker stond overigens in hoog aanzien. Zo stond het First International Congress of Gastroenterology (Brussel, 1935) onder voorzitterschap van de famous Ian Schoemaker from the Haque (zie ook hoofdstuk ??).

## 500 operaties

Chirurgen opereerden veel, dat was ook hun taak. De Duitser D. von Beck opereerde tussen 1887 en 1906 vijfhonderd ‘colitis’-patiënten. Bij een ‘hardnekkige colitis’ die niet reageerde op de gebruikelijke behandelingen, verwijderde hij een deel van de dikke darm die hij of aan de dunne darm vasthechtte, of hij legde een stoma aan.



Operatief verwijderd colon bij patiënt met langdurige ernstige fulminante colitis. | Bron: Gunnar Järnerot, *Inflammatory Bowel Disease*, Corona/Astra, Malmö Zweden, 1992, met toestemming van Astra-Zeneca

## Londen en zijn ziekenhuizen

In de negentiende eeuw kende Engeland een strenge scheiding in het geneeskundige aanbod: in Londen waren opleidingsziekenhuizen met specialisten, de bijzonder grote ‘provincie’ was nog niet zo ver.<sup>14</sup> Londense ziekenhuizen en hun resultaten waren wel in het hele land bekend. Onder deze ziekenhuizen was ook een aantal categorale ziekenhuizen, zoals het Hospital for Sick Children en het Brompton Hospital voor tuberculosepatiënten. Dat ‘Nederland’ van de ontwikkelingen in Engeland nog niet zo op de hoogte was, kwam, zoals ook in deel I is opgemerkt, doordat de Nederlanders na eeuwenlange politieke strubbelingen met Engeland hun blik niet direct op Londen richtten. Zoals dr. W. Nolen schreef: ‘ik was niet met groote opgewektheid naar Londen gegaan’, want wat de Engelsen in Zuid-Afrika hadden aangericht kon hij hen niet vergeven (de Boerenoorlog, 1899-1902). Voor de huidige generatie is het misschien moeilijk voor te stellen, maar zelfs publicaties in grote landelijke tijdschriften zoals de *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, waren destijds moeilijk te achterhalen. Voor de leerzame, jaarlijkse *Reports* van deze ziekenhuizen was dat nog lastiger. Deze gaven uitgebreide verslagen over het aantal patiënten, hun aandoeningen, behandelingen en resultaten. Voor medische geschiedschrijvers zijn die *Reports* een waar ‘walhalla’, maar destijds haalden zij de Nederlandse geneeskundige tijdschriften meestal niet. Enkel in de rubriek ‘Berichten’ van het NTVG stond weleens een kort berichtje over Engelse ontwikkelingen.

## Oorzaak colitis ulcerosa

*Vóór alles is het noodig de oorzaak der colitis te kennen, ten einde daarnaar de therapie in te richten.* (Laan, 1904)

In de loop der jaren circuleerden talrijke hypothesen over de oorzaak van colitis. Infectie leek heel reëel, maar de aanwijzing van een specifieke veroorzaker kon niet rekenen op unanieme bijval. Een tijd lang leken colibacillen hoge ogen te gooien, anderen zagen (bacillaire) dysenterie als boosdoener – niet direct, maar als gevolg ervan. Overgevoeligheid achtte men eveneens mogelijk, anderen wezen op een tekort aan vitamine A en B-complex, omdat juist die vitamines de weerstand tegen infectie in de darmwand op peil zouden houden. Overgevoeligheid en een allergische reactie hadden eerst minder aanhangers, maar in de jaren vijftig en zestig nam dit toe. Dat de oorzaak niet bekend was, is niet zo vreemd. Zowel colitis als Crohn waren ingewikkelde aandoeningen – wat wel ‘normaal’ lijkt in de geschiedenis van maagdarmlieverziekten.

### Alle mogelijke ernstige infecties én een geneesmiddel?

*Belangrijk is dus hier een coli-besmetting, die in vier weken tijds tot een heftige dodelijke colitis heeft geleid.*<sup>18</sup> (Schalij, 1914)

In de eerste decennia van de twintigste eeuw was vooral besmetting met colibacillen een veel aangehangen theorie, zoals bij maagdarmarts Schalij. Hij had dit zelf bij een van zijn patiënten kunnen aantonen. Zijn collega Schrijver kon ‘de gedachte niet van zich afzetten, dat er een zeer ernstige infectie in het spel is.’ (1914). Deze ‘algemene’ visie zou in de komende jaren onder de destijds internationaal bekende medici het minst vatbaar zijn voor twijfel. Ook de hypothese van de medicus J.A. Bagen (Mayo Clinic, VS) leek eerst interessant. In 1924 publiceerde hij zijn bevindingen. Colitis was ‘althans in een groot aantal gevallen’ te wijten aan de ‘diplococcus’-bacil, die hij vrijwel altijd (in negentig procent van de gevallen) uit de zweren van de dikke darm kon kweken. En dat niet alleen, hij maakte daaruit ook een vaccin dat een krachtig werkend geneesmiddel leek.<sup>19</sup> (Deze ‘vaccinotherapie’ is in hoofdstuk 6 uitvoerig beschreven.) Zijn theorie kreeg ondersteuning toen andere Amerikaanse medici dit ook beproefden en succes daarmee rapporteerden.<sup>20</sup> Een referent in het NTvG vond het allemaal wel mooi, maar helemaal vertrouwen deed hij het niet; colitis was een ‘zoo bij uitstek chronisch en recidiverend lijden’, dat er toch nog veel onderzoek nodig zou zijn.<sup>21</sup> Hij was niet de enige die wat sceptisch stond tegenover dit vaccin. Vrijwel direct had Bagen kritiek gekregen op zowel zijn hypothese als zijn medicatie. Regelmatig konden andere onderzoekers de diplococcus niet aantonen bij colitispatiënten. En verontrustender nog: zij hadden deze wél aangetroffen bij patiënten die helemaal geen colitis hadden. Later ging men ervan uit dat de bacil van Bagen hoogstwaarschijnlijk een pneumococcus of streptococcus moet zijn geweest.<sup>22</sup>



J. Arnold Bagen, bekende colitisonderzoeker uit de Mayo Clinic (1894-1976). | Bron: Mayo Clinic Proceedings, 1976

Rond 1940 bleek, terugziend op deze geschiedenis, dat ‘ongeveer alle bacteriënsoorten die onder gewone omstandigheden in de darm voorkomen, [ook] in buitengewone omstandigheden daarin kunnen voorkomen, [... en] in de loop der jaren, ieder op haar beurt als de verweksters deze ziekte [zijn] aangemerkt’.<sup>23</sup> Bij andere ziekten zoals reuma, zocht men de oorzaak eveneens lange tijd in infectie.

## Enzymen? Koemelkintolerantie!

Andere bacteriën en schimmels volgden, en ook virussen leken veroorzakers van colitis te kunnen zijn. Na zorgvuldig onderzoek volgde dan teleurstelling op teleurstelling. Datzelfde gold voor de hypothese eind jaren veertig dat een bepaald enzym in het slijmvlies van het maagdarmkanaal de slijmvlieslaag zou kunnen vernietigen. In 1950 werd aangetoond dat dit enzym deze werking niet had. Zo overleefde in de categorie oorzaken alleen allergie voor bepaalde voedingsstoffen, de enige theorie die lang – van 1925 tot in de jaren zestig – een serieuze kandidaat was voor het krijgen van colitis, en dan met name door melk.

### ***‘Ulcerative colitis provoked by milk’***

(Truelove, 1961)

Een patiënte van Truelove werd alleen maar zieker, ondanks de destijds gebruikelijke medicatie. Er restte alleen nog een chirurgische ingreep. Óf een melk- en melkproductenvrij dieet? Dat werkte zo goed dat zij zonder ingrijpende operatie herstelde. Truelove adviseerde haar om geleidelijk weer enkele melkproducten toe te voegen, maar toen kwamen de colitisklachten weer terug. Hoewel hij slechts vijf patiënten beschreef, leek voor anderen vooral de reactie op het terugkeren van de klachten relevant. In 1981 concludeerden Jones e.a. echter, dat voor de dieetwitten geen belangrijke rol was weggelegd bij deze aandoening.<sup>26</sup> Voedselallergie in het algemeen bleef wel een onderzoeksgebied, waarbij in 1988 ook koemelkallergie nog een keer zou langskomen.

Dit gaat terug naar F.R.A. Andresen, die in 1925 suggereerde dat melk schadelijk voor colitispatiënten kon zijn. Hij ging door met zijn onderzoek en rapporteerde enkele jaren later dat hij bij twee derde van zijn patiënten enkele specifieke voedingsbestanddelen als belangrijkste veroorzakende factor bij colitis had gevonden. Koemelk was daarvan de belangrijkste.<sup>24</sup> Hij kreeg hierin wel ondersteuning van andere onderzoekers, maar de samenstelling en beoordeling van een eliminatie-dieet was moeilijk bij een ziekte die bekend stond om haar terugkerende klachten. Dat veranderde toen de Brit S.C. Truelove (University of Oxford) zich in de rij van onderzoekers voegde. Hij schreef onder meer over zijn behandeling met onder andere sulfapreparaten en de nieuwe (hormoon-) middelen cortison en ACTH.<sup>25</sup>

Terug naar de jaren vijftig, naar de volgende oorzaak die aan een opmars begon. Gezien de ernst van de ziekte was het de minst waarschijnlijke en toch kreeg juist deze de kans een langere periode in de ‘etiologiekwesties van belastende ziekten’ te beslaan: psychische labiliteit.

## **‘Persoonlijksstructuur en emotionele conflictsituatie’, dé oorzaak**

Achteraf bezien is het merkwaardig dat juist deze ‘psychische oorzaak’ weinig tegengas kreeg. Net zoals bij maagzweerpatiënten de psychische factor een tijdlang als oorzaak van maagzweren werd gezien (zie hoofdstuk 4), waren ook colitispatiënten het slachtoffer van deze theorie. Volgens prof. dr. P. Formijne (Amsterdam, 1944) mocht het ‘niet worden ontkend, dat tal van patiënten met colitis ulcerosa een psychisch labielen indruk maken en dat niet zelden ernstige psychische conflicten met zekerheid kunnen worden aangetoond.’

Formijne’s daarop ingestelde therapie was echter ‘niet bevredigend’ geweest.<sup>27</sup> Een meer kritische beoordeling over die mislukte therapie was hier op zijn plaats geweest. De labiliteit kon immers ook het gevolg zijn van deze ernstige, langdurige, pijnlijke en invaliderende ziekte? In Nederland zorgde vooral het artikel van Groen e.a. voor de legitimering van de psychische oorzaak, ondanks de kleinschaligheid van dit onderzoek: slechts 31 patiënten tussen 1939 en 1949.<sup>28</sup>

Hoewel de student C.D. Murray al in 1930 had beredeneerd dat psychische factoren de oorzaak van colitis konden zijn, wat vervolgens door ettelijke anderen werd ondersteund, verwezen ook buitenlandse onderzoekers vooral naar een publicatie daarover in *Gastroenterologica* (1956) van J. Groen en J.M. van der Valk.<sup>29</sup> Niet alleen de maagzweerpatiënten waren de komende decennia ‘zenuwlijders’, ook de patiënten met colitis kregen dat label. Deze patiënten, inclusief hun hele familie, is daardoor heel veel leed aangedaan. Temeer omdat juist die veronderstelde veroorzaker van colitis zoveel aanhang had. Tegenwoordig ziet men zelfs stress niet eens meer als oorzaak, hoewel

dit wel de ernst van de klachten kan beïnvloeden. Er was een ‘no-nonsense’-maagdarmarts als Nico Hellemans voor nodig om deze hypothese aan het wankelen te brengen.

## Maagdarmartsen en hun zoektocht naar de oorzaak

In hun eerste reguliere vergadering wezen maagdarmartsen al op de onbekende oorzaak van colitis en Crohn. Dat zouden zij ook nog kunnen doen bij hun feestelijke vergadering ter gelegenheid van hun honderdjarig bestaan. In die tussentijd verzochten zij in 1935, met collega’s in binnen- en buitenland, dat er ‘tot op den huidigen dag nog geen algemeen aangenomen denkbeeld [bestaat] omtrent haar aetiologie’ (Schalij).<sup>31</sup> En in 1965: ‘Hoewel de oorzaak van CU wordt gezocht in een infectieus proces, een auto-immuunmechanisme of melkallergie, is de pathogenese nog onbekend’ (Hellemans). Ook tegenwoordig staat er nog regelmatig in de eerste alinea’s van publicaties over dit onderwerp: ‘de oorzaak van colitis is niet bekend.’ De in de jaren zestig door Hellemans genoemde auto-immuniteit zou echter een ‘blijver’ zijn. Een van de problemen daarbij was dat er geen overeenstemming bestond over wat een auto-immuunziekte nu precies was. Sommige aangedragen veroorzakers kwamen regelmatig weer terug. In 2000 bijvoorbeeld, zou colitis een infectieziekte zijn en zouden er aanwijzingen zijn dat bij het ontstaan en het beloop van deze ziekte de bacteriële flora (in het bijzonder *Escherichia coli*) een oorzakelijke rol speelt.<sup>32</sup>

## Auto-immuunziekte?

Dat colitis een eventuele auto-immuunziekte kon zijn, was al eerder geopperd maar niet verder uitgewerkt. In 1959 hadden O. Broberger en P. Perlmann aangetoond dat er bepaalde antistoffen bij colitis aanwezig waren.<sup>33</sup> Dat stimuleerde weer anderen tot vervolgonderzoek. Verschillende symptomen van colitis wezen erop dat er een ‘overgevoeligheid’ – een veranderd immuunsysteem – bij betrokken moest zijn. Zoals de gevoeligheid voor bloedtransfusies, de heilzame werking van ACTH en corticosteroiden (waarover later meer). Belangrijk was vooral dat er in de jaren zestig bij colitis dezelfde antistoffen werden aangetroffen als bij auto-immuunziekten.<sup>34</sup> Helaas was met deze vindingen de vraag over de oorzaak van colitis nog steeds niet beantwoord. Waren bijvoorbeeld de antistoffen nu de oorzaak of het resultaat van colitis?

## Stapjes op weg naar meer begrip

Rond 1980 leek het ‘aannemelijk’ dat er sprake was van een multifactoriële oorzaak, waarin genetische, exogene en immunologische factoren een rol spelen.<sup>35</sup> Helaas kom je daar niet zoveel verder mee. Nu, anno 2013, wordt nog steeds de auto-immuun-hypothese aangehangen. Daarbij spelen ook mutaties in belangrijke darmmucosa-eiwitten een rol, zoals bij een verhoogde permeabiliteit voor bacterieproducten of een verminderde afweer tegen gewone, commensale bacteriën.<sup>36</sup> Wel is de genetische achtergrond van inflammatoire darmziekten (de huidige benaming) inmiddels ontrafeld.<sup>37</sup> Daardoor is er in de laatste vijftien jaar wel een dieper inzicht in het ziektebeeld colitis ulcerosa gekomen. Wel weer met nieuwe vragen, bijvoorbeeld: zou colitis te wijten zijn aan een op hol geslagen ontstekingsreactie met factor TNF- $\alpha$  ?

## Uitzonderlijk tegengeluid van maagdarmarts Hellemans

Er waren maar weinig medici die zich in het openbaar keerden tegen de heersende opvattingen over psychische tekortkomingen. Maagdarmarts Hellemans was een van hen. Hij vond het nog maar de vraag of psychische problemen van primaire invloed waren op de ziekte. Colitis was bij uitstek een ziekte die het emotionele evenwicht kon beïnvloeden en dat was ook heel begrijpelijk. Het zal je maar overkomen. Alleen al de vrijwel voortdurende diarree was bijzonder hinderlijk voor de patiënt. Zijn angst voor incontinentie was reëel. Daar kwam nog bij dat dit moeilijk was te verbergen in een tijd dat voorzieningen op dit gebied nog erg primitief waren. Het was heel verklaarbaar dat die patiënt dan continu werd geplaagd door een gevoel van minderwaardigheid.<sup>30</sup>

## Onderzoek

### Stand van zaken in Nederland, maagdarmspecialisten

Er waren nog veel onbeantwoorde vragen over zowel colitis als Crohn. Weinig Nederlandse onderzoekers hielden zich daarmee bezig, trial and error was daarom de aangewezen manier om wat meer tastbare informatie te krijgen.

Maagdarmartsen zoals Hellemans, Boom en Dekkers deden dit dan ook. In hun praktijk hoorde colitis er gewoon bij. Hun wetenschappelijke belangstelling ging in de jaren vijftig vooral uit naar de medicatie, want op dat gebied was er veel gaande. Met hun patiënt-beschrijvingen ontstond een soort leidraad voor de te gebruiken medicatie en welke dosering de beste resultaten opleverde.

Aan informatie over hoe ernstige bijwerkingen waren te voorkomen, en of een onderhoudsdosering geïndiceerd was of niet, was behoefte zou je denken. Bij patiënten met een hevige colitis (ook wel, naar Truelove, toxische colitis genoemd) kon veel misgaan, spoedoperaties waren dan de enige optie. Een fatale afloop was zeker niet uitgesloten, omdat zo'n operatie niet zelden te laat gebeurde. Verder was colitis bij maagdarmartsen niet het 'gesprek van de dag', terwijl er op dit gebied toch interessante ontwikkelingen waren. Een voorbeeld daarvan geeft een artikel uit 1978 van prof. dr. G.N.J. Tytgat, over corticosteroiden. In zijn voor die tijd indrukwekkende aantal literatuurverwijzingen verwijst hij alleen naar de Rotterdamse leverspecialist dr. S.W. Schalm, die in de Mayo Clinic veel ervaring had opgedaan met het gebruik van corticosteroiden bij auto-immuunleverziekten.<sup>39</sup>

In Engelstalige tijdschriften zoals *The Lancet*, *British Medical Journal*, *JAMA*, *Gastroenterology* daarentegen, stond dit onderwerp meer in de belangstelling, mede door de stimulerende situatie in Londen en de veel grotere 'achterban'. De resultaten van breed en grondig onderzoek naar colitis bleken al in de jaren vijftig belangrijke conclusies op te leveren. Dat was in beginsel vooral te danken aan onderzoekers zoals Truelove en dr. L.J. Witts. Zij deden met tien medici uit andere ziekenhuizen enkele langjarige en grootschalige onderzoeken naar colitis en cortisol. Overigens

#### 'Koemelkeiwitallergie, een nieuw ziektebeeld?'<sup>38</sup>

De prognose van het ziektebeeld is gunstig. Op de leeftijd van 1-2 jaar is er meestal een immunotolerantie ontstaan. Het geven van koemelk dient – zeker bij hevig reagerende patiënten – met grote voorzichtigheid in het ziekenhuis te gebeuren in verband met het gevaar van een anafylactische shock.

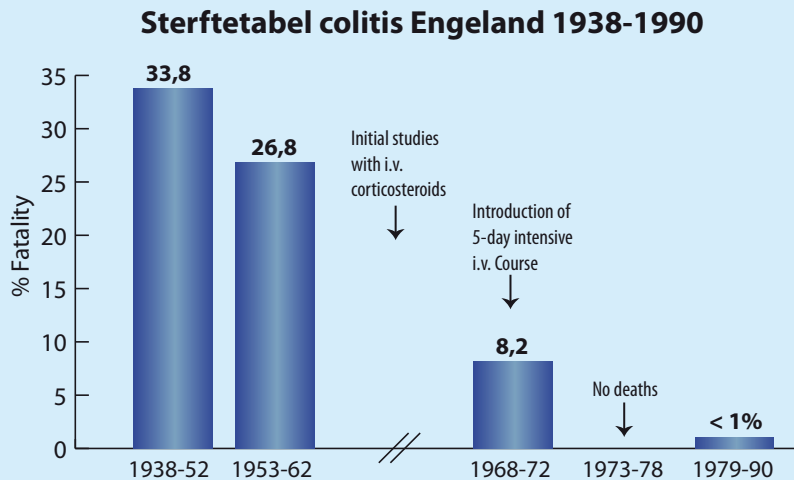
was die belangstelling in Engeland ook voor slechts enkelen weggelegd, ook daar was een 'limited number of physicians with a special interest in ulcerative colitis'.<sup>40</sup> Zolang de kennis over diagnostiek en therapie vooral nog moest worden opgebouwd, is dat eigenlijk een normale gang van zaken in de medische geschiedenis.

In die jaren waren er nog geen duidelijke richtlijnen over wat te doen bij zeer ernstige colitis of als een behandeling niet aansloeg. Waar kies je dan voor? Hopen dat alles goed zou komen of opereren? Regelmatig wezen chirurgen erop dat afwachten geen optie was. Er kon dan een spontane perforatie van het zieke weefsel ontstaan, vaak met een dodelijke afloop. Maagdarmartsen die daarover vertelden, wezen dan met een beschuldigende vinger naar internisten in de ziekenhuizen die, kort samengevat, niet op de hoogte waren van juiste doseringen en te lang zelf doorgingen. In de huidige tijd is colitis een belangrijk onderzoeksgebied. Chirurgische ingrepen

#### 'Dummy preparation'

Het grootschalige colitisonderzoek in Londen in de jaren vijftig was professioneel opgezet. Met vaststaande vraagstellingen, honderden patiënten én een grote groep patiënten 'with dummy preparation' als controlegroep. Dat laatste was nieuw. De conclusie was dat orale toediening van cortisol het herstel bespoedigde in vergelijking tot het gebruik van een placebo. Binnen zes weken na aanvang van de behandeling was de zieke genezen. Of niet, want de onderzoeken toonden ook aan dat er veel, zij het meestal niet ernstige, complicaties optraden. Teleurstellend was het eveneens dat de pogingen mislukten om met een lagere dosis cortisol of ACTH als onderhoudsdosering gedurende langere tijd een nieuwe aanval te voorkomen.<sup>41</sup>

gebeuren veelal laparoscopisch. Aangetoond is dat deze methode bij Crohn het herstel bespoedigt, bij colitis is dat niet aangetoond. Inmiddels zijn er multidisciplinaire richtlijnen voor onder meer diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekten met immunosuppressiva of biologicals (zie hoofdstuk 10).



Mortaliteit bij ernstige colitis, van 1938 tot 1990 in Engeland, onder patiënten opgenomen in de Radcliffe Infirmary en het John Radcliffe Hospital.

Bron: Gunnar Jarnerot, *Inflammatory Bowel Disease*, Corona/Astra, Malmö Zweden, 1992, met toestemming van Astra-Zeneca

## Diagnostiek colitis ulcerosa

*De moeilijkheid is gelegen in de gebrekkige diagnostiek.* (Schoemaker, 1914)

In het begin waren de publicaties vooral afkomstig van chirurgen. Toch hadden ook alle maagdarmartsen ervaring met colitis, zo bleek in 1914 tijdens de eerste reguliere vergadering van hun vereniging.<sup>42</sup> De diagnostiek van deze specialisten beperkte zich voornamelijk tot bloed- en fecesonderzoek. Schalij bracht in die vergadering ook 'enkele gevallen van colitis' in. Recidieven en bloedingen waren een veeg teken, zeker als de bloeding onttaarde in een bijna voortdurende stroom van etter en bloed. De prognose was dan verre van gunstig. De diagnose was al niet gemakkelijk, maar de wisselende klachten maakten het nog ingewikkelder. Bij de ene zieke was sprake van hoge koorts en een pijnlijke buik, bij de andere niet. Bloed- en fecesonderzoek gaven geen definitief uitsluitsel, want eventuele verdachte verschijnselen konden ook op kanker duiden. Dit onderzoeksgebied was nog niet zodanig gevorderd dat het veel opleverde. Schalij sprak in 1935, opnieuw in een vergadering van de maagdarmartsen, over 'de buitengewone, vrijwel onoverkomelijke moeilijkheden bij het bacteriologisch onderzoek der faeces'.<sup>43</sup> Een chirurg leek met rectoscopie meer te kunnen bijdragen aan de diagnostiek. Het belangrijkste verschijnsel van colitis waren de zweren, maar rectoscopie kwam niet verder dan de eerste grote bocht. Of er dan verderop nog zweren waren? Geen idee. Chirurgen namen daarom een vrij groot deel van de darm weg, maar ook dat leidde niet altijd tot een heldere diagnose.

Een volgend probleem was dat er meerdere ziekten waren die ontstekingen van het darmslijmvlies veroorzaakten. Al met al was de differentiële diagnose van darmaandoeningen vaak uitermate moeilijk. Een aantal daarvan, zoals tuberculose en syfilis, kon worden aangetoond. Amoebedyenterie was ook aantoonbaar, hoewel dat wat ingewikkelder was. Bij bacteriële dysenterie was het nog moeilijker. Het enige houvast was dat zweren bij colitis meestal niet dieper zaten dan de darmslijmmucosa (de meest oppervlakkige slijmvlieslaag).

Röntgenonderzoek was een andere optie. In het begin van de twintigste eeuw waren Nederlandse medici daar echter nog terughoudend mee. De ingewikkelde apparatuur, een belichtingstijd die varieerde van tien tot veertig minuten en de nog vage en onbekende 'schaduw' die dat opleverde, waren ook weinig uitnodigend.<sup>44</sup> Dit verbeterde in de

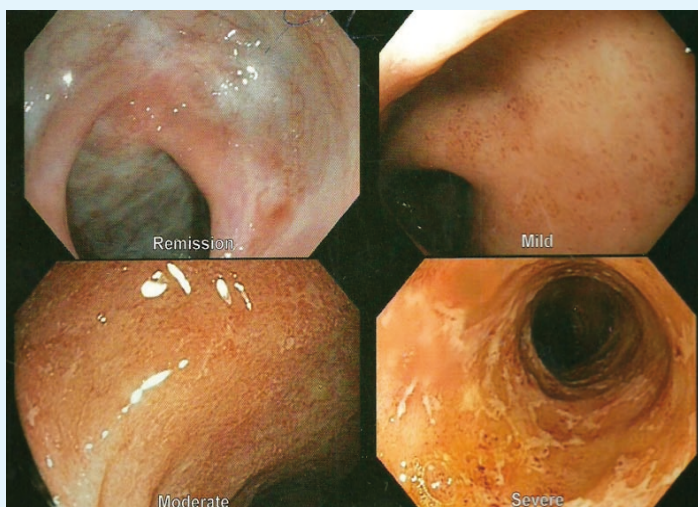
loop der jaren wel wat, maar in de jaren twintig zagen maagdarmartsen dit bij colitis hooguit als een aanvulling op de diagnostiek. Een grote verbetering was de komst van de dubbelcontrastfoto's, waardoor de beelden veel duidelijker waren. Zoals in hoofdstuk 4 is opgemerkt, was deze techniek in 1923 door Fischer ontwikkeld, maar kreeg deze pas in de loop van de jaren zestig navolging in Europa. Tegelijkertijd was dit de vooravond van een explosie van nieuwe, steeds verfijndere apparatuur, die zich niet meer tot röntgen zou beperken. In een tijd van beperkte beeldvormende technieken en zonder echo kon men colitis eigenlijk alleen vaststellen door uitsluiting van andere ziekten. Gaandeweg kwam er meer overeenstemming over de diagnose colitis. Maar, zo waarschuwde Haex in 1960, de differentiële diagnose was 'uitermate moeilijk'.<sup>45</sup> Men baseerde de diagnose op de anamnese, rectoscopisch onderzoek, bevindingen van het röntgenologisch onderzoek en het klinische beeld, soms aangevuld met laboratoriumonderzoek. Daarnaast stond nog een ander belangrijk onderzoek op het programma, de dagelijkse inspectie van de ontlasting, waarmee de maagdarmartsen als een soort 'ritueel' hun werkdag begonnen. Bovendien moest men bij een mogelijk gevaar voor perforaties bij een dreigende toxische colitis dagelijks buikoverzichtsfoto's maken om dat tijdig te kunnen opsporen. Deze vorm van colitis kan namelijk symptoomarm verlopen, mede omdat de patiënten al ernstig ziek zijn.

Activity	Mild	Moderate	Severe
Number of bloody stools per day	<4	4-6	>6
Temperature	Afebrile	Intermediate	>37,8
Heart rate (beats per minute)	Normal	Intermediate	>90
Hemoglobin	>11	10,5-11	<10,5
Erythrocyte sedimentation rate	<20	20-30	>30

De ernst van ulceratieve colitis, naar een classificatie van Truelove en Witts, 1955, 1978.

Bron: S.C. Truelove, C.P. Willoughby, E.G. Lee, M.G. Kettlewell, 'Further experience in the treatment of severe attacks of ulcerative colitis', *The Lancet*, 1978:1086-1088

## Revolutie in beeldvormende diagnostiek



Tegenwoordig wordt deze endoscopische indeling in stadia gebruikt bij een colitis ulcerosa: Mild, Moderate, Severe en Remission (S. Samuel, *Clinical Gastroenterology & Hepatology*, 2013;1).

Bron: These images are courtesy of Dr Sunil Samuel at the Nottingham University Hospital NHS Trust, UK, reproduced with permission

### *Inflammatoire darmziekten (Inflammatory bowel disease, IBD), colitis en Crohn*

Vrij plotseling begon eind jaren zestig, begin jaren zeventig de opmars van de fiberscopen. Daarna breidden de diagnostische mogelijkheden zich steeds sneller en verder uit. Vooral in het laatste decennium van de twintigste eeuw bracht dat op zowel beeld- als therapeutisch gebied een revolutionaire verandering teweeg (waarover u verder kunt lezen in hoofdstuk 27).

Tegenwoordig is de toch wat vage diagnostiek van 'weleer' – dertig à veertig jaar geleden – in geen enkel opzicht meer te vergelijken met de huidige. Ook bij de diagnostiek van colitis ulcerosa en ziekte van Crohn, inmiddels inflammatoire darmziekten genoemd, kan men

kiezen uit diverse alternatieven zoals echo, CT-scan, MRI, endoscopie en video-capsule; specifiek voor de ziekte van Crohn van de dunne darm geldt dat deze met MRI beter is te diagnosticeren. Een snelle diagnose blijft een vereiste om tijdig een effectieve behandeling te kunnen instellen. Vanaf 1959 zijn daarvoor classificaties opgesteld, Truelove en Witts waren de eersten die het belang daarvan inzagen.



Op dit moment gebruikt men de zogenaamde Montréal-classificatie (Montreal World Congress of Gastroenterology, 2005). Daaraan waren al diverse andere classificaties voorafgegaan. Daarnaast waren er nog diverse ‘guidelines’ in omloop. De allernieuwste en meest effectieve classificatie is de endoscopische in: Mild, Moderate, Severe en Remission. De ‘gouden standaard’ om de diagnose colitis te stellen is daarom nu, naast klinische verschijnselen, het gespecialiseerde endoscopische onderzoek en weefselonderzoek van bipten.<sup>46</sup> Het zijn complexe ziekten waarbij in de toekomstige diagnostiek immunogenetisch onderzoek een belangrijke rol zal gaan spelen.<sup>47</sup>

	Ulceratieve colitis	Ziekte van Crohn
<b>Klinische symptomen</b>		
Bloedingen	vaak	vaak niet
Palpabele massa	nooit	soms
Spontane fistels	nooit	soms
Perianale infectie	ongewoon	redelijk vaak
(Peri)anale ulceraties	nooit	soms
<b>Endoscopische verschijnselen</b>		
Mucosale hyperemie	diffuus	segmentaal
Mucosale ontsteking	glad, vlak	cobblestones
Ulcera	alleen bij ernstige vorm	aften en ulcera
Vernauwing lumen	ongewoon	gewoon
Rectum aangedaan	95 procent	50 procent
Terminale ileumontsteking	niet	50 procent

Klinische en endoscopische verschillen tussen colitis en Crohn. | Bron: Gunnar Jamerot, *Inflammatory Bowel Disease*, Corona/Astra, Malmö Zweden, 1992, met toestemming van Astra-Zeneca

## Toenemende aandacht voor Crohn

Min of meer verscholen achter colitis kwam de moeizame speurtocht naar oorzaak en diagnostiek van de ziekte van Crohn slechts langzaam op gang. Het is een complexe ziekte, die gepaard gaat met recidieven, ondervoeding en ernstige eiwitstoornissen, om een paar symptomen te noemen. Lange tijd was er vooral verwarring over het onderscheid tussen beide ziekten. Voorafgegaan door een publicatie in 1960 over de verschillen, ontstond er meer internationale belangstelling voor Crohn.<sup>48</sup> Het Deense onderzoek tussen 1962 en 1978 over het vóórkomen van deze ziekte was daarvoor zeker een stimulans.<sup>49</sup> Andere publicaties volgden, ook in Nederland groeide de wetenschappelijke belangstelling voor Crohn. Vooral in ‘Nijmegen’, om te beginnen bij Piet van Hees, die veel publiceerde over deze ziekte. De bepaling van de ernst van de ziekte kreeg een ondersteuning door de Crohn’s Disease Activity Index van W.R. Best e.a.<sup>50</sup> Deze index werd standaard om, naast coloscopie en albumine als diagnostische middelen, tot een verantwoord onderzoek te komen. Tot Van Hees een paar jaar later voor de bepaling van de ernst van deze ziekte een activiteitenindex vaststelde. Vanaf dat moment gebruikte iedereen in Nederland de ‘index’ Van Hees.<sup>51</sup> Die was veel beter.

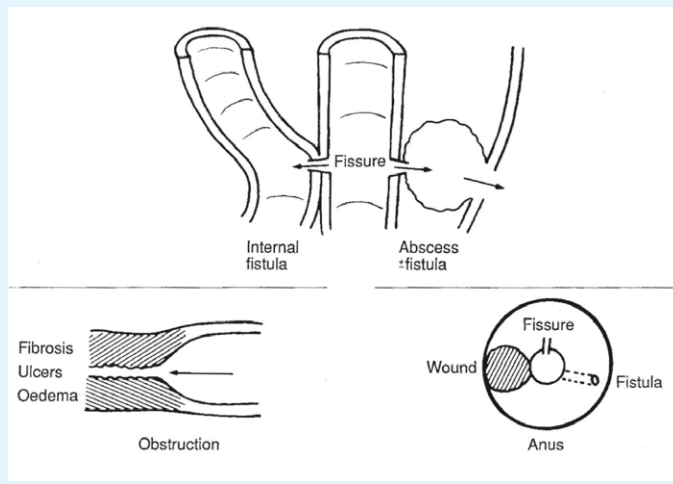
Ook Van Tongeren leverde substantiële bijdragen aan de vergroting van de kennis. Het symposium ‘Een halve eeuw Crohn’ in de jaren tachtig markeerde dat nog wat duidelijker. Voorlopig was het enig ‘positieve’ geluid, dat op oudere leeftijd de ziekte vaak lijkt ‘uit te blussen’.<sup>52</sup> Net als bij de ulceratieve colitis is er ook bij Crohn een enorme variatie in de symptomatologie. Een derde krijgt de ernstige, meer fulminante vorm, een derde heeft relatief weinig frequent klachten en een derde van de patiënten zit daar tussenin.

De ontdekking begin jaren negentig van een nieuw type immuuncellen, de dendritische cellen, gaf vooral een impuls aan de belangstelling voor afweerremmende middelen, maar dat is een hoofdstuk apart. De geschiedenis van colitis en die van Crohn lopen voor een groot deel synchroon. Crohn is een uitermate moeilijk te doordringen ziekte, waarvoor inmiddels ook een aantal gen-mutaties is aangetoond. Ondanks de

kennisverdieping, de komst van biologicals en steeds verfijndere operatietechnieken, wordt de patiënt nog steeds geconfronteerd met een ziekte die invaliderend en wanhopig kan maken. Zeker is dat Crohn nu volop in de belangstelling staat, het is geen 'achtergestelde' of, erger nog, 'psychische' ziekte meer. Integendeel. In een overzicht van de resultaten van genomewijde associatiestudies typeren de auteurs de ziekte van Crohn zelfs als de meest onderzochte complexe genetische ziekte.<sup>54</sup> Aan de ene kant is er veel bereikt in de diagnose en behandeling van de ziekte van Crohn. Aan de andere kant krijgen de patiënten te maken met ziekten die een grote kans hebben om terug te komen.

## Nobelprijs 2011

Dr. Ralph M. Steinmann kreeg voor zijn ontdekking van de dendritische cel en zijn rol in adaptieve immuniteit een gedeelde Nobelprijs.<sup>53</sup> Bruce A. Beutler en Jegels A. Hofmann kregen deze gedeelde prijs voor hun ontdekkingen met betrekking tot de activering van aangeboren immuniteit. In Nederland deed Stefan Meuwissen op dit gebied van zich spreken.



Belangrijkste complicaties bij de ziekte van Crohn.

Bron: Gunnar Jarnerot, *Inflammatory Bowel Disease*, Corona/Astra, Malmö Zweden, 1992, met toestemming van Astra-Zeneca

Inflammatoire darmziekten zijn na reumatoïde artritis wereldwijd de meest voorkomende ziekten. In Nederland betekent dit dat er naar schatting 25.000 patiënten zijn. De oorzaak van deze ziekten is niet bekend en de medicamenteuze behandeling bestaat uit toediening van ontstekingsremmende geneesmiddelen en immunosuppressiva. Dergelijke medicijnen hebben hun werkzaamheid bij de ziekte van Crohn bewezen, maar er kleven ook bezwaren aan. Daarover kunt u lezen in hoofdstuk 10.

## Colitis en kanker?

Van tijd tot tijd wezen chirurgen op de mogelijkheid van een verhoogde kans op kanker bij patiënten met een al langer bestaande colitis. Daarbij bleef het dan. Wetenschappelijke interesse was nog niet opportuun; over colitis was nog zoveel onbekend. Aan de relatie tussen zweren in de maag en kanker besteedden maagdarmartsen in hun wetenschappelijke vergaderingen wel veel aandacht. De elders genoemde J.A. Barga (Mayo Clinic) was één van de eersten die de relatie tussen colitis en kanker vermoedde en uitzocht. Uit patiëntenrapporten van 1916 tot 1927 vond hij 23 colitispatiënten waarbij hij veronderstelde dat zij darmkanker hadden ontwikkeld. Uiteindelijk bleven er zeventien over die hij van 'kanker verdacht'. Het liet hem niet los; in de jaren veertig ging hij door met zijn onderzoek. Dat onderzoek moest het voorlopig vooral van chirurgen hebben.

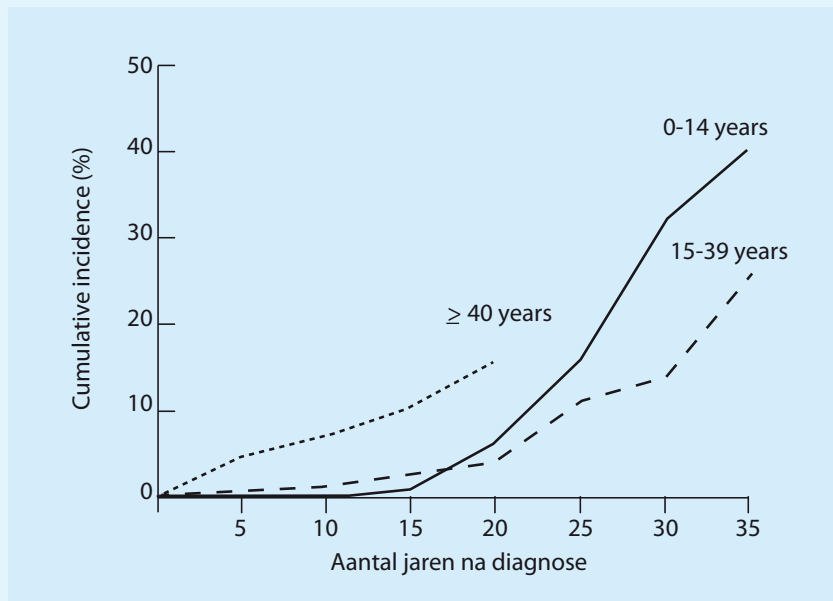
In Nederland ontstond er eigenlijk pas eind jaren tachtig een wat bredere belangstelling voor het risico op coloncarcinoom bij colitis. Daaraan was Jan Bussemaker in 1965 voorgegaan met zijn beschrijving van Engelse onderzoeken. Dit risico bleek er inderdaad te zijn. Ook was er nu meer duidelijkheid over het kankerrisico bij de diverse vormen van colitis. Vooral patiënten met colitis in de hele colon liepen dat risico. Bij deze colitispatiënten was de kans op coloncarcinoom maar liefst dertig keer zo groot als bij verder gezonde personen. Bussemaker vergeleek deze bevindingen met de cijfers van het Instituut voor Kankerregistratie. Ook rectumcarcinomen kwamen veel voor. In bepaalde gevallen was zelfs een profylactische colectomie aan te raden.<sup>55</sup> De daarop volgende decennia liepen de meningen over het vóórkomen van kanker bij colitispatiënten ver uiteen. Nederlandse specialisten leunden hierin sterk op Amerikaans en Brits onderzoek.

Ruim twintig jaar later, in 1987, verwezen de maag-darm-leverartsen Chris Mulder en Guido Tytgat in hun 'klinische les' eveneens naar de Amerikanen en Engelsen. Niet geheel onverwacht liepen vooral patiënten met een lang bestaande colitis een risico op kanker, een adequate 'na-controle' was daarom vereist. Preventie van colonkanker moest men vooral zoeken in de therapie – het terrein van de maag-darm-leverarts. Uitgangspunt bij de behandeling was dat hij zo veel mogelijk een verergering moest zien te voorkomen.<sup>56</sup>

In Nederland kwam er aarzelend wat meer belangstelling voor dit vraagstuk, dat onder meer tot enkele cohortstudies leidde. De inschatting van het kankerrisico varieerde sterk, hoewel de verschillen in opzet van de onderzoeken daarin ook konden meespelen. De inschatting was bovendien nog afhankelijk van de colitisvorm van de patiënt. Het ging echter wel over een aanmerkelijk aantal kankerpatiënten. Omstreeks 2003 kwam er

een kentering. Eensgezind constateerden onderzoekers nu dat het risico op coloncarcinoom veel lager was dan gedacht. Of was dat alleen maar lager dan voorheen? Voor dit laatste kozen de maag-darm-leverartsen Dirk de Jong en Fokko Nagengast en wezen daarvoor op de nieuwe geneesmiddelen.<sup>57</sup>

Ook daarna zorgde het kankerrisico bij colitis nog voor 'verrassingen'. Vrij plotseling verscheen er een serie artikelen over de preventie van colorectaal carcinoom. Uitgaande van de Britse en Amerikaanse richtlijnen scoorde dit in Nederland een onvoldoende. Onderzoek in 2009



Grafiek toegenomen risico darmkanker bij colitis en Crohn.

Bron: Gunnar Jarnerot, *Inflammatory Bowel Disease*, Corona/Astra, Malmö Zweden, 1992, met toestemming van Astra-Zeneca

stelde vast dat een aanzienlijk aantal patiënten (ongeveer een kwart) niet of later werd gediagnosticeerd. Dat leidde weer tot een volgende stelling dat er 'veel vroeg optredend colorectaal carcinoom bij patiënten met inflammatoire darmziekte' was. In 2013 kon het kankerrisico opnieuw naar beneden worden bijgesteld. Maag-darm-leverarts Maurice Lutgens en collega's dachten natuurlijk allereerst aan de effectievere therapieën en nauwkeurigere controle. Maar misschien speelde ook mee dat de cohortstudies wellicht wat minder betrouwbaar waren dan gedacht. Zij namen in ieder geval het zekere voor het onzekere. Momenteel zijn risico-inschattingen niet volledig betrouwbaar.<sup>58</sup> Ook patiënten met de ziekte van Crohn van het colon hebben een verhoogd risico op kanker. Een langdurige behandeling met mesalazinepreparaten lijkt dit risico iets te verminderen.

## Colitis, nog altijd veel vragen

De doorgronding van colitis is, hoewel er lichtpuntjes zijn aan te geven, nog steeds geen 'succesverhaal'. Ondanks alle inspanningen moeten veel vragen steeds opnieuw worden gesteld. Niet alleen over de oorzaak, maar ook vragen zoals: *How effective are the usual treatments for ulcerative colitis?* (2004).<sup>59</sup>

Er is echter wel degelijk ook positief nieuws. Dat is nog vrij recent en vooral te vinden bij de twee andere belangrijke onderdelen op kennisgebied van colitis: diagnostiek en medicatie met de nieuwe biologicals. Ook deze geschiedenis gaat terug naar de eerste bestaansjaren van de maag-darmartsen, waarover het volgende hoofdstuk vertelt.

*De therapie bij deze ziekte is vaak zo hopeloos. [...] Colitis gravis ulcerosa behoort tot die ziekten van het colon die het moeilijkste te behandelen zijn. [...].*<sup>60</sup>

(Schalij, 1935)

Bij alle ernstige spijsverterings- en stofwisselingsziekten was de behandeling vrijwel hetzelfde. Of het nu ging om een patiënt met colitis of een maagzweer, zij kregen rust voorgeschreven, moesten 'prikkelers' vermijden en kregen soms diverse wondermiddelen met een kortstondige werking toegediend. De toediening van voedingssupplementen zoals leverextract en vitamine B-12 was van een wat latere datum, net als bloedtransfusies samen met ijzerpreparaten. Hiervan konden ernstig verzwakte patiënten met bloedarmoede inderdaad wat opknappen.<sup>61</sup>

Van 'oudsher' vertrouwden artsen op de helende werking van darmspoelingen met ontsmettende middelen zoals boorzuur, fysiologische zout of yatreen. Men spoelde vlijtig in die dagen. Een patiënt van maagdarmarts F.A. Schalij was dankzij het dagelijks spoelen na 313 dagen volledig genezen. Voor de dokter was de behandeling van deze patiënten evenmin een sinecure. Volgens maagdarmarts N. Hellemans vereiste dat geduld, volharding en lankmoedigheid.<sup>62</sup> De strategie was veelal niet veel meer dan het uitdokteren van therapieën en veelbelovende geneesmiddelen. Deze therapieën leken ook verbetering te kunnen brengen, hetgeen moeilijk te verifiëren viel omdat de ziekteactiviteit zo wisselend kan zijn. Bij colitis en Crohn was het bij welke behandeling dan ook altijd een langdurige kwestie, zowel bij de eerste aanval als bij de recidieven.



### Oorspronkelijke beschrijving van Burrill Crohn's eerste patiënt

In hun openingszinnen schreven de auteurs Burrill Crohn et al. in 1932: *We propose to describe, in its pathologic and clinical details, a disease of the terminal ileum, affecting mainly young adults, characterized by a subacute or chronic necrotizing and cicatrizing inflammation. The ulceration of the mucosa is accompanied by a disproportionate connective tissue reaction of the remaining walls of the involved intestine, a process which frequently leads to stenosis of the lumen of the intestine, associated with the formation of multiple fistulas.* Zie ook de pijn bij het terminale ileum bij deze patiënt. Dit is potloodduin vernauwd.

Oude röntgenfoto van Burrill Crohn's patiënt.

Bron: B. Crohn, L. Ginzburg, G. Oppenheimer, 'Regional ileitis: A pathologic and clinical entity', *JAMA*, 1932;99:1323-1329

## De eerste therapieën, een kwestie van uitproberen

### Dieettherapie

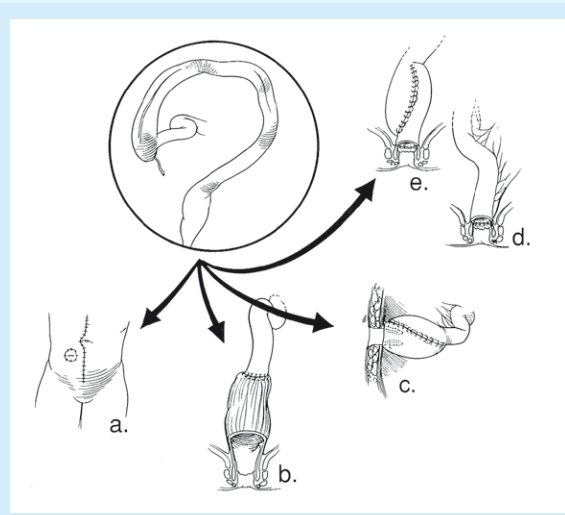
*De voeding van deze [colitis]patiënten is een der moeilijkste, dieetische problemen in de geneeskunde.* (Arnold Bargaen, 1935)

Ook bij colitis was een dieet de basistherapie.<sup>63</sup> Een passend dieet voorschrijven was echter niet eenvoudig, zei gastspreker Bergen in de voorjaarsvergadering van de maagdarmartsen in 1937. De klachten vroegen als het ware om de samenstelling van een slijmvlies-ontziend dieet, dat bij veel andere ziekten eveneens de eerste behandelkeus was. Om prikkeling van de darmwand zo veel mogelijk te voorkomen, waren onder meer scherpe kruiden, fruit en vezels verboden. Op dergelijke diëten kwam later kritiek, want het leidde alleen maar tot een algehele verzwakking van de patiënt. Met dieettherapieën kon men bij veel darmklachten wel wat bereiken, maar colitis- en Crohnpatiënten genazen er niet mee. Als ten slotte de toestand van de patiënt desondanks verslechterde, was een chirurgische ingreep de enig overblijvende optie. Volgens chirurg Schoemaker was dat heel vaak.

## Chirurgische therapieën

*Er geneest hooguit tien à twintig procent zonder operatie.* (Schoemaker, 1914)

Evenals bij andere ziekten waarvoor nog geen werkzame medicatie beschikbaar was, kon ook bij colitis een operatieve verwijdering van het getroffen gebied genezing brengen, al dan niet tijdelijk. De operatie varieerde van een tijdelijke stoma – dan kon de dikke darm beter worden gespoeld met geneesmiddelen – tot een grote operatie. Soms bleef er niets anders over dan de verwijdering ervan. ‘Spreker [chirurg Schoemaker] schroomt niet den geheelen dikken darm weg te nemen.’ Welke behandeling hij dan verrichte, kon hij alleen uitmaken door het te proberen, zo zei hij.<sup>64</sup> Deze ingreep was weliswaar levensreddend, maar ook bijzonder patiëntonvriendelijk. De colitis was verdwenen, maar de patiënt was voortaan aangewezen op een stoma. Velen durfden niet naar buiten te gaan, omdat de stoma kon lekken, hij was niet ‘geurbestendig’ en lastig te legen. Op geen enkel punt was deze te vergelijken met de hedendaagse stoma. Eigenlijk verdienen de moderne stomazorg én de nieuwe methode waarbij de sluitspier gespaard blijft, een plaats in de rij van baanbrekende ontwikkelingen in deze geschiedenis.



Opties voor een operatieve behandeling (colectomie) aan het eind van de twintigste eeuw.

- Ileostoma na colectomie
- Proctocolectomie met anastomose
- Ileostoma met Kockse pouch
- Ileoanale anastomose
- Ileoanale anastomose met pouchaanleg

Bron: Gunnar Jarnerot, *Inflammatory Bowel Disease*, Corona/Astra, Malmö Zweden, 1992, met toestemming van Astra-Zeneca

Dit is des te belangrijker, omdat nu nog steeds ‘vijfentwintig tot veertig procent van de colitispatiënten minimaal een keer in hun leven’ wordt geopereerd. En dan gaat het vooral om die operatie waarbij de hele dikke darm, inclusief de endeldarm, wordt verwijderd.<sup>65</sup> Deze en andere chirurgische technieken waren vanaf omstreeks 1900 imposant. Het gedetailleerd beschrijven hiervan valt echter buiten het kader van dit boek.

## Werkende niet-werkende geneesmiddelen

Over veel therapieën die door anderen aantoonbaar waren weerlegd, kwamen desondanks positieve berichten. De in verhouding vele positieve resultaten die J.A. Bergen (Mayo Clinic, VS) zelf over zijn serum (diplococcus-bacil) meldde, en met hem ook anderen, zijn eigenlijk niet mogelijk. Zijn ideeën daarover waren niet nieuw. Al in 1900 waren er medici die heil verwachtten van de therapeutische werking van zo'n serum en ook toen was Bergen er al bij betrokken. In Nederland ging het wat ‘Bergen’ betreft eveneens om *believers* en *nonbelievers*. Voor de *believers* was er het overtuigende bewijs uit eigen ervaring, én die uit de Mayo Clinic! Bergen, die ‘jaren lang met behulp van een grooten staf medewerkers zeer veel patiënten [had] onderzocht’, wees de ‘specifieke bacterie’ die hij had gekweekt, als ‘verwekker’ aan.<sup>66</sup> Hoewel ook medici, onder meer in Groningen, het vaccin in de behandeling opnamen

en er een aantal successen mee zeiden te behalen, zetten zij in het algemeen toch de nodige vraagtekens bij de geclaimde werking.

Arts Van Wiggelendam dacht met Torantil (histaminase) de oplossing te hebben gevonden.

## Torantil en colon-asthma

J.M. van Wiggelendam, arts in Roermond, zou het volledig met Hellemans eens zijn geweest: een behandeling vereist geduld en is een kwestie van uitproberen wat het beste werkt. Van Wiggelendams patiënte was vanaf 1932 twee jaar lang vruchteloos behandeld in het ziekenhuis van Roermond en daarna nog een half jaar in Utrecht bij professor Hulst. Hij behandelde haar met een zeer voorzichtig dieet en met medicamenten als yatreen, klyasma's met yatreen en het 'auto-vaccin' van Bargaen. Toen er geen verbetering optrad, besloot Hulst bloedtransfusies toe te dienen. Tevergeefs. Terug in Roermond begon Van Wiggelendam met een slakkenvrij dieet, salicyl, bismut, tannigeen (tannine stremt de bloeding) belladonna en bolus alba (een witte, sterk absorberende klei). Het ging zeker niet beter en gezien de verschijnselen werd bij hem 'de uitdrukking "colon-asthma" opgewekt'. Uiteindelijk, in een 'periode van diepe neerslachtigheid' over zijn patiënte, dacht hij aan Torantil en reeds na enkele dagen was het resultaat daarvan 'werkelijk verbluffend'. Na drie weken was er aan haar lijden een einde gekomen! De hevige pijnen en al de bij colitis behorende andere ernstige klachten, waren verdwenen. 'Thans, na bijna 3 maanden, kan gezegd worden, dat het ingetreden herstel ongestoord stand heeft gehouden.'<sup>67</sup> Daarna werd het weer stil rond Torantil.

Kwamen de positieve resultaten door een verkeerde diagnose? Was het te danken aan de aanvullende behandeling, met rust en een prikkeling vermijdend dieet, in samenhang met het tot rust komen van de colitis? Of door een placebo-effect? De eerdergenoemde Truelove trof bij een aantal colitispatiënten een placebowerking aan. Toch is door het wisselende beloop dat bij colitis kan optreden, ook dat niet zeker. Inmiddels was er echter hoop, want maagdarmartsen konden de eerste echte geneesmiddelen voor colitis en Crohn gaan inzetten.

## Prelude tot moderne medicatie, van steroïden tot biologicals

### Sulfapreparaten: een 'verbluffende werking' (B.K. Boom, 1937)

In de jaren dertig was er met de sulfapreparaten een eerste effectief antibacterieel middel beschikbaar gekomen. Zo ongeveer de hele ontwikkelde wereld wierp zich erop, waarbij het wondermiddel prontosil de voorkeur kreeg. 'Men kan in de laatste maanden geen tijdschriften opnemen, of er staat althans iets in over Prontosil [een sulfonamide].'<sup>68</sup> Ook maagdarmarts Boom was onder de indruk van de gemelde resultaten.<sup>69</sup> Nadat E.N. Collins (VS, 1940) nauwkeurig had bepaald dat er sprake was van colitis ulcerosa, had hij deze patiënten behandeld met klyasma's met een sulfapreparaat. Patiënten die zo'n ernstige en invaliderende ziekte hadden, moesten het voordeel van de twijfel krijgen bij, zoals wij dat zouden noemen, een alternatieve therapie. Bij de eveneens gevaarlijke (bacteriële) longontsteking was prontosil een onmiddellijk succes, maar bij colitis en Crohn waren Nederlandse medici nog wat terughoudend. Want ondanks het 'verbluffende resultaat' was er nog maar weinig bekend over de dosering en hoe lang dit kon worden gebruikt. De berichten kwamen nog hoofdzakelijk uit andere landen. Ook darmspoelingen met een sulfapreparaat zouden een goed 'overall resultaat' geven.<sup>70</sup> In een enkel Nederlands ziekenhuis kreeg een klein aantal colitispatiënten deze behandeling. De terughoudendheid in Nederland tot in de eerste naoorlogse jaren was mede ingegeven door de gevaren die dit wondermiddel vergezelden. Elders gebruikte men dit krachtig werkende geneesmiddel wel 'op zeer groote schaal'. Door een verkeerde samenstelling of in combinatie met andere middelen was een lethale afloop niet uitgesloten. Nog in 1946 schreef een referent van het NTvG: 'Helaas wordt er een steeds grooter aantal verschijnselen van vergiftiging dóór, of overgevoeligheid voor dit medicament bekend.'<sup>71</sup> De komst van wat anders samengestelde sulfapreparaten losten de problemen niet op;

nadelige bijwerkingen bleven voorlopig een probleem. Prontosil was geen lang leven beschoren. Nadat in de jaren veertig bekend werd dat de werkzame stof in prontosil in het lichaam wordt afgebroken tot een veel eenvoudiger stof, raakte het uit de gratie. Door de komst van nieuwe middelen was de keuze bovendien wat groter. Het aan sulfa verwante middel salazopyrine (een combinatie van een sulfapreparaat en salicylzuur) nam de plaats in van prontosil. Salazopyrine bestond eveneens al wat langer; in 1942 had dr. N. Svartz haar resultaten ermee bij onder andere colitis gepubliceerd.<sup>72</sup> Het eerste enthousiast bericht over dit sulfa- en salicylzuurpreparaat voor colitis en Crohn verscheen in 1946 in het *NTvG*. Maar tot in de jaren vijftig leek dit preparaat wat minder in de belangstelling te staan. Dat kwam door de komst van andere ‘wondermiddelen’ die niet op sulfonamide waren gebaseerd, maar op schimmels, hormonen en vetzuren.

## Explosie van nieuwe wondermiddelen: antibiotica, hormoonpreparaten (ACTH) en (cortico)steroiden

Na 1945 kwamen er in een niet eerder vertoond tempo nieuwe geneesmiddelen met een antibacteriële werking op de markt. In Nederland waren deze eerst maar mondjesmaat te verkrijgen. In die eerste naoorlogse tijd was vrijwel alles schaars, bovendien golden er in- en exportbeperkingen. Wat penicilline betrof, wachtte er een grote verrassing. De Gist- en Spiritusfabriek in Delft was, zonder daar ruchtbaarheid aan te geven, in 1944 gestart met onderzoek voor de productie van penicilline, amper een jaar nadat men in Amerika zover was dat men daar voldoende penicilline kon produceren. Al in 1946 kon de Nederlandse fabriek kleine hoeveelheden leveren, verder was men nog op Amerika en Engeland aangewezen. De vraag oversteeg verre het aanbod. Vrijwel direct had ‘iedereen’ erover gehoord.



Gist- en Spiritusfabriek, Delft. | Bron: <http://rijksmonumenten.nl>

### De film *Bigger than life* als waarschuwing

Patriarchale bemoeienis in de gezondheidszorg, denk aan de affiches als ‘Goed Zo Moeder!’, was niet alleen in Nederland een wijd verspreide methode om mensen te wijzen op hygiëne en andere belangrijke gewoontes die de gezondheid bevorderden. Ook in Engeland was men daar goed in. Was het niet met antirookcampagnes of wijzen op de ongezonde lunches van schoolkinderen, dan wel met waarschuwingen tegen foutief medicijngebruik. Zo ook hier. De film *Bigger than life* vertelt over een onderwijzer met ‘Polyarteriïtis Nodosa’, dat zich vaak uit in ernstige darmklachten. Welnu, deze onderwijzer neemt het zekere voor het onzekere, slaat alle medische waarschuwingen in de wind en gebruikt veel meer dan de voorgeschreven dosering cortison. Via stadia van vervolgingswaan, grootheids- en godsdienstwaanzin staat hij ook zijn vrouw en kind naar het leven. Op het nippertje komt alles toch nog goed ...<sup>74</sup>

Omstreeks dezelfde tijd kwamen ACTH (corticotropine) en andere ontstekingsremmers (corticosteroiden) op de markt, met een eerste vermelding in Nederlandse tijdschriften in 1946. Massaproductie was bij deze middelen nog niet mogelijk. Nog afgezien van de productieproblemen en de hoge prijs, waren er ook voor deze medicijnen importbeperkingen ingesteld door de failliete overheid. De zogenaamde Marshallhulp (waardoor veel geld beschikbaar kwam) was een uitkomst, want daardoor kon Nederland ook een aantal dure en recent ontwikkelde medicijnen kopen, waaronder penicilline, streptomycine en later cortison. Omdat de invoer daarvan nog beperkt was, waren er strenge voorwaarden voor de distributie. Een daarvan was dat alleen specialisten dit mochten voorschrijven. Nu waren zowel cortison als ACTH *sowieso* nog onbereikbaar. Voor cortison was heel veel bijnierschors van runderen nodig en voor de dagelijkse dosis ACTH van één patiënt, honderd kliertjes uit varkenshypofyses. Bovendien was er ‘van de toekomstige betekenis der toepassing van deze hormonale therapie [...] nog niets te voorspellen.’<sup>73</sup> Daar kwam bij dat dit niet alleen

voor colitispatiënten inzetbaar was, ook ziekten zoals astma en reumatoïde artritis kwamen ervoor in aanmerking. In 1949, enige tijd na de ontdekking van de bijnierschors hormonen, werd voor het eerst het therapeutische effect ervan bij de behandeling beschreven. Er volgden 'clinical trials' over het nut ervan bij vele aandoeningen. Aan de snel opeenvolgende positieve berichten over deze ogenschijnlijke panacee werd echter spoedig ook een keerzijde toegevoegd.

## Grote belangstelling door merkwaardige uitkomsten ACTH. (Everse, 1950)

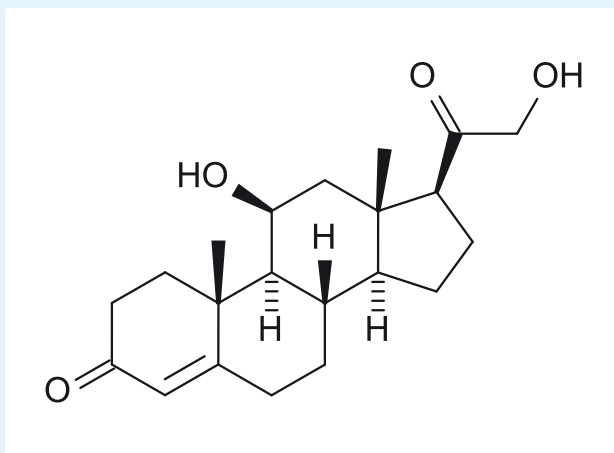
Everse, directeur Voorlichting van Organon Oss, bedoelde hiermee het grote succes van ACTH. Het waren veelbelovende en belangrijke geneesmiddelen, niet alleen door hun werking maar ook omdat zij bij veel ziekten inzetbaar waren. Doses en eventuele bijwerkingen waren echter nog niet duidelijk. Voor de Amerikaanse producent van ACTH wat dit reden om het middel eerst te distribueren aan een geselecteerde groep klinieken die over de nodige faciliteiten op stofwisselingsterrein beschikten.<sup>75</sup> Dat zag er voor Nederland niet goed uit; volgens hoogleraar A. Querido ontbraken die hier nog vrijwel geheel.<sup>76</sup> Maar ook bij de Nederlandse Organon Oss hadden onderzoekers niet stilgezeten; al in 1949 gaf Organon ACTH voor 'clinische proeven' vrij (cortrophine). Daarna ging het in alle opzichten snel. In 1950 behandelden klinici al 45 verschillende ziekten met ACTH of cortison, of met beide. Er waren positieve resultaten mee te behalen bij onder meer jicht, 'overgevoeligheidsziekten' zoals colitis en astma, pneumonie en tuberculose.<sup>77</sup> Voor wetenschappelijk onderzoek naar medicatie voor colitis en Crohn was in de jaren vijftig in Nederland verder weinig belangstelling.

## Problemen met ACTH en steroïden en twijfel over hun werkzaamheid

Na de eerste positieve resultaten bij colitis kwamen daarover nog in dezelfde jaren vijftig alarmerende berichten. Het belangrijkste probleem was dat deze middelen de beginnende verschijnselen van perforatie maskeerden. Daarnaast zou er nog een veelvoud aan andere bijwerkingen zijn, van psychose tot miliaire tuberculose. De enige optie bij een darmperforatie bij de ernstig zieke en verzwakte colitispatiënt, was een spoedoperatie. Omdat dit niet zelden te laat gebeurde, was een fatale afloop ervan niet uitgesloten.<sup>78</sup> Redenen genoeg om van deze behandelingen af te zien. Het werd steeds duidelijker dat ook deze therapieën een schaduwzijde konden hebben.

## Tegenslagen en vragen

Al deze en komende middelen werkten. Vanaf protonsil hadden zij allemaal twee grote nadelen: bijwerkingen en recidieven. De colitisbehandeling kon bovendien eerst effectief zijn, maar als dan na twee tot drie weken de hoeveelheid cortison of ACTH werd verminderd, kon de ziekte weer in hevigheid toenemen. Er ging dus geen protectieve werking van uit. Wat moest je er dan van denken? Waardoor kwam er bijvoorbeeld zo snel een recidief, nadat de colitis 'overwonnen' was?<sup>79</sup> Zou prednison (dat nog ernstiger bijwerkingen heeft) dan toch een betere keus zijn? Het overzicht over prednison uit de interne kliniek van de VU in 1956 beantwoordde die vraag: 'Colitis ulcerosa werd met deze therapie tijdelijk verbeterd.'<sup>80</sup> In ieder geval in de jaren vijftig maakten deze vragen en de niet te miskennen bijwerkingen medici voorzigtiger met een langdurige behandeling met prednison, en niet alleen in Nederland.<sup>81</sup>



Het bijnierschors hormoon corticosteron. | Bron: Wikipedia  
Corticosteron heeft een typische steroidstructuur. De geneesmiddelen cortison, cortisol en prednison zijn hiervan afgeleid. Edward Kendall, biochemicus (1886-1972) en Philip Hench, internist-reumatoloog (1896-1965), ontvingen in 1950 de Nobelprijs voor de geneeskunde voor hun ontdekking van cortison en de toepassing hiervan bij patiënten met reumatoïde artritis. Pas later werden ook de ernstige bijwerkingen manifest.

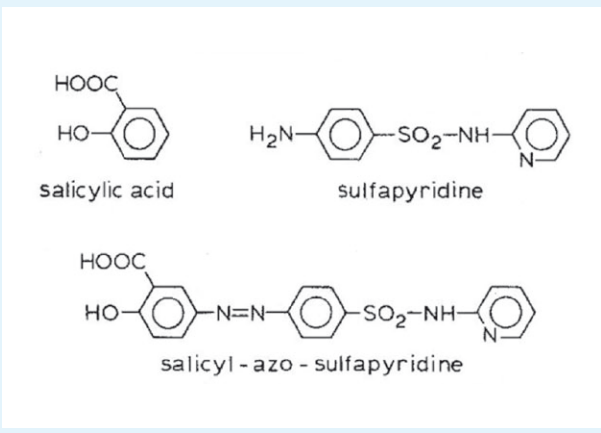


## Maagdarmartsen en de eerste specifieke geneesmiddelen

Maagdarmarts Nico Hellemans gaf in zijn artikel 'Inzichten in de behandeling van colitis ulcerosa' in 1965 een overzicht van de daarbij destijds gebruikelijke behandelingen, aangevuld met symptomen en medicatiehoeveelheden. Het is een interessant artikel, mede door de beschrijving van allerlei bijkomende problemen die daarbij om de hoek kwamen kijken, inclusief de daarvoor geschikte therapie. Alles aangevuld met doseringen en resultaten. Hellemans was goed op de hoogte van 'de literatuur'. Bij ernstiger vormen van colitis voldeed de behandeling met salazopyrine niet meer. 'Het gebruik van ACTH en corticosteroïden betekent een grote vooruitgang, omdat deze in een acute levensgevaarlijke fase het beloop ten goede kunnen keren.'<sup>82</sup> 'Hoewel men geen bacterie of virus als verwekker heeft kunnen aanwijzen, is de bestrijding van de infectie, die blijkt uit de koorts, uit het bloedbeeld [...] en de etter bij de ontlasting, het voornaamste onderdeel van de behandeling.' Maagdarmarts Boom veroordeelde evenmin de inmiddels wat tegenvallende wondermiddelen. Colitis was immers een chronische ziekte? Er kon dus geen sprake zijn van genezing. Wel kon men met medicatie de ontsteking remmen. Daarmee verdwenen de zweren en kon het slijmvlies zich herstellen, waardoor er minder operaties nodig waren.

### 'Hernieuwde' hoop met salazopyrine

Inmiddels was het sulfapreparaat salazopyrine weer 'teruggekomen'. Het was veel eenvoudiger te produceren dan de bovengenoemde ontstekingsremmers en hechtte zich gemakkelijker aan andere moleculen. Men wist midden jaren zestig niet hoe salazopyrine werkte, maar dat het bij colitis werkte 'staat vast'.<sup>83</sup> Buitenlands onderzoek wees uit dat dit middel zelfs recidieven voorkwam. Maagdarmarts Stefan Meuwissen was voorzichtiger, voortgezet onderzoek vond hij 'dringend gewenst' alvorens dit *en masse* te gaan gebruiken.<sup>84</sup> Beginjaren zeventig kwamen de nadelen aan het licht.<sup>85</sup> Wat betreft de nadelen ging het vanaf die tijd bij nieuwe geneesmiddelen vooral over de dosering. Bij cortison traden nadelige bijwerkingen vooral op na langdurig gebruik. Salazopyrine was met een lagere dosering een solide behandeling, het was lange tijd de standaardbehandeling, eventueel in combinatie met corticosteroïden. Deze laatste waren in die tijd meer bedoeld voor een specialistische behandeling bij ernstige vormen van colitis of Crohn. Beide diende men ook wel parenteraal toe. Later was voor Guido Tytgat een parenterale toediening van corticosteroïden de eerste keus, omdat daar zoveel patiënten van opknapten.



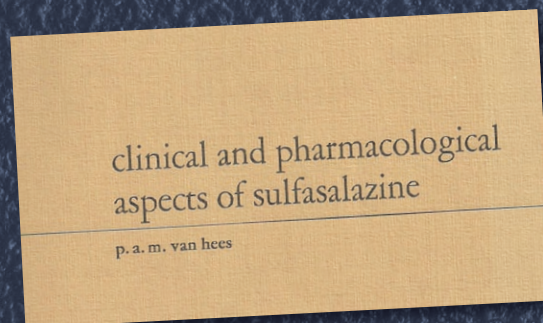
Salazopyrine, een combinatie van een sulfapreparaat en salicylzuur.

Bij ernstige colitis en Crohn is de chirurgische behandeling nog steeds de enige optie. Dat was levensreddend, maar of het genezing betekende? De geneesmiddelen remden allemaal de ontsteking waardoor het darmslijmvlies zich kon herstellen. Om van de huidige kennis te verwachten dat daarmee deze chronische ziekten genezen, is nog steeds niet reëel. Een grote stap naar meer inzicht in deze zo moeilijke materie, moest om te beginnen komen van de ontdekking van de werkzame stof in de belangrijkste geneesmiddelen en de factor daarin die de bijwerkingen activeerde.

## Baanbrekende ontwikkelingen: het ene wondermiddel na het andere

### Werkzame stof en ontstekingsfactor bij salazopyrine

Onderzoekers hadden zich al jaren afgevraagd wat het werkende bestanddeel van salazopyrine was. In 1977 kwam het antwoord daarop uit de 'School van Truelove'. Het bleek om mesalazine (5-ASA) te gaan.<sup>86</sup> Het was in de praktijk 'beproefd' en goed bevonden en daarmee stond ook de weg open naar de productie ervan. Mesalazinepreparaten zouden een eerste plaats krijgen in de behandeling van vooral colitis. Slechts enkele jaren later kwam uit de 'School van Van Tongeren' (Nijmegen) het antwoord op de vraag welk bestanddeel precies de meeste bijwerkingen veroorzaakte: sulfapyridine – met name door het onderzoek van Piet van Hees.<sup>87</sup> De enige functie die het had, was de werkzame stof naar het colon brengen. Aangepaste scheikundige verbindingen, coating en buffering losten deze problemen op.



Het proefschrift van P.A.M. van Hees.

### Jaren tachtig, traditionele behandeling met accentverschuivingen

In 1987 schreef Guido Tytgat: 'Als het ziekteproces niet reageert op de behandeling met salazopyrine, of bij ernstiger vormen van colitis ulcerosa met hoge koorts [...], is corticosteroidtherapie geïndiceerd.'<sup>88</sup> Daarbij was hooguit sprake van een andere term; in plaats van ontstekingsremmend sprak men nu vooral van immunosuppressief. De behandeling met corticosteroiden was 'meestal zeer doeltreffend' om een nieuwe aanval te voorkomen. Ernstige complicaties kwamen desondanks in een 'niet te verwaarlozen frequentie voor.'<sup>89</sup> In de indicatie voor corticosteroidtherapie was wel wat veranderd.

Er was geen vooruitgang geboekt wat betreft het aantal colonresecties; deze waren niet verminderd. Het leek erop dat de chirurgische resultaten in ieder geval niet slechter waren bij patiënten die daarvoor met corticosteroiden waren behandeld.<sup>90</sup> Enerzijds leek het allemaal erg dynamisch. Anderzijds doen de bezwaren tekort aan de verbeteringen in de 'dagelijkse praktijk'. Midden jaren zeventig was de situatie voor colitispatiënten niet meer te vergelijken met die van de jaren vijftig en zestig. De behandeling van colitis kon met een onderhoudsbehandeling van salazopyrine worden 'gemanaged' en veel colitispatiënten konden jarenlang zonder klachten leven. Bij ernstige colitisaanvallen zorgde een uitgewerkt behandelingsschema ervoor dat daaraan niemand meer hoefde dood te gaan. Er waren echter rond 1990 nog enkele perifere ziekenhuizen waar internisten het als hoogste doel zagen de patiënt niet te laten opereren. Men ging dan (te) lang door met conservatieve behandeling, wat ten nadele was van de patiënt. In diezelfde tijd lag er op curatief gebied eindelijk een meer belovende toekomst in het verschiet.

### Azathioprine en het werkzame bestanddeel

Wat verscholen in de tekst van Tytgat zit de aankondiging van een heel nieuwe medicatie, azathioprine. Voor het eerst genoemd in 1965 kwam er vanaf begin jaren zeventig meer informatie beschikbaar. De werking lag vermoedelijk in de onderdrukking van de afweerreacties van het lichaam. Het duurde nog enige tijd voordat het een vaste plaats kreeg in de therapie, maar het zou uitgroeien tot een belangrijke onderhoudstherapie ter voorkoming van een terugval. Azathioprine had een trage werking maar ook, het zal niet onbekend klinken, bijwerkingen.<sup>91</sup> Een combinatietherapie verkleinde de kans daarop, zo werkte dat ook bij andere ziekten.<sup>92</sup> Irene Weterman was in Nederland één van de eersten die deze middelen op grote schaal uittestte (zie begin van dit hoofdstuk).

Later wist men uit azathioprine het werkzame bestanddeel te isoleren (6-thioguanine, 6-TG), wat de bijwerkingen eveneens verminderde. Dit middel was al jaren in gebruik bij leukemie; bij colitis was er veel minder ervaring mee opgedaan dan met azathioprine. Na een groot patiëntenonderzoek in onder meer het Sophia Ziekenhuis, Zwolle, propageerde vooral Chris Mulder (VUMC) het gebruik ervan in Nederland.

## Cyclosporine, het uiterste redmiddel?

Inmiddels waren de jaren negentig aangebroken en had de zoektocht naar geneesmiddelen alles bij elkaar genomen toch aardig wat opgeleverd, zie het medicatieoverzicht van Van Hogezaand en Lamers in het NTvG in 1994.<sup>93</sup>

Een ander min of meer bij toeval ontdekt krachtig afweer onderdrukkend middel, cyclosporine, was weliswaar als 'uiterste middel' weleens bij colitis toegepast, maar 'helaas was er eigenlijk nooit sprake van eclatant succes'.<sup>94</sup> Van Hogezaand en Lamers zaten min of meer op dezelfde lijn, zij spraken van 'geneesmiddelen met een onduidelijk werkingsmechanisme met wisselend succes'.<sup>95</sup>

In deze geneesmiddelengeschiedenis van maagdarmziekten is het opmerkelijk dat iedereen kennelijk geneesmiddelen gebruikte waarvoor men vanwege de bijwerkingen toch zo waarschuwde. Ook met de dosis experimenteerde men volop, maar daar kon het niet alleen aan liggen. Zo ging het ook met cyclosporine. In de praktijk had dit ondanks de vele bijwerkingen toch een functie. Als je een patiënt 'niet in remissie kreeg' met gewone medicatie, lukte dat soms met cyclosporine. Het was een keuze tussen een patiënt in slechte staat laten – met een toenemende invalidering en mogelijk dodelijke afloop – of de bijwerkingen accepteren. Opnieuw verhult de nadruk op nog niet opgeloste problemen misschien de verbeteringen in de situatie van de colitispatiënt. Met de onderhoudsbehandeling waren er ongetwijfeld minder 'exacerbaties' dan vroeger en was het aantal patiënten met een zeer ernstige colitis aanzienlijk afgenomen. Hun 'levensomstandigheden' verbeterden sterk met deze geneesmiddelen. En als het eenmaal zo ernstig was geworden dat een medicatie geen heil meer bracht, was een operatie nog steeds de enige oplossing.

Bij Crohn lag dat wat ingewikkelder.<sup>96</sup> Daarover moet men niet te licht denken. Het aantal colectomieën nam niet af, ondanks de nieuwe middelen. Inmiddels komen de zeer uitgebreide dunne-darmresecties door Crohn gelukkig vrijwel niet meer voor.

De ziekte van Crohn volgde in veel opzichten dezelfde wegen als colitis, maar heeft voor een deel ook een wat ander verhaal. In voorgaande jaren kregen patiënten voor een groot deel dezelfde medicatie als bij colitis, ook als de waarde daarvan nog omstreden was, zoals dit in eerste instantie ook voor azathioprine gold. Met 'de wetenschap' dat de ziekte terugkwam in combinatie met de vaak ernstige bijwerkingen van azathioprine, was een kortdurende behandeling ermee wel te overwegen.<sup>97</sup> Later bleek dat juist door deze korte behandelingen de ziekte sneller kon terugkeren. Mesalazine was het meest gebruikte middel, hoewel onderzoek had uitgewezen dat zelfs hoge doseringen weinig effectief waren.<sup>98</sup> Meer en meer bleek dat de combinatie van mesalazine en sulfasalazine de minste complicaties opleverde. Hoewel deze combinatie van middelen nog steeds wordt ingezet bij inflammatoire darmziekten, is er voor Crohn niet overtuigend aangetoond dat zij het ziekteverloop daadwerkelijk beïnvloeden.<sup>99</sup> Cyclosporine leek eveneens de activering van de ziekte wat tegen te gaan. Volgend onderzoek weersprak dat. In de jaren negentig veranderde weliswaar ook de medicamenteuze behandeling van Crohn, hoewel sommige medicijnen voorgeschreven bleven, ook als zij theoretisch niet erg effectief waren. Azathioprine is hiervan een voorbeeld. Overigens stopte in 2012 ongeveer de helft van de patiënten met inflammatoire darmziekten hiermee, omdat er geen verbetering optrad of vanwege de bijwerkingen.

Dit alles geeft op zijn minst een wat verwarrend beeld: werkte een middel nu wel of niet? Crohn-expert Sander van Deventer schreef in 1997: 'hoewel corticosteroïden en azathioprine hun werkzaamheid bij de ziekte van Crohn hebben bewezen', was er toch behoefte aan nieuwe medicatie, 'omdat een aanzienlijk aantal patiënten' niet op de gebruikelijke behandeling reageert en exacerbaties veelvuldig optreden'.<sup>100</sup>

De komst van biologicals gaf Crohn-patiënten voor het eerst terechte hoop op een betere toekomst.

### Een aantal ontdekkingen leverde Nobelprijzen op

1923	Frederick Banting John James Richard Macleod	Ontdekking insuline
1937	Gerhard Domagk <sup>1</sup>	Sulfonamide Prontosil
1945	Sir Alexander Fleming Ernst B. Chain Sir Howard Florey	Ontdekking peniciline
1950	Edward Calvin Kendall Tadeus Reichstein Philip Showalter Hench	Ontdekking hormonen bijnierschors, hun structuur en functie
1957	Daniel Bovet	Ontdekking antihistamines die histamines blokkeren (in 1937)

<sup>1</sup> Domagk kreeg in 1937 de prijs toegekend, maar ontving hem pas in 1947.

## Biologicals

### Zonniger toekomst door de ontdekking van TNF- $\alpha$ ?

Er was inmiddels op kennisgebied al veel bereikt. De medicamenteuze therapie van inflammatoire darmziekten kreeg echter een enorme impuls door de komst van een heel andere medicatie. Dit begon met de ontdekking door Bruce A. Beutler (VS) in 1984. Hij traceerde de immuunstof TNF- $\alpha$  (Tumor Necrosis Factor), die een sleutelrol speelt bij diverse ontstekingsprocessen in het lichaam.<sup>101</sup> In 1985 publiceerde hij zijn vinding in *Nature*.<sup>102</sup> Het bleek een grote doorbraak bij de behandeling van colitis en Crohn. In 2011 zou Beutler voor zijn ontdekking dan ook een gedeelde Nobelprijs krijgen.<sup>103</sup> TNF- $\alpha$  beschouwde men aanvankelijk als een belangrijke mediator van sepsis en shock. Door het werk van Mark Feldmann in London en Sander van Deventer in New York (in hetzelfde laboratorium van Rockefeller University, waar Beutler TNF- $\alpha$  ontdekte) en later in Amsterdam, werd het duidelijk dat blokkeren van de activiteit van TNF- $\alpha$  een genezende werking had bij reuma en inflammatoire darmziekten. In 2003 kreeg Mark Feldmann hiervoor de prestigieuze Lasker-DeBakey Clinical Medical Research Award. Omdat het niet mogelijk was om TNF- $\alpha$  te blokkeren met de bestaande geneesmiddelen, moest er een hele nieuwe klasse van geneesmiddelen komen: de zogenaamde monoclonale antistoffen. Inmiddels was daarmee in Amsterdam al ervaring opgedaan en in 1992 kreeg de eerste patiënt in het AMC TNF- $\alpha$ -antistof toegediend (CA-2).

Het belangrijkste resultaat van dit onderzoek was dat ook de zweren genazen. Het is nu bekend dat volledige genezing van darmzweren de belangrijkste voorspeller is van een langdurige remissie bij de ziekte van Crohn. Dit heeft de behandelingsstrategie bij inflammatoire darmziekten volledig veranderd.<sup>104</sup> Bovendien kunnen zweren de voorloper zijn van kanker (zie hoofdstuk 15)

### TNF- $\alpha$ -blokkers: de geboorte van biologicals

In recordtijd werd infliximab, zoals CA-2 later werd gedoopt, als eerste anti-TNF- $\alpha$  in november 1998 als geneesmiddel door de Amerikaanse Food and Drug Administration voor de ziekte van Crohn geregistreerd. Krap vijf maanden later volgde Europa. Andere anti-TNF- $\alpha$ -medicijnen volgden. Omdat het natuurlijke eiwitten zijn, worden zij biologicals genoemd. Infliximab is samengesteld uit fragmenten van muis- en humane antistof, tegenwoordig

## S.J.H. van Deventer en anti-TNF- $\alpha$

Sander van Deventer noemde het onderzoek van J.A. Hoffman als de belangrijkste doorbraak in het inzicht van het ziektebeeld Crohn. Hoffman ontdekte verschillende functionele populaties van T-lymfocyten, zoals T-cellen die ontsteking bevorderen en T-cellen die ontsteking remmen. Van Deventer vond bij zijn onderzoek en behandeling van Crohn-patiënten dat TNF- $\alpha$  in de ontstekingsreactie inderdaad een centrale rol speelt. In een uitvoerige beschrijving van alle mogelijke therapieën die hij en anderen toepasten bij Crohn, bleek dat de resultaten van anti-TNF- $\alpha$ -behandeling niet berusten op het neutraliseren van het TNF-eiwit, maar op de verandering van het functioneren van het immuunsysteem. Van Deventer begon met de anti-TNF- $\alpha$ -medicatie bij een meisje met Crohn dat al allerlei therapieën had ondergaan waarop zij niet reageerde. Hij behandelde haar met infliximab en binnen enkele dagen trad er bij het meisje een opmerkelijke verbetering op. Na een pilotstudy met tien patiënten volgde er nog een onderzoek met 108 patiënten. Van Deventer kon niet anders dan concluderen dat er geen enkele andere behandeling was die zulke goede resultaten gaf als infliximab.



S.J.H. van Deventer

zijn er ook volledig humane anti-TNF-antistoffen. Anti-TNF- $\alpha$  was niet alleen voor colitis en Crohn geïndiceerd, maar ook voor veel ander ziekten. Reumapatiënten bijvoorbeeld, zagen door infliximab eindelijk 'licht aan het eind van de tunnel'. Opnieuw bleken er ook enkele kanttekeningen te zijn, want door de onderdrukking van de afweer kregen infecties vrij spel. Het zou bovendien niet lang duren of de eerste patiënten gingen anti-lichamen maken, en dat maakte infliximab weer minder werkzaam. Dit probleem is echter grotendeels ondervangen door verbeteringen van de formulering (humane stoffen), verbeterde doseringsregimes en de combinatie van de behandeling met andere geneesmiddelen zoals azathioprine en methotrexaat. In 2012 kwamen er echter opnieuw vragen over TNF- $\alpha$ -blokkers. Er waren aanwijzingen dat hierdoor een verhoogd maligneiteitsrisico ontstond. Dit werd min of meer voor kennisgeving aangenomen, gezien de 'potentieel sterke verbetering van de kwaliteit van leven'.<sup>105</sup>

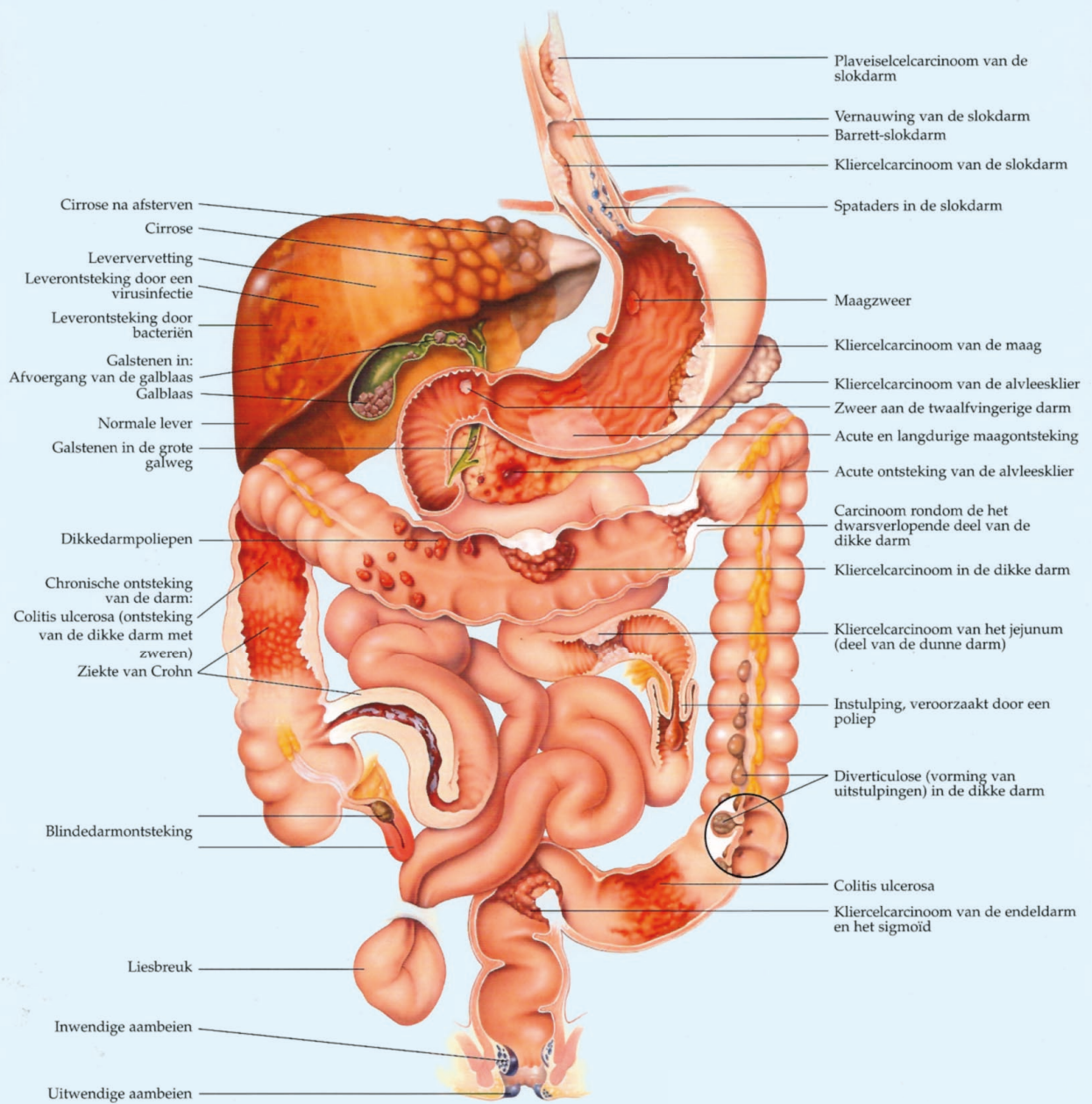
Er was nog een ander en groter wordend probleem en wel dat deze blokkers behoorlijk prijzig zijn en dat veel patiënten er baat bij kunnen hebben; behalve colitis- en Crohn-patiënten ook veel reumapatiënten. Voeg daarbij de andere frequent voorkomende chronische ontstekingsziekten waarbij een TNF- $\alpha$ -remmer geïndiceerd is, dan lijkt er een discrepantie te ontstaan tussen de kosten van dit wondermiddel en de overheid die, weliswaar met vallen en opstaan maar toch *coûte que coûte*, kostenbesparing in de gezondheidszorg wil doorvoeren.

### We zijn er nog steeds niet uit

De therapie-problemen bij zowel Crohn als colitis zijn niet helemaal opgelost. De nieuwe middelen kunnen vaak sneller en betere remissies bereiken, maar een terugkeer valt zeker bij Crohn niet te voorkomen. Voor patiënten blijft de TNF- $\alpha$ -blokker desondanks een 'zegen'. Ook bij deze kostbare behandeling kunnen echter ernstige bijwerkingen optreden. Dat is bij alle andere geneesmiddelen het geval, maar zo vaak als dit nu is verwoord in de vele geraadpleegde artikelen, is uitzonderlijk. Het is eigenlijk een teleurstelling dat deze ook hier optreden, maar toch zijn het voor patiënten fantastische producten. Recent onderzoek van de Crohn en Colitis Ulcerosa Vereniging (2012) naar de twee gangbare biologicals laten het effect daarvan zien. Er is een duidelijke verbetering aan te geven, de biologicals 'hebben een positieve invloed op het algemeen welbevinden' en 'de kwaliteit van leven stijgt van 4,2 naar 7,3 procent.'<sup>106</sup>

Tegenwoordig probeert men bij de behandeling eerst de actieve ziekte tot rust te brengen en tegelijkertijd met een onderhoudsbehandeling te beginnen. In tegenstelling tot vroeger jaren tracht de maag-darm-leverarts dat nu te bereiken met de zogeheten 'step-up'-methode. Dit houdt in dat als de verhoudingsgewijs eenvoudiger therapieën niet het beoogde resultaat leveren, men dan pas overgaat op de krachtiger therapieën.

# Aandoeningen van het spijsverteringskanaal



Bron: Wolters Kluwer Health: Inc. Lippincott Williams & Wilkins

Wij Juliana, bij de gratie Gods,  
Koningin der Nederlanden,  
Prinses van Oranje-Nassau, enz, enz, enz.

Beschikkende op de verzoekschriften ter bekoming van erkenning van de daarin genoemde, voor minder dan dertig jaren aangegane, verenigingen door goedkeuring van hare daarbij overgelegde statuten;

Gelet op de voorschriften der wet van 22 april 1855 (Staatsblad no. 32) in het algemeen en op art. 6, tweede lid, dier wet in het bijzonder;

Op de voordracht van de Staatssecretaris van Justitie van 1 oktober 1973, Hoofdafdeling Privaatrecht, Onderafdeling Rechtspersonen, nr. ver. 73.793;

HEBBEN GOEDGEVONDEN EN VERSTAAN:

de overgelegde statuten der navolgende verenigingen goed te keuren en deze verenigingen mitsdien te erkennen, te weten:

1. enz.

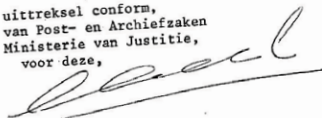
33. Nederlandse Vereniging voor gastro-enterologie, gevestigd te Utrecht.

Onze Minister van Justitie is belast met de uitvoering van dit besluit.

Soestdijk, 8 oktober 1973,  
(get.) JULIANA

De Staatssecretaris van Justitie,  
(get.) J.F. Glastra van Loon

Voor uittreksel conform,  
Het Hoofd van Post- en Archiefszaken  
van het Ministerie van Justitie,  
voor deze,



Heroprichtingsakte na de herziening van de statuten in 1973.

Bron: Archief NVMDL

## Deel II - Betwist specialisme 1941-1973

*Nog sterker dan voorheen wachtte de maagdamartsen in deze periode de 'bestaansvraag' van hun specialisme. De internisten, die sinds 1932 officieel als specialist waren erkend, kregen steeds meer moeite met de acceptatie van deelspecialismen, vooral het maagdarmspecialisme. In deze periode was een objectieve beoordeling van het maagdarmspecialisme door de internisten niet te verwachten. Dit had veel consequenties voor de praktiserende maagdamarts.*

*Zo was de behandeling van zijn patiënten in een ziekenhuis voor een maagdarmarts vrijwel niet mogelijk. Hierdoor daalde het aantal leden gestaag en leek het maagdarmspecialisme gedoemd te verdwijnen. Een eventuele 'volwassenwording' van het specialisme was voorlopig niet aan de orde. If you can't beat them, join them leek nog de enige oplossing voor de maagdarmartsen. Met als resultaat de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie (1973). Een koepelvereniging waarin maagdarmartsen, internisten, chirurgen en andere bij de gastro-enterologie betrokkenen, in een meer harmonieuze sfeer zouden kunnen gaan samenwerken.*

*Over het medische handelen bij maagzweer is weinig nieuws te vertellen. Op ander medisch terrein was dat er wel degelijk. De kennis kreeg vooral een impuls door nieuwe diagnostische mogelijkheden. De komst van de flexibele fiberscoop was de aankondiging van een revolutionaire verandering in beeld en beeldtechnieken. Een van de gevolgen daarvan was een toenemende belangstelling voor de lever en leverziekten. Dat zou echter pas na 1973 tot volle wasdom komen.*

*Een tweede belangrijke doorbraak lag op het gebied van de geneesmiddelen. Voor ernstige ziekten zoals colitis ulcerosa kwamen de eerste werkzame middelen. Vanwege de onvermijdelijke nadelige bijwerkingen vereiste de toediening daarvan specialistische kennis. Een maagdarmarts had die kennis. Nog meer invloed op het welzijn van patiënten met spijsverteringsziekten was de ontdekking van de relatie tussen gluten en coeliakie.*

*Medisch gezien gaven deze ontwikkelingen een voldoende basis aan het specialisme, in die jaren steeds meer aangeduid als gastro-enterologie. De in zijn praktijk wellicht wat gekwelde maagdarmarts had in ieder geval op medisch terrein wat te bieden.*



### ‘Somberste jaar ooit’ (Haak, 1940)

**Zo schreef de secretaris in het eerste jaar van de Duitse bezetting.<sup>1</sup> Niet wetende wat er nog in het verschieft lag, wachtte men ‘vol vertrouwen de eindbeslissing van dezen wereldbrand af.’ Op 12 mei 1940, nog vóór de oorlog officieel was beëindigd, kreeg maagdarmarts F.A. Schalij met het nieuwe bewind te maken. Als voorzitter van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunde (NMG) kreeg hij een ultimatum voorgelegd van G. Reuter, de Obermedizinalrat die door de Duitsers was aangesteld. Schalij gaf hem te kennen dat hij principieel tegen iedere inmenging was, wat hem op een gevangenschap van vijf maanden kwam te staan.**

Een aantal andere NMG-bestuurders geloofde echter dat zij door compromissen te sluiten konden voorkomen dat de bezettende macht de artsenwereld ‘nazificeerde’.<sup>2</sup> Nauwelijks twee maanden later legde een deel van de bestuurders zich neer bij de eisen die, op zijn zachtst gezegd, onethisch waren, anderen traden alsnog af. Het was een pikzwarte bladzijde in de geschiedenis van de NMG. Tekenend daarvoor waren ook de vele besprekingen over de ziekenfondsen in het eerste jaar van de bezetting, waarmee de NMG zich intensief bezighield. Met de instelling van de Artsenkamer in december 1941 werd de NMG, of wat daarvan over was (met een ingekrompen bestuur en nog maar weinig leden), ontbonden. Inmiddels hadden uitgetreden leden diverse acties in gang gezet om de Duitse verordeningen te boycotten, zowel individueel als in breder verband. Alle patiënten hadden recht op medische hulp, ongeacht hun ras, fysieke of geestelijke handicap. Dit artsenverzet leidde tot de oprichting van het Medisch Contact, een verzetsorganisatie die nog steeds in het geheugen van oudere artsen staat gegrift.<sup>3</sup>

De maatregelen om artsen te dwingen te handelen naar de nazi-ideologie werden steeds sterker voelbaar. NSB-ers ten slotte, namen bestuurstaken over en medici moesten zich laten inschrijven bij de Artsenkamer, wat met succes verreweg de meeste artsen weigerden. Altijd moest men beducht zijn voor verraad, want er waren altijd wel mensen die er geen moeite mee hadden om een dokter aan te geven die zich niet aan de nazi-regels hield. Ten gevolge van de oorlogsomstandigheden namen de tekorten aan voedingsmiddelen toe. Al in april 1941 werden de aardappels gerantsoeneerd, destijds het volksvoedsel bij uitstek. Dat dit nog veel erger kon, bleek in de hongerwinter van 1944/1945.

## Vereniging van maagdarmartsen

Vrijwel direct, in mei 1940, kwam ook het bestuur van de vereniging in aanraking met de gevolgen van de bezetting. In diezelfde maand overleed hun actieve bestuurslid dr. E.H.B. van Lier, of door oorlogshandelingen of omdat hij joods was. In de nadagen van de oorlog overleed dr. A. Lichtenstein in een Duits concentratiekamp. Beiden staan in het boek over Joodse artsen in Nederland. Door de omstandigheden gedwongen had Lichtenstein zich in het voorjaar van 1941 uit het bestuur teruggetrokken.

Hoewel de maagdarmartsen in oktober 1941 nog een vergadering hadden gepland, besloten zij deze niet te laten doorgaan. Net als andere wetenschappelijke verenigingen schreven zij geen vergaderingen meer uit, de instelling van de Artsenkamer haalde de laatste weifelaars over. Een enkele vereniging onderhield nog wel het onderlinge contact onder het mom van een ‘klinische les’.

## Maagdarmartsen dr. E.H.B. van Lier en dr. A. Lichtenstein

Voor de vereniging van de maagdarmartsen was het overlijden van Van Lier een schok. Hij was actief in het bestuur en hoorde tot de trouwste aanwezigen bij zowel de wetenschappelijke als de huishoudelijke vergaderingen. Secretaris Haak beschreef hem als gemoedelijk en uiterst kameraadschappelijk. In Utrecht, waar hij zich in

1915 als arts voor stofwisselingsziekten had gevestigd, kon men dit bijna niet aanvaarden, zo schreef zijn in memoriamschrijver. ‘Toen het gerucht werkelijkheid was geworden, moesten wij berusten in opstandige droefenis.’<sup>4</sup> Hij vervulde ook bij de plaatselijke geneeskundige kring veel bestuursfuncties. Niet alleen had hij ‘grote organisatorische talenten’, hij publiceerde veel in het *NTvG* op allerlei gebied: maagzweer, kanker, niet-onderkende dikke-darmklachten, vorming van suiker uit vet, proteïnetherapie, cardiospasmus, goedaardige darmvernaauwing, gezondheidsleer en nog vele andere onderwerpen.

Lichtenstein was van 1915-1921 officier van gezondheid bij het Koninklijk Nederlandsch-Indische leger (KNIL). Terug in Nederland specialiseerde hij zich van 1921-1924 in de interne geneeskunde in Amsterdam om daarna opnieuw voor zes jaar naar ‘de Oost’ te vertrekken. Daarna vestigde hij zich in Amsterdam als maagdarmarts, waar hij tevens consulent was van het Nederlandsch Israëlitisch Ziekenhuis. In 1943 werd zijn gezin opgepakt en naar Bergen-Belsen gedeporteerd. In het zicht van de bevrijding overleden Lichtenstein en zijn jongste zoon Alleen de oudste zoon overleefde het. Lichtenstein was een autoriteit op het gebied van de tropische geneeskunde, waarover hij veel publiceerde. Zijn uitgebreide onderzoek naar de ‘draadwormziekte’ (filariasis) was zelfs ‘één van de belangrijkste Nederlandse bijdragen op het gebied van de tropische geneeskunde’.<sup>5</sup>

## Maagzweren in oorlogstijd: voeding of ‘bacterieelen factor’?

De eerste vergadering na de oorlog was in mei 1946. Haak hield toen een voordracht over het zijns inziens veelvuldig voorkomen van maagzweren in oorlogstijd. Uit de discussie daarover wordt niet helemaal duidelijk of dat inderdaad zo was. Vervloet zag vooral een toename van zweren in de dunne darm, Boom stelde dat er meer maagzweren waren gevonden, maar later, ‘toen er nauwelijks meer gewerkt werd, namen de zweren in frequentie af. Den Weduwen zag zeker geen vermeerdering van “ulcusdragers”!’ De meest relevante oorzaak voor zweren was de veranderde voeding. Fermin én Haak wezen op de mogelijkheid dat er een toename *leek* te zijn. Om voor extra ziekenvoedsel in aanmerking te komen, moesten de patiënten intensief worden onderzocht. Dat trok niet alleen maagpatiënten aan, maar ook andere hongerende en verzwakte patiënten bij wie de zweren in normale tijden nooit zouden zijn ontdekt. Revers wees echter op een heel andere mogelijke oorzaak bij het ontstaan van zweren: de ‘bacterieelen factor’. De aanwezigheid gingen daar toen niet verder op in.<sup>6</sup>

Bij coeliakie was er tijdens de bezettingsjaren een duidelijke afname, en ook daar waren de maagdarmartsen op zoek naar een nog te ontdekken ‘factor’. Die zou in deze periode ook ontdekt worden (zie hoofdstuk 17). Of maag- en dunne-darmzweren toenamen is niet helemaal zeker, maar hier bleef de ‘alles oplossende factor’ voorlopig nog onbekend.

Voor de maagdarmspecialisten zouden de komende jaren niet soepel verlopen. Het kernprobleem waar alles om draaide, was dat internisten hun specialisme claimden. Dit leidde tot tegenwerking op elk gebied, zowel maatschappelijk als medisch. Dat was om te beginnen duidelijk aantoonbaar in de wijze waarop de vaststelling van de opleidingseisen verliep.

## Interne kwestie of meer toezicht door overheid?

### Kritische vragen

**In hoofdstuk 3 is opgemerkt dat in 1945 bij vrijwel alle opleidingen ‘de sluimerende vermoedens’ over aanzienlijke tekortkomingen terecht bleken. Er was een soort van ‘vriendendienst’ ontstaan bij de toekenning als opleider en daarmee zijn ziekenhuis. Een aantal opleiders en opleidingen had daardoor ten onrechte een bevoegdheid gekregen. (Het gebeurde overigens ook wel dat er zich geen enkele assistent bij die specifieke opleider aanmeldde.) De landelijke artsorganisatie (NMG) vond de opleiding een interne zaak, maar de diverse staatscommissies en ministeries die er vanaf 1946 bij waren betrokken, vertrouwden er niet helemaal meer op. Daadwerkelijke inmenging van de overheid in de opleiding was echter nog niet te verwachten.**

De kritiek kon niet binnenskamers blijven. Ook de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid kreeg te horen dat er wat schortte aan de specialistenopleiding. De Staatscommissie Hoger Onderwijs die zich bezighield met de herziening daarvan, concludeerde in 1946 dat bij de verbetering van het geneeskundig hoger onderwijs ook de specialistenopleiding moest worden betrokken. Daar bleef het voorlopig bij, tot de minister in 1949 opnieuw klachten kreeg over ‘vermeende onjuiste beoordelingen’. Een nieuwe staatscommissie, ‘Vorming en Erkenning van Medisch Specialisten’, moest onderzoeken of deze klachten terecht waren.<sup>7</sup> De commissie kwam met een alarmerend rapport. Zij vond het ‘noodzakelijk om de ongebreidelde vestiging dezer artsen *te beperken*, die vaak een speciale opleiding hadden gehad, welke als zeer onvoldoende kan worden gequalificeerd.’<sup>8</sup>

In de praktijk kwam de beoordeling van de bevoegdheid erop neer, dat je specialist was als de hoogleraar/opleider dat zei. Dat hoefde dan helemaal niet altijd volgens de regels te gaan, maar het is de vraag of dat altijd zo erg was. De ene opleider had bijvoorbeeld een heel andere mening dan de andere over het aantal gastroscopieën dat nodig was om daarin voldoende vaardigheden te kunnen opdoen. Voor de maagdarmsartsen was dit onderdeel echter belangrijk, omdat het één van de pijlers was waarop het specialisme berustte. De Specialisten Registratie Commissie (SRC) accepteerde dergelijke ‘toestanden’. Deze commissie moest heel behoedzaam manoeuvreren, want professor, opleider en geneesheer-directeur van het opleidingsziekenhuis lieten zich niets zeggen. Als zij iets zeiden, durfde niemand daar nog tegenin te gaan. Dat was ook niet verstandig, want dat kon tot repercussies leiden, zeker voor de assistent.

Een aantal opleidingsziekenhuizen voldeed evenmin aan de mysterieuze eisen van de Specialisten Registratie Commissie. Mysterieus omdat ze niet openbaar waren, maar gezien bovenstaande was het zeker dat zij globaal waren. Aan de andere kant was er nu ook weer niet zoveel verbeeldingskracht voor nodig om te kunnen inschatten of een ziekenhuis voldoende kennis en mogelijkheden bood voor een opleiding. De eisen van de Specialisten Registratie Commissie die wél op papier stonden, beperkten zich tot een specifieke afdeling die onder leiding stond van de desbetreffende (deel)specialist, en het benodigde aantal bedden. Het bleek dat dit evenmin een waarborg was voor kwaliteit. Sommige afdelingen Interne geneeskunde stonden bijvoorbeeld onder leiding van een interne specialist die daarvoor niet universitair was opgeleid.<sup>9</sup>

Jaar en aanstelling van de eerste docenten maagdarmsziekten			
	privaatdocent	lector	hoogleraar
Groningen	1905 Romkes	1959 Hellemans	1968 Veeger
Utrecht	1909 Steensma	1966 Ten Thije	1971 Ten Thije
Amsterdam <sup>1</sup>	1915 Schrijver	1965 Wiebenga	1971 Tytgat
Amsterdam <sup>2</sup>			1977 Meuwissen
Leiden	1952 Wiebenga	1953 Haex	1972 Haex
Nijmegen		1974 Van Tongeren	1990 Jansen <sup>3</sup>
Rotterdam			1988 Schalm <sup>4</sup>
Maastricht			1990 Stockbrügger

1) Amsterdam Binnengasthuis (UVA)

2) Amsterdam (VU)

3) J.B.M.J. Jansen

4) In het bijzonder hepatologie (vanwege de Rotterdamse Leverstichting)

De eerste wetenschappelijke vereniging die de opleidingsproblemen ging aanpakken, was de Vereniging voor Heelkunde. In 1948 benoemde zij een visitatiecommissie voor de opleidingsziekenhuizen. Daarnaast publiceerde zij een lijst met voorwaarden waaraan opleiders, ziekenhuizen en assistenten moesten voldoen. Het gebeurde niet eens zo vaak, maar van tijd tot tijd registreerde deze commissie een onvoldoende voor een opleiding. Omdat dit niet geheim kon worden gehouden – en vooral ook nu er wettelijke maatregelen leken te komen – wilden alle belanghebbenden over de opleiding gaan meebeslissen. Behalve de inmiddels tot KNMG bevorderde artsenorganisatie en de Specialisten Registratie Commissie betekende dat inmenging van hoogleraren, faculteiten, ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen. Omdat de betrokkenen allemaal andere belangen hadden, werd ook dit een langdurige kwestie, maar in 1961 waren de deelnemers het dan toch eens over het nieuwe beleid. De artsenorganisatie moest haar zeggenschap voortaan delen met de overheid en de medische faculteiten. Op papier was er nu meer geregeld, in de praktijk bepaalde de opleider nog naar eigen inzicht of de assistent-in-opleiding voldoende kennis en vaardigheden had opgedaan om als specialist verder te mogen gaan.

Het belangrijkste orgaan in de vernieuwde opzet van de specialistenopleidingen was het Centraal College voor de Erkennung en Registratie van Medisch Specialisten (voortaan: Centraal College). Dit was een breed samengestelde organisatie met vertegenwoordigers van de faculteiten, de KNMG en enkele door de minister benoemde adviserende leden, dit alles onder auspiciën van de artsenorganisatie. De wetenschappelijke verenigingen kregen een adviserende taak waarvoor zij een concilium benoemden. Een aantal wetenschappelijke verenigingen had dat al, de maagdarmartsen stelden in 1957 het Concilium Gastroenterologicum in (de toevoeging Neerlandicum is van latere datum). De Specialisten Registratie Commissie werd de uitvoerende instantie, die onder meer de visitaties ging regelen. Enkele bestuursleden, de vertegenwoordiger in de Specialisten Registratie Commissie en een 'toegevoegd lid' vormden zo'n visitatiecommissie. In 1961 begon het Centraal College aan zijn taak. Het moest nog wel allemaal wennen.

## Theorie en 'werkelijkheid'

De visitatiecommissie Gastro-enterologie van de maagdarmartsen (1962) week in de praktijk ongetwijfeld nog af van de 'officiële' regels. In het recente interview met dr. J. Kreuning zei zij daarover: 'Ze kwamen weleens kijken.' Sterker nog, zij dacht dat er helemaal geen opleidingseisen waren. Dat is wel wat sneu voor de aanzienlijke inspanningen op dit gebied van een aantal maagdarmartsen, zoals dit verderop nog ter sprake komt. Dat was allemaal nog in de periode waarin docenten van de medische faculteiten dachten dat 'daarbuiten' de kennis niet *up to date* kon zijn. Visitatiecommissies hadden het dan ook moeilijk. Als zij al streng wilden optreden, konden zij er bij een aantal opleidingen zeker van zijn dat die kritiek niet werd geaccepteerd. Zolang de beoordeling of de assistent voldoende kennis en ervaring had verworven nog voor een groot deel afhankelijk was van de mening van de opleider, was er in

ieder geval geen sprake van uniformiteit. Ook dat verdween voorlopig niet, zo bleek uit gesprekken met twee voormalige opleiders. Of een assistent destijds 'voldoende' ervaring met bijvoorbeeld gastroscopisch onderzoek had opgedaan, hing af van wat de opleider onder 'voldoende' verstond. Dat varieerde tussen de veertig en honderd, waarvoor vijftig op den duur de norm zou moeten zijn. Volgens prof. dr. C.L.H. Majoor (Nijmegen) leek ook veertig niet eens haalbaar. Ook dat aantal was nog meer theorie dan werkelijkheid. Het leek erop dat een benodigd aantal tijdens de opleiding niet echt een *item* was. Joke Kreuning: 'Hoe dat ging? Van Gelder [internist, Apeldoorn] heeft het mij geleerd. Zo gaat de scoop erin, zo doe je het maar.'<sup>10</sup> En dan ging je gewoon aan de slag, met in die jaren nog de starre scoop, want de eerste meer flexibele voldeed niet echt. Andere deelspecialismen zou dit vertrouwd in de oren kunnen klinken. 'Ach, je vestigde je en dan vroeg je wel aan een collega hoe dat moest.' Duidelijk is dat men in de praktijk de voorschriften nog niet zo nauw nam, er waren allerlei varianten op mogelijk. Het ging echter wel steeds beter. Zo moest in 1967 een aanstaande maagdarmarts van dr. N. Hellemans (Groningen) zijn opleiding eerst nog aanvullen met een 'vijf maanden gerichte gastro-enterologische opleiding'.<sup>11</sup>



N. Hellemans (rechts), na ontvangst van de Dicke-medaille in 1968 in Noordwijk, wordt gefeliciteerd door prof. dr. Jan DeGroot uit Leuven. | Bron: ArchiefNWGE

Of de opleidingen door deze maatregelen in het algemeen genomen zoveel verbeterden? Leerdoelen, toetsing en nascholing kwamen nog nauwelijks aan bod. In 1967 kreeg opnieuw een staatscommissie de opdracht de opleidingen te beoordelen. In datzelfde jaar kwam het Centraal College toen met zijn 'grondwet', met strengere eisen aan opleider, opleiding, ziekenhuis en assistent. Voortaan moesten concilium en opleiders uitgebreide visitatieformulieren invullen. De visitatiecommissie beoordeelde de aanvragen voor de erkenning van opleider en opleidingsziekenhuis; ook de eisen daarvoor waren nu uitvoerig beschreven. Maagdarmartsen in opleiding gingen naar één van de universiteitsklinieken waarvoor een lector was aangesteld óf met een interne afdeling met een aantal bedden gastro-enterologie. Een enkele maagdarmarts vulde zijn kennis nog aan in het buitenland. Hellemans bijvoorbeeld, ging drie maanden naar de universiteitskliniek in Erlangen, O.J. ten Thije had 'een zeer stimulerend onderzoeksjaar' in Philadelphia.<sup>12</sup> H.W. Schiffer ging eveneens naar Erlangen om daar experimenteel onderzoek te doen. Een sterke stimulans voor meer uniforme en adequate opleidingen was de harmonisering van de opleidingen door in eerste instantie de Europese Economische Gemeenschap (EEG) en vervolgens de EU (zie hoofdstuk 18).

## 'Zoveel wetenschappelijke, praktische, economische en ethische kanten'

De opleiding en de opleidingseisen moesten steeds opnieuw worden herzien. De maagdarmartsen besteedden er nu ook duidelijk meer aandacht aan. Zij moesten uitgebreide voorwaarden opstellen met eisen aan opleidingsduur, opleider, opleiding en ziekenhuis. Qua tijdsinvestering vielen de visitaties nog wel mee, want de animo voor het specialisme was gering.

Nog in hetzelfde jaar dat de ledenvergadering van de maagdarmartsen een concilium benoemde (1957), kwam deze met een rapport om de opleiding voor toekomstige maagdarmartsen te 'concretiseren'. 'Zo heeft ook onze vereniging van maagdarmartsen herhaaldelijk met dit zo moeilijke en ingrijpende probleem dat zoveel wetenschappelijke, praktische, economische en ethische kanten heeft, te doen gehad.'<sup>13</sup>

Met dit zo 'moeilijke probleem' verwees het concilium naar het probleem dat een algemeen arts óók bevoegd was tot dit onderdeel van de geneeskunde. Zij wisten toen nog niet dat dit een profetische vooruitblik was voor hun maagdarmspecialisme. Er wachtte nog een lange weg naar erkenning, omdat nu het laatste woord daarover in principe aan het Centraal College was. En dat antwoord liet op zich wachten.

# Het Centraal College en het specialisme gastro-enterologie

## Zwaard van Damocles

Opleidingsvraagstukken konden wellicht weleens wat irritant zijn, maar zij waren van een heel andere orde dan de vragen over het bestaansrecht van het specialisme. Jarenlang bungelde dat als een ‘zwaard van Damocles’ boven het maagdarmspecialisme.

De Specialisten Registratie Commissie had het maagdarmspecialisme in 1931 en in 1947 erkend. Ook ging zij in 1959 akkoord met de opleidingseisen voor het specialisme die het concilium in 1957 had ingediend. Zij waren echter nog niet door het Centraal College bekrachtigd, de maagdarmartsen moesten eerst enige zaken verduidelijken.<sup>15</sup> Het College vond dat het begrip stofwisselingsziekten te vaag was omschreven. Dat leek eenvoudig te verhelpen, maar waarom moest dat eigenlijk? Mede op aanwijzing van de maagdarmartsen had het College toch besloten dat deze ziekten inmiddels buiten het terrein van de gastro-enteroloog lagen? Ditzelfde College had toen ook opgemerkt dat ziekten van het spijsverteringskanaal een betere benaming was voor het specialisme. Verder vond het College dat röntgenologie verplicht moest worden, de gastro-enterologen hadden dat als facultatief hadden aangemerkt. De, toen onverwachte, ‘bestaansvraag’ had het College voor het laatst bewaard: vóór alles moesten de gastro-enterologen ‘het nut en bestaansrecht van de gastro-enterologie als zelfstandig deelspecialisme in Nederland [...] bewijzen.’<sup>16</sup>

Al spoedig wees alles erop dat het College helemaal geen maagdarmspecialisme wilde. De ‘bestaansvraag’ zou de gemoederen jarenlang bezighouden. Het mondde uit in repeterende vragen van het College en repeterende antwoorden van de maagdarmartsen. En elke keer opnieuw zagen laatstgenoemden reden voor optimisme. ‘Het lijkt [...] verheugend, dat het Centraal College het nodig heeft geoordeeld de Vereniging uit te nodigen [...] voorstellen in te dienen’, schreef secretaris Veeger in het jaarverslag van 1966. Het College maakte bij dit alles niet direct de indruk onpartijdig te zijn.

Behalve onderstaande eisen waren er nog een enkele aan de opleiders, de onderlinge samenwerking, de patiëntbesprekingen *etcetera*, en veel aan de inrichting, accommodatie en voorzieningen van de opleidingsziekenhuizen.

### De sfeer was niet altijd even prettig

In 1963 konden de afgevaardigden van de maagdarmartsen niet op een door het College voorgestelde datum voor een bespreking aanwezig zijn. Zij verzochten dus die afspraak te verzetten. Dat kon niet. ‘Het College wenste de datum niet te veranderen, indien u niet aanwezig kunt zijn zal het College het voorstel tot wijziging in de opleiding maagdarmspecialisme behandelen zonder gedachtenwisseling.’<sup>14</sup>

Opleidingseisen 1947-1973			
1947	1959	1960	1973
-	GE-afdeling	GE-afdeling	GE-afdeling
5 jaar inclusief 1 jaar GE	5 jaar inclusief 1 jaar GE	5 jaar inclusief 1 jaar GE ½ jaar röntgen	5 jaar 2½ jaar Interne 2½ jaar GE <sup>1)</sup>
md-arts of geregistreerd internist	md-arts of geregistreerd internist	md-arts of geregistreerd internist	md-arts of geregistreerd internist
-	20-25 bedden	20-25 bedden	10 of meer bedden 120 opnames
-	40 gastroscopieën	40 gastroscopieën onder toezicht	40 gastroscopieën onder toezicht

1) In de praktijk was dat vijf jaar Interne. | Bron: Notulen archief md-artsen

## Wetenschappelijke of 'domein'belangen?

### Nutteloze besprekingen over bestaansrecht gastro-enterologie

Dat verliep als volgt. Nadat het bestuur eind jaren vijftig de op- en aanmerkingen van het Centraal College had doorgevoerd, ging het ervan uit dat gastro-enterologie 'volledig als deelspecialisme was erkend.' Toen deze kwestie in 1963 opnieuw op de agenda van het College stond, wachtte hen dan ook een verrassing. Dit wilde alweer dat de maagdarmartsen aantoonden dat hun vakgebied een specialisme was. Eerst moesten zij concrete en gedetailleerde voorstellen voor het specialisme indienen. Mede vanwege de algemene problemen die internisten ondervonden door de komst van deelspecialismen, bleef deze kwestie een tijd liggen. Toen het College de besprekingen in 1966 weer hervatte, zag het bestuur dit 'als verheugend'. Het bleek dus toch mogelijk dat zij uit die hoek geen sombere geluiden te horen kregen.<sup>17</sup> Eindelijk was de weg vrij naar een blijvende erkenning van 'ons specialisme'. Maar, zo waarschuwde de afgevaardigde bij de Specialisten Registratie Commissie, maagdarmarts Hellemans, het zou niet gemakkelijk worden. 'Groepen internisten' zouden het bestaansrecht aanvechten. Hij voorspelde dat de gastro-enterologen nog 'een zware strijd' wachtte.<sup>18</sup> Hij kreeg meer dan gelijk. Vanaf die tijd liepen de gesprekken tussen het Centraal College en de vertegenwoordigers van de maagdarmartsen steeds weer uit op het 'discutabel stellen van ons specialisme'.<sup>19</sup>

Leden van het Concilium Gastroenterologicum (voortaan: concilium) reisden daarom nogal eens naar Amsterdam (waar destijds het hoofdkantoor van de artsenorganisatie was gevestigd) om het College opnieuw uit te leggen dat maagdarmziekten een specialisme was dat al sinds 1913 bestond en dat er geen enkele wetenschappelijke reden was om die status te wijzigen.

### Het College wil een 'gedachtenwisseling'

Een 'gedachtenwisseling' klonk positief, maar het College bleef hardnekkig vasthouden aan het eigen standpunt. Welke argumenten de maagdarmartsen ook aandroegen, het bracht hen geen stap verder. Ook niet in 1968, toen Hellemans, Schreuder en Veeger weer naar Amsterdam togen om de 'vraagpunten' van het College te beantwoorden.

## 1968, maagdarmartsen opnieuw in de verdediging

De voorzitter van het College opende de vergadering weinig uitnodigend. Hij wilde 'beginnen met een mogelijk als zeer agressief aandoende vraag en wel waarom maag-darm-ziekten een afzonderlijk specialisme moet zijn.' 'Daarmee hangt dan onmiddellijk de vraag samen of een opleiding maag-darmziekten alleen gegeven kan worden door maag-darmartsen of ook b.v. door internisten. Haematologie en nefrologie hebben die status toch ook niet?' Dat was op zichzelf wel zo, maar die vergelijking ging hier niet op; volgens Veeger voelden die specialisten zich allang geen internist meer.

In 1964 had Hellemans het College op dezelfde vragen al uitgebreid geantwoord, hij herhaalde nu nog maar eens zijn standpunt. Het specialisme dankte zijn bestaansrecht alleen al aan zijn lange voorgeschiedenis. Hierdoor hadden maagdarmartsen op elk onderdeel van het specialisme kennis en ervaring opgebouwd. Bovendien wees de praktijk uit dat zij een wezenlijke bijdrage aan de opleiding leverden. De huidige situatie was dat hoogleraren interne geneeskunde geen specifiek onderwijs meer in gastro-enterologie gaven en dat de 'grote klinieken een gastro-enteroloog willen.' Geacht wordt dat het College alle deelspecialismen op dezelfde manier voor de erkenning behandelt, schreef Hellemans. Daar zag het echter niet naar uit.

## Het College verwacht van uw kant nieuwe voorstellen<sup>20</sup>

Een jaar later vroeg het Centraal College opnieuw of de diagnostiek en behandeling van de maagdarmsziekten niet kon worden toevertrouwd aan algemeen specialisten. Ook daarna bleek het bestaansrecht nog niet verzekerd, de praktijk was nog weerbarstiger dan gedacht. Zo sprak Ten Thije in 1976 over de 'overval' van het College, dat wilde voorstellen 'gastro-enterologie terug te brengen naar de interne geneeskunde.'<sup>21</sup>

In die tussentijd waren er wel een paar maagdarmsartsen opgeleid volgens de eisen van 1959, die herzien waren in 1963 en 1968. Deze waren weliswaar niet officieel bekrachtigd, maar zij voldeden aan de eisen van de Specialisten Registratie Commissie, inclusief de eis dat daarvoor in de universitaire ziekenhuizen een afdeling van het deelspecialisme moest zijn. Rond 1970 waren dat er vier (Groningen, Utrecht, Leiden en Amsterdam).

Uit het gedrag van het College valt op te maken dat internisten een probleem hadden waarvoor zij geen oplossing wisten te vinden. Nog afgezien van eventuele materiële gevolgen confronteerde de komst van deelspecialismen hen wellicht met een aanslag op hun autoriteit. Dat dit niet zonder slag of stoot ging, is begrijpelijk. Het bestuur van de internistenvereniging had in 1959 contact opgenomen met de besturen van die deelspecialismen. Toch leverden dergelijke initiatieven evenmin een tastbaar resultaat op voor de erkenning van het vakgebied.<sup>22</sup>

### Negatieve opvattingen in eigen 'kring'

Of de mislukte pogingen om het vakgebied als specialisme te kwalificeren uitsluitend op rekening van het College was te schrijven? De opstelling van Haex deed aan de acceptatie daarvan evenmin goed (zie onder meer 'Het vaak onjuiste predicaat' in dit hoofdstuk). Want hoe kun je met succes het bestaansrecht van je specialisme verdedigen als de voorzitter van je vereniging daartegen is? (Zie quote Mulder op volgende bladzijde.) En als ook andere collega's – waaronder mevrouw Kreuning – aangaven dat dit buiten de universitaire wereld, in 'de periferie', helemaal niet nodig was? 'Ik blijf erbij, dat kunnen internisten ook!'

Nu was die periferie in de universitaire wereld altijd al erg groot. Het Sint Antonius Ziekenhuis bijvoorbeeld, was bepaald geen periferie (Utrecht, Nadorp), het Gemeente Ziekenhuis (Arnhem, Schalm) evenmin. Beide hadden onder andere een volledige opleiding tot internist.

## Moeder- en deelspecialismen

### Gevolgen voor de kwaliteit van de internistenopleiding?

Met zijn standpunt verloochende het College niet alleen zijn veronderstelde objectiviteit, de maagdarmsartsen wezen ook op de negatieve gevolgen daarvan voor de interne opleiding. Op hun eigen opleiding hadden de maagdarmsartsen geen kritiek – of zij hielden dat binnenskamers. Dat was alleen al af te leiden uit de 'stijging van het aantal lectoraten waarvan er nu vier zijn.'<sup>23</sup> Niet-universitaire opleidingen gastro-enterologie waren er nog niet. Bij de internisten wel en op die opleidingen hadden de maagdarmsartsen veel kritiek. Door de 'bestaansrechtproblemen' en de tegenwerking in de ziekenhuizen waren er steeds minder maagdarmspecialisten. Dat had nu ook consequenties voor de internistenopleiding.

Door het kleine aantal gekwalificeerde gastro-enterologen waren er interne opleidingen waarbij niet een gastro-enteroloog was betrokken. Oorspronkelijk waren de internisten in de desbetreffende ziekenhuizen, achteraf gezien, nog redelijk gastro-enterologisch geschoold. Het waren vooral de oudere internisten die een achterstand hadden in de kennis van dat vak. En het was voor hen ondoenlijk dat grote specialisme gedurende dertig jaar optimaal uit te oefenen.<sup>24</sup> Mede door het beleid van het Centraal College kregen deze algemeen internisten geen stevige basiskennis in de gastro-enterologie. Zelfs het aandragen van wetenschappelijke argumenten bleek vergeefse moeite.



Dat kwam vooral door de ‘tegenkrachten’ die veel sterker waren dan die van de interne deelspecialisten. Toch liepen alle deelspecialismen tegen deze problemen aan. De onrust die daardoor was ontstaan, was zo groot dat het Centraal College in 1964 besloot een commissie in te stellen om de ‘betrekkingen tussen de inwendige geneeskunde en de deelspecialismen te onderzoeken’, de zogenaamde commissie Majoor. Of de ‘brandbrief’ van de Rotterdamse ‘hartartsen, longartsen en maagdarmartsen’ aan de Landelijke Specialistenvereniging (LSV) daaraan bijdroeg, lijkt niet zeker. Zoals wel was te verwachten, was ook daarmee het probleem voor de gastro-enterologen voorlopig niet opgelost. Volgens Hellemans *cum suis* was er in grotere ziekenhuizen ‘vraag naar specialisten met een grondige gastro-enterologische scholing, die in de staf samenwerken met internisten en andere deelspecialismen’. Deze maagdarmartsen bedoelden daarmee nadrukkelijk *niet* de ‘internisten met een aantekening’, die door veel internisten werden gepromoot als dé oplossing voor de problemen.

## Specialist met aantekening, ‘een machtig hulpmiddel’?

De komst van deelspecialismen in de interne geneeskunde leidde in de loop van de jaren zestig tot een onbevredigende situatie. Deelspecialismen konden misschien wel nodig zijn om een verantwoorde en optimale uitoefening van de geneeskunde te kunnen bieden, maar de internisten hadden tijd nodig om daaraan te wennen. Geleidelijk groeide bij hen het besef dat deelspecialisatie een gegeven was, en dat er voor internisten een taak was weggelegd als ‘hoedster van het moederspecialisme’.<sup>25</sup>

Het rapport van de commissie Majoor verscheen in 1966. De voorkeur leek uit te gaan naar het systeem van ‘internist-met-aantekening’. In de visie van Lindeboom (tevens lid van het Centraal College) was dat ‘een machtig hulpmiddel [...] en dat niet aarzelend en noodgedwongen, maar als een royaal aanvaarde, volkomen legitieme figuur, welk in een gewijzigd bestel een belangrijke rol speelt’.<sup>26</sup> Toen de commissie Majoor aan het werk ging, liet Hellemans echter de geheel andere mening van de gastro-enterologen daarover weten.

*Men hoedde zich voor de veronderstelling, dat de beschikbaarheid over een aantal internisten met speciale technische vaardigheid een volwaardige opleiding tot een deelspecialisme garandeert.*<sup>27</sup> (Hellemans, 1964)

Een internist-met-aantekening loste de problemen helemaal niet op. De patiënt zou dan kunnen denken dat een internist die geen aantekening had, onvoldoende kennis had. Een ander gevolg was dat een internist met aantekening dan in de praktijk een deelspecialist was met een aantekening *interne* geneeskunde. Dat kon toch zeker niet de bedoeling zijn? Aan specialisatie viel niet te ontkomen. De verhouding moeder–deelspecialisten moest berusten op erkenning en gelijkwaardigheid én op het inzicht dat differentiatie de interne geneeskunde stimuleert. Van de kant van hoogleraren was echter nog steeds niet veel steun te verwachten:

*De psychologie van sommige “Hoogleraren”, die moeilijk afstand doen van wetenschappelijke autoriteit.*<sup>28</sup> (Mulder, Leiden 1967)

In het rapport van de commissie Majoor werd gastro-enterologie niet eens genoemd. En dat terwijl Hellemans één van de commissieleden was en dat het rapport volgens Majoor in ‘voortdurende samenspraak’ was opgesteld.<sup>29</sup> Hellemans was nog steeds optimistisch, hij meende dat nu ‘ons bestaansrecht als vaststaand [is] aangenomen’.<sup>30</sup> Hoe de Amsterdamse prof. dr. G.A. Lindeboom (VU) over de deelspecialismen dacht, was wel duidelijk. In zijn commentaar op het rapport repte hij evenmin over gastro-enterologie. Uit zijn samenvatting blijkt waarom. Hij stelde voor ‘de volledige deelspecialismen rheumatologie, gastro-enterologie en allergologie allengs te laten vervallen, en geleidelijk te vervangen door een aantekening bij het specialisme inwendige geneeskunde’.<sup>31</sup> Zijn collega in het Wilhelmina Gasthuis, prof. dr. P. Formijne, stelde ‘persoonlijk geen prijs op de komst’ van deelspecialismen. Majoor (die weleens als het meest trouwe ‘Borst-Kind’ werd betiteld) stond evenmin bekend als

voorzitter van deelspecialismen. Nog in de jaren zeventig wilde hij ‘cardiologen, longartsen, gastro-enterologen, reumatologen en allergologen’[...] ‘in overweging’ geven te onderzoeken of zij hun registratie als deelspecialist niet beter konden vervangen door die van internist. Hij was er desondanks wel van overtuigd dat deelspecialismen noodzakelijk waren. Maar dan het liefst beperkt tot de academische ziekenhuizen en dan ook nog als een ‘duidelijk onderdeel van het geheel’. Pas na zijn vertrek kwam er ook in Nijmegen meer ruimte voor deelspecialismen.

### ‘Het vaak onjuiste predicaat’

Ook Haex roerde zich in deze kwestie. Hij ‘onderscheidde internisten (de algemene specialisten), daarnaast superspecialisten in een deelgebied daarvan (met als kenmerk dat zij ook onderzoek deden) en dan nog “specialisten” die praktisch werkzaam waren, zoals de maagdarmartsen [...]. Die behandelde hun patiënten met het vaak onjuiste predicaat dat zij meer van maagdarmziekten op de hoogte waren dan internisten.’

Volgens Haex konden die patiënten ‘net zo goed door de internist [worden] behandeld.’ Hij maakte ook een uitzondering op een instrument als specialisatiegrondslag, iets wat verder toch vrij algemeen was aanvaard. In dit geval ging het om de gastroscopie, daar lag het volgens Haex heel anders. Die techniek gaf ‘onvoldoende rechtvaardiging’ voor de erkenning van gastro-enterologie als specialisme.<sup>32</sup>

## Orie, voorstander van deelspecialismen

Haex bleek meer een storende factor voor het specialisme, dan een verdediger ervan. En dat terwijl juist het maagdarmspecialisme dringend behoefte had aan ‘erkenning’ door hoogleraren en hoofden van de afdeling. De Groningse prof. dr. N.M.G. Orie nam het daarentegen in zijn commentaar op het rapport wél op voor deelspecialismen. Hij pleitte voor een splitsing, omdat de omvang van elk deelspecialisme veel te omvangrijk was geworden.<sup>33</sup>

## Stofwisselingsziekten, met name diabetes

Maagdarmartsen kregen overigens zelf ook met een afsplitsing van hun vakgebied te maken. In 1968 besloot het Centraal College om de combinatie met stofwisselingsziekten niet meer te erkennen. Bij de instelling van de Specialisten Registratie Commissie was het als specialisme in maag-, darm- en stofwisselingsziekten erkend. Internationaal combineerde men deze aandoeningen vaak ook met gastro-enterologie. Vooral de Rotterdamse maagdarmartsen bleken ‘bijzonder gekant tegen het laten schieten van de diabetesbehandeling’. Maar daar waren dan ook vijf van de negentien maagdarmartsen gevestigd en dat was toch wat veel. Deze ontwikkeling was echter niet meer tegen te houden. Het Centraal College had al in 1958 te kennen gegeven dat het specialisme stofwisselingsziekten niet bij gastro-enterologie hoorde. Het merendeel van het concilium van de maagdarmartsen was het daar toen mee eens, een verband tussen beide specialismen was er niet. Aan de andere kant was het zo’n klein specialisme dat het zowel financieel als qua werkzaamheden niet genoeg bestaansmogelijkheden bood. Bij de internist hoorde het volgens de maagdarmartsen evenmin, die ‘is reeds zo overvoerd met werk en problemen, dat het hem niet mogelijk is zoveel zorg aan wat moeilijk liggende gevallen van diabetes, schildklieraandoeningen e.d. te besteden als wenselijk is.’ Omdat een apart specialisme stofwisselingsziekten niet levensvatbaar kon zijn, meende het concilium dat het bij gastro-enterologie het best tot zijn recht zou komen. Dat wilde zeggen, ‘uitgezonderd voor die patiënten voor wie een behandeling in een der zeer sporadische endocrinologische centra wenselijk is.’<sup>34</sup> Hoewel *contre coeur* was het voor de gastro-enterologie toch ‘exit stofwisselingsziekten’.

Spreiding maagdarmartsen per provincie in 1957		
Groningen	Groningen	1
Gelderland	Apeldoorn	1
	Arnhem	1
Noord-Holland	Amsterdam	9
	Haarlem	1
Zuid-Holland	Den Haag	3
	Leiden e.o.	1
	Rotterdam	9
Noord-Brabant	Eindhoven	1
<b>Totaal</b>		<b>27</b>

Bronnen: Statistisch overzicht van de specialistische hulp over het jaar 1957 (Centraal Bureau voor de administratie der specialisten-honorering, Utrecht 1958); *Rapport over de behoefte aan specialisten in Nederland* ('Rapport Hornstra') (Utrecht, 1958).

NB Deze van andere gegevens afwijkende aantallen zijn het gevolg van de destijds geldende gewoonte dat specialisten in ruste als specialisten in het SRC-register vermeld bleven.

## Bestaansrecht gastro-enterologie

### Is gastro-enterologie nu wel of niet een specialisme?

Het antwoord daarop was in de ons omringende landen en in de Verenigde Staten en Japan niet moeilijk. In die landen was dit niet meer omstreden, daar nam de belangstelling voor gastro-enterologie in de jaren vijftig juist toe.<sup>35</sup> Dit uitte zich onder meer in de uitgave van medische tijdschriften op gastro-enterologisch gebied. Alleen in Duitsland was de situatie enige tijd hetzelfde als in ons land. Terwijl buitenlandse gastro-enterologen zich verder in hun vakgebied ontwikkelden, kampten hun Nederlandse collega's met problemen rond hun specialisme. Tijdens het internationale congres voor gastro-enterologie in Londen (1955) was het maagdarmarts dr. H.J.N. Dekkers opgevallen dat 'er in het buitenland veel werk op gastro-enterologisch gebied wordt verricht, meer dan wij in ons land gewend zijn, helaas.'<sup>36</sup>

### Twee soorten maagdarmartsen

Hellemans was het met Dekkers eens. Veelzeggend was zijn conclusie in de Nota van 1971, dat het niet viel te ontkennen dat de leden in woord en geschrift weinig bijdroegen aan een toename van de gastro-enterologische kennis.<sup>37</sup> Slechts 5 van de 18 leden waren daarvan uitgezonderd. Gastro-enteroloog D.M. van den Boomgaard, die deze geschiedenis beschreef bij het tachtigjarig jubileum van zijn vereniging, zei dit met een citaat van Haex krachtiger:

*Zij speelden geen enkele rol in de medische wetenschap in Nederland [...].  
Wat ze wel deden was thuis bloedsuikers zitten prikken en verder niks.<sup>38</sup>*

(Van den Boomgaard, 1993)

Kortom, een heel somber beeld, maar dit probleem was niet uniek. Min of meer hetzelfde gebeurde met de longartsen en de tuberculoseartsen van de consultatiebureaus. Deze waren door de SRC eind jaren veertig in een eenmalige actie allemaal als longarts ingeschreven. Tot groot ongenoegen van de 'echte' longartsen, omdat de kennis van deze tuberculoseartsen vaak beperkt was en in ieder geval verouderd.

Bij de maagdarmartsen waren er in die jaren veel (tien) ‘senioren’ in de vereniging, waar je niet zo erg veel van kon verwachten. Ook de barrière van ontoegankelijke ziekenhuizen werkte verdere specialisatie tegen. Daarnaast waren er nog drie van hen ambtenaar, waarvan men – wellicht onterecht – niet verwachtte dat zij een grote lijst met publicaties op hun naam zouden gaan zetten.

Praktiserende leden	20
70 jaar	6
60 jaar	4

Leeftijdsopbouw maagdarmartsen, 1 januari 1957.  
Bron: Instituut voor Sociale Geneeskunde, Utrecht 1958

Een veel positiever geluid komt van de onderzoekers R. Hornstra en J.H. Baaij van het Instituut voor Sociale Geneeskunde (1957). Zij vonden het ‘Opvallend dat van de 56 artsen die ooit in dit specialisme werden ingeschreven er niet minder dan 39 gepromoveerd zijn of waren.’ Zij registreerden ook dat het maagdarmspecialisme het enige specialisme was dat qua ledental achteruitging.<sup>39</sup>

Ook verder was het niet alleen maar getob. De kennis en werkwijze van een aantal maagdarmartsen zeggen welbeschouwd helemaal *niets* over het specialisme zelf. Dat sommigen daarover wat laatdunkend deden, doet tekort aan andere leden die wel degelijk gespecialiseerd waren in maagdarmsziekten. Deze specialisten worden nu meestal gastro-enteroloog genoemd. Terwijl de internist vooral ‘buikklachten’ deed, richtten de gastro-enterologen zich op het hele spijsverteringskanaal, met zo hier en daar een beginnende belangstelling voor de lever.



Remco van den Boomgaard (linksboven) in 1993 in Veldhoven bij de uitreiking van het jubileumboek. Op de voorgrond, zittend, Peter Soeters, staand in het midden Mark van Blankenstein en rechtsachter Otto ten Thije. | Bron: Archief NVGE/NVMDL



Omslag van het jubileumboek ter ere van het 80-jarige bestaan van de vereniging.



Otto ten Thije, sedert 1971 lector Maag-Darm-Leverziekten te Utrecht. | Bron: Archief afd. MDL-ziekten UMC Utrecht

Dit roept direct een volgende vraag op. Liep de gastro-enterologie in Nederland wel zo achter op de eerdergenoemde landen, of had men daarbij alleen de eerste categorie van maagdarmartsen in gedachten? Want in de loop van de jaren zestig ontstond langzamerhand een nieuwe generatie maagdarmartsen, Ten Thije voorop. In het voetspoor van Schrijver, Boom en vele andere actieve voorgangers, bliezen zij het specialisme geleidelijk nieuw leven in. Om uiteenlopende redenen waren zij nog niet met zoveel, maar ze vertegenwoordigden wél allemaal het specialisme gastro-enterologie.

## Prelude tot de 'wereld-van-de-scoop'

Na 1941 dienden de eerste nieuwe mogelijkheden voor het onderzoek van het hele spijsverteringskanaal zich aan. In dit hoofdstuk worden er een paar uitgelicht. Met nieuwe of vernieuwde methoden kon men daarmee bepaalde aandoeningen van de maag, lever en dunne darm diagnosticeren. Nog weer later kwamen deze ontwikkelingen in een stroomversnelling terecht.

### Gastroscoopie vóór de komst van de moderne fiberscopen

*De gangbare procedure in de praktijk was, bij velen, eerder een gastroscoopie te vermijden dan dit aan te bevelen.*<sup>40</sup> (Hirschowitz, 1989)

In de jaren vijftig was de Schindler-Wolf-gastroscoop, waarover in hoofdstuk 4 is geschreven, nog de meest gebruikte gastroscoop voor maagonderzoek. Deze bestond uit een stijf gedeelte met daarin het oculair (de lens) voor het beeld, dat in het flexibele deel via lenzen werd doorgegeven aan de gastroscopist. Op die weg konden afwijkingen ontstaan, buigingen in het onderzoeksgebied waren weer geen probleem. Om ook de 'zo uiterst belangrijke biopsie mogelijk te maken' was een zogenaamde operatie-gastroscoop ontwikkeld, met een afzonderlijk kanaal voor de buigbare biopsietang. Volgens maagdarmarts-gastroscopist dr. H.J.N. Dekkers (Amsterdam) was het 'zeer moeilijk' om met die tang te werken.<sup>41</sup> Veel navolging had dit nog niet; dat was ook niet te verwachten. Men stond toen met de techniek pas aan de vooravond van een niet-ophoudende stroom van vernieuwingen die elkaar in een steeds sneller tempo leken op te volgen. Deze vernieuwingen betekenden vaak een verbetering qua werkwijze, diagnostiek, therapie en vooral ook patiëntvriendelijkheid.



Eerste flexibele fiberoptische gastroscoop, ontwikkeld door B. Hirschowitz in 1955. | Bron: Wikipedia

### 'Het geheugen [...] geeft vaak onvoldoende antwoord' (Dekkers, 1956)

In de jaren vijftig moest een gastroscopist zich beperken 'tot een uitbeelding in woorden'. Hij had niets 'tastbaars', hooguit kon hij een gevonden afwijking later illustreren met een tekening. Omdat het beeld dat hij had gezien vervaagde, was het bij een volgend onderzoek moeilijk eventuele veranderingen op te merken: hoe waren bij het vorige onderzoek vorm en afmetingen van dit ulcus, deze poliep? Dekkers benadrukte daarom nog eens, dat 'men nooit de gastroscoop ter hand mag nemen voordat er een volledig klinisch en röntgenologisch onderzoek heeft plaatsgevonden.'<sup>42</sup>

### Voor het eerst op foto vastgelegd

De oplossing voor dit 'geheugenprobleem' was om de maag en eventuele afwijkingen daarin fotografisch vast te leggen. Dat moedigde instrumentmakers en onderzoekers aan tot het experimenteren met camera's. Al aan het eind van de negentiende eeuw had dit tot enig resultaat geleid. Duitse onderzoekers hadden foto's van de maag gemaakt

door een filmrolletje op het uiteinde van hun (starre) gastroscoop te binden. In 1898 publiceerden zij deze plaatjes. Het experiment was niet voor herhaling vatbaar, want door de langdurige belichtingstijd waren de ‘ongerichte’ foto’s van zeer slechte kwaliteit.<sup>43</sup> In de jaren dertig kwamen de eerste foto’s met beelden die de gastroscopist ook had waargenomen. De camera zat aan het beginpunt van de gastroscoop, buiten het lichaam dus. Schindler en anderen konden daarmee zelfs kleurenfoto’s maken. Dit leek een grote vooruitgang. De starre gastroscoop stond echter nog steeds bekend als gevaarlijk en de lamp kon ernstige brandwonden veroorzaken. Schindler en Wolf experimenteerden verder en het lukte hen ten slotte een semi-flexibele gastroscoop te maken. Een deel van het probleem was daarmee opgelost. (Hoewel de gastroscoop doorging als ‘de Schindler’, was de inbreng van Wolf zeker zo groot.) Nu waren er echter opnieuw problemen met de belichting; omdat het licht nu via lenzen moest worden overgebracht, leverde dat evenmin goede foto’s op (zie ook hoofdstuk 4 voor een beschrijving van de Schindler-Wolf-gastroscoop).

## Van zwart-wit naar kleur

Vanaf midden jaren vijftig kwam er meer vaart in de vernieuwingen. Het begon met een betere lichtbron, met flitslamp, generator, stroomgeleider (onderling verbonden met een hoogspanningsdraad!) en zo verder. Meestal ging dit nog om aangepaste Schindler-Wolf-gastroscoopen. Nadat de Japanse firma Olympus in 1955 een gastrocamera van hoge kwaliteit had ontwikkeld, waren er goede kleurenfoto’s te maken. De universiteitskliniek van Utrecht kreeg deze in 1958, waarover niets dan lof was te horen. Wiebenga, Ten Thije en andere collega’s waren enthousiast over de kleuren, die er precies zo uitzagen als wat zij in de maag hadden waargenomen. Het was ‘een merkwaardige ervaring’, want hun verwachtingen waren niet zo hoog gespannen geweest.<sup>44</sup> Dit was maar een begin. Vergeleken met de daarop volgende ontwikkelingen, met name in Japan, bleek er nog heel veel te kunnen verbeteren. Niet zozeer aan de camera zelf, maar door de bevestiging ervan aan de gastroscoop. De patiënt moest die scoop inslikken en zag daar erg tegenop. De komst van de fiberscoop was alleen daarom al een uitkomst.

## Dankzij glasvezel een flexibele gastroscoop

Bedrijven en onderzoekers probeerden ‘wereldwijd’ volledig flexibele gastroscoopen te construeren. Dat was te danken aan de ontdekking van de optische glasvezel door de Delftse ir. A.C.S. van Heel en, onafhankelijk van hem, de Britse wetenschapper dr. H.H. Hopkins en zijn toen nog student N.S. Kapany (die later nog veel van zich zou laten horen). Beiden publiceerden daarover in *Nature* (1954).<sup>45</sup> Ook wezen beiden op de mogelijkheden van glasvezel voor de geneeskunde: het was flexibel en de zeer fijne glasdeeltjes konden licht overbrengen door bijvoorbeeld een gastroscoop. Helemaal nieuw was deze ontdekking van glasvezel niet. En het was zeker niet de eerste en evenmin de laatste keer dat een uitvinder alle eer kreeg toegewezen terwijl iemand anders het principe daarvan al eerder had beschreven. In dit geval was het de student H. Lamm (München). In 1927 al had hij een model gemaakt waarbij hij licht via een glasvezel doorgaf. Hij liet dit aan Schindler zien.<sup>46</sup> Ook Wolf had al eerder geëxperimenteerd met glasvezel en een volledig flexibele gastroscoop gemaakt. Of hij daarbij voortborduurde op de vinding van Lamm, is niet bekend.

[...] *het inslikken van een zwaard.* (Hirschowitz over de Schindler-gastroscoop)

Het harde uiteinde van de Schindler-gastroscoop was voor velen een obstakel om dit onderzoek uit te voeren. Veel verder dan het begin van de maag kwam men niet. Dit correspondeerde met de situatie in Nederland, waar voor zover bekend alleen Wiebenga en Haex in de jaren vijftig met deze gastroscoop werkten. De gastro-enteroloog dr. B.I. Hirschowitz (University of Michigan Hospital) besloot in een reactie op de artikelen van Van Heel en Hopkins en Kapany (Londen) zelf een fiberscoop te gaan maken. Hij had ervaring met ‘de Schindler’ en met de beperkingen

ervan. Alleen een ervaren gastroscopist kon hier goed mee werken en dan alleen als hij een goede assistent had. Een ander obstakel was de 'anatomie' van de patiënt, die volgens Hirschowitz dezelfde moest zijn als de 'anatomie' van een zwaardslikker. Lang niet iedere patiënt voldeed aan deze indicatie.

*I took the instrument ánd my courage in both hands.*<sup>47</sup> (Hirschowitz, 1979)

## Hirschowitz en zijn fiberscoop

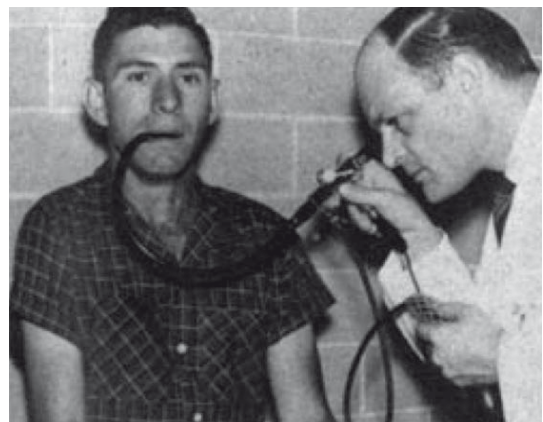
Nog in hetzelfde jaar dat in *Nature* (1954) de artikelen over glasvezel waren verschenen, reisde Hirschowitz naar Londen om dit te bekijken. De glasvezelbundel van Hopkins en Kapany was echter nog lang niet geschikt om als gastroscop te kunnen dienen. Dichter bij huis kon Hirschowitz echter profiteren van een interdisciplinaire, stimulerende universitaire omgeving (University of Michigan). Volgens hem waren er 'duizenden' onderzoekers bezig met de ontwikkeling van een fiberscoop, waarop vooral in Amerika al ettelijke patenten waren uitgeschreven. Samen met C.B. Peters (optisch-natuurkundige) en L. Curitts (student) 'knutselde' hij een apparaat in elkaar waarmee zij glasvezel konden maken. Na vele mislukkingen kregen zij in 1957 een fiberscoop waarvan de glasvezeloptiek werkte! Hirschowitz testte deze op zichzelf uit. Dit was in de negentiende eeuw niet ongevoel. Maar halverwege de twintigste eeuw was dat niet alleen bij een dergelijk instrument uniek, het getuigde ook van een grote gedrevenheid.

## Eind jaren zestig de eerste goede fiberscoop

In 1961 publiceerde Hirschowitz in *The Lancet* zijn aangepaste en volledig flexibele gastroscop.<sup>48</sup> Deze was wat veiliger en minder belastend dan een starre gastroscop en kon volgens de uitvinder ook in de twaalfvingerige darm komen.<sup>49</sup> Anderen betwijfelden dat, de fiberscoop was moeilijk te navigeren omdat er op het beginstuk nog geen controle was.<sup>50</sup> Ook dit instrument kreeg in de Westerse landen niet veel navolging. Omdat het merendeel van nieuwe instrumenten niet direct volledig voldeed, was dat een gangbare reactie. In Amerika was de ontvangst eveneens lauw, daar bleef men vooral trouw aan de Cameron Omniangle Gastroscope, één van de varianten op de Schindler-Wolf. Het lukte zelfs Kapany niet (inmiddels directeur van Optics Technology, California), hoofdzakelijk omdat daarvoor meer kennis van de anatomie nodig was. De mondiale zoektocht naar de 'perfecte' fiberscoop leidde slechts tot eenvoudige verbeteringen. Eind jaren zestig waren de beginproblemen voorbij. Met de standaard rechthoekige fiberendoscopen kon nu de pylorus worden gepasseerd en waren er geen navigatieproblemen meer. De beelden waren scherper, 'blinde vlekken' waren er niet meer.



Oorspronkelijke gastroscop van Hirschowitz in houten beschermdoos met bipteur erbij.  
Bron: Historical Research Center Digital Collections, University of Arkansas for Medical Sciences (<http://hrdigitalcoll.uams.edu>)

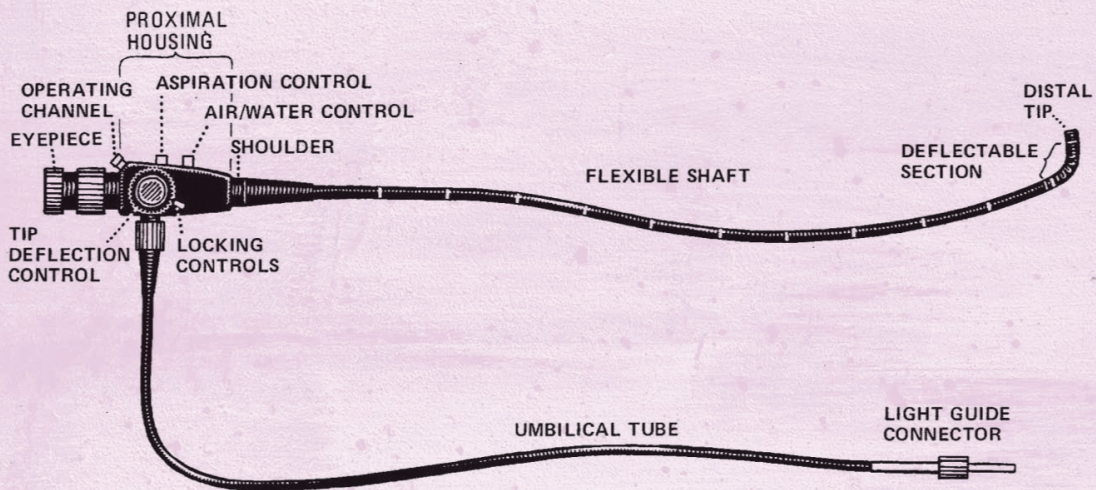


Basil Hirschowitz met zijn gastroscop aan het werk (1961).

Bron: Dittrick Medical History Center, Artifacts (Western Reserve University, Cleveland, Ohio, USA)

## Olympus: オリンパス株式会社

Voorheen waren precisie-instrumenten, waaronder camera's en lenzen, vooral van Duitse makelij. Nu begaven ook Japanners zich op dit terrein, waarbij met name Olympus doorbrak. Dat betekende niet dat andere landen geen instrumentarium leverden, maar op 'scooterrein', zoals fiberscoop en bronchoscoop, waren zij wel de eersten met superdunne uitvoeringen (rond 1975). Dat klinkt patiëntvriendelijker, maar volgens maagdarmartsen hing 'het ongerief' van dit onderzoek niet meer af van de dikte van de scope. Geleidelijk aan werd het onderzoek door deze 'minimalisering' niet alleen minder belastend, het werd ook eenvoudiger en kon vaker poliklinisch gebeuren.



Flexibele fiberoptische endoscoop (gastroscoop Olympus) omstreeks 1970, met beweegbare tip in 4 richtingen, zuig-, blaas- en spoelfunctie, alsmede een kanaal om biopten te nemen.

Bron: P.R. Salmon, *Fiberoptic Endoscopy* 1974, Pitman Medical Publishing Company, Londen, UK p 30



CF-T 20, de volledig flexibele fiberoptische Sigmoidoscoop van Olympus uit 1975, met biopsicanule in het biopsiekanal van de endoscoop. | Bron: Archief Olympus Nederland



Flexibele fiberoptische GIF-K20-gastroscoop van Olympus uit omstreeks 1975, met biopsicanule in het biopsiekanal van de endoscoop. | Bron: Archief Olympus Nederland



## Gastroscoopie in Leiden

Tijdens het zesde Internationale congres van de Europese organisatie voor gastro-enterologie (ASNEMGE, Leiden) in 1960, was Kapany een van de sprekers. Zijn glasvezelscoop moest hij nog op enkele onderdelen verbeteren, maar hij had nu al een veel hogere kwaliteit dan met traditionele gastroscoopen was te bereiken. Nog afgezien daarvan zou zijn fiberscoop nu ook delen van het menselijk lichaam kunnen onderzoeken die tot nu toe ontoegankelijk waren geweest. Wiebenga vroeg hem wanneer zijn fiberscoop in Nederland verkrijgbaar zou zijn. Kapany verwachtte dat het nog zo'n twee jaar zou duren. Toch bleef Wiebenga gedurende de jaren zestig, net als de andere Nederlandse gastroscoopisten, de voorkeur geven aan hun versies van de Schindler-gastroscoop.

Maagdarmarts Joke Kreuning (Leiden) noemde later de fiberscoop de redding van het maagdarmspecialisme. Het kan verkeren, want tijdens het interview dat zij in het kader van deze publicatie had, vertelde zij dat zij in de jaren zestig niet goed kon werken met de fiberscoop die de afdeling al heel vroeg had gekregen (1962). Zij deed dit daarom altijd met de semi-flexibele van Schindler. Zij gebruikte daarbij geen narcose en ja, het zal zeker geen pretje voor de patiënt zijn geweest! Haar afdeling beschikte verder nog over een stijve oesofagoscoop (slokdarm), een half-flexibele gastroscoop met biopsiekanaal, een laparoscopie en enkele stijve rectoscoopen.<sup>D</sup>

## Zonder fiberscoop geen maag-darm-leverartsen?

Toen de fiberscoop rond 1970 eenmaal was ingeburgerd, had dat onverwachte gevolgen voor de maagdarmartsen. Voorheen waren zij de gastroscoopisten, samen met de chirurgen. Maar nu kon iedere internist die er belangstelling voor had, dit doen en deed dat ook. Het was een volgende bron van onderlinge wroeging tussen internisten en maagdarmartsen. Vooral omdat dit onderzoek een steeds belangrijker onderdeel werd van hun praktijk. Veel meer zelfs: het was, zoals Joke Kreuning opmerkte, inderdaad de redding van het specialisme. Het werd duidelijk dat men met deze techniek op de drempel stond van een nieuw tijdperk met ongekende nieuwe technieken en mogelijkheden (zie hoofdstuk 27).

## Baanbrekende ontwikkelingen, dunne-darmbiopsie

### Omslagpunt in de dunne-darmbiopsie<sup>51</sup>

Ook de ziekelijke vormveranderingen van de dunne darm waren lange tijd een 'onderontwikkeld gebied'.<sup>52</sup> Sterker nog, omdat dit slijmvlies na het overlijden snel veranderde, was de kennis hiervan zelfs 'nihil' volgens maagdarmarts Helleman en patholoog-anatoom O.J. ten Thijsse (Groningen). Dat was vooral te wijten aan de ontoegankelijkheid van dit deel van het maagdarmpkanaal. De komst van perorale zuigbiopsiemethoden markeerde een omslagpunt op dit terrein.

Weefselonderzoek van het maagslijmvlies met een zuigapparaat bestond al, de eerste publicaties daarover waren in 1948 verschenen.<sup>53</sup> Erg gangbaar was dat onderzoek nog niet. In de jaren vijftig hadden alleen Wiebenga (Utrecht) en Haex (Leiden) er ervaring mee. De volgende uitdaging was om ook op die manier weefsel uit de dunne darm te verkrijgen. Dit lukte in 1956, toen dr. Margot Shriner (Londen) het zuigapparaat zo had aangepast dat er ook het eerste en middelste deel van de dunne darm mee was te bereiken. Was leverbiopsie in eerste instantie vooral gericht op hepatitis, bij dunne-darmbiopsie was dat vooral coeliakie. Theoretisch kon dat nu met dit instrument worden aangetoond, waarbij het vooral ging om kinderen.<sup>54</sup>

Margot Shriner deed dit onderzoek zonder enig probleem, voor anderen bleek het echter zo moeilijk dat het vaak mislukte. Een jaar later berichtten Amerikaanse onderzoekers dat zij met hun biopsietoestel de hele dunne darm konden bereiken.<sup>55</sup> Nog afgezien van het feit dat het onderzoek niet echt patiëntvriendelijk was, was het aantal mislukkingen groot; ongeveer een derde van de biopsies mislukte. Dat kon ook haast niet anders. Om te beginnen kwam dit door de lengte van de dunne darm (zo'n vijf meter), hetgeen duidelijk buiten het bereik lag van de 'gewone' endoscoop. Een nog groter obstakel vormden de vele kronkels in de dunne darm, waardoor ook

röntgen geen betrouwbare diagnose opleverde. Maar of dat nu zoveel uitmaakte? Huidige gastro-enterologen vragen zich af of biopten van de hele dunne darm überhaupt enig nut hadden. Voor de dagelijkse praktijk in ieder geval bepaald niet. Hoewel deze niet primair bedoeld was voor dunne-darmbiopsieën, minimaliseerde de dubbelballon-enteroscoop deze problemen, maar zover was het toen nog lang niet (2003).

Nog in de jaren vijftig kwam de eerste aanzet tot verbetering van het dunne-darmonderzoek, ingeleid door het apparaat van Crosby-Kugler. Deze ging verder de geschiedenis in als Crosby-capsule (1957). Hoewel ook Shiner een flexibel deel had (want anders kon het al helemaal niet), was dit een duidelijke verbetering. De flexibele slang vereenvoudigde ook het doorslikken. Maar toch was de Crosby-capsule nog niet ideaal. Het gebeurde nogal eens dat er helemaal geen biopt in de capsule terecht kwam. Niet zelden kwam het bij deze methode en de diverse varianten daarop voor, dat het mesje was 'afgegaan' voordat de capsule op zijn plaats was aangekomen of voordat het slijmvlies was aangezogen. De door Quinton verder geperfectioneerde biopteur kende dat probleem niet langer (1959).<sup>56</sup> Je kon daarmee nu ook controleren of er voldoende slijmvlies was verkregen. Bovendien konden endoscopisten daarmee in één sessie een 'schier eindeloos' aantal biopten nemen. Deze onderzoeken richtten zich niet meer alleen meer op kinderen, maar geleidelijk aan ook op volwassenen met coeliakie. In de jaren negentig werd het gebruikelijk om bij volwassenen dunne-darmbiopten 'onder zicht te nemen' tijdens een 'Upper Gastrointestinal-endoscopy', voor het onderzoek van slokdarm, maag en twaalfvingerige darm.

Duidelijk was dat de mogelijkheid om op 'eenvoudige wijze biopsiemateriaal' uit de darmwand te verkrijgen, 'een enorme stimulans betekende voor de ontwikkeling van de gastro-enterologie.'<sup>57</sup> Wat het geneeskundige belang van deze diagnostiek was, is te lezen in hoofdstuk 15.

## Maagdarmartsen en dunne-darmbiopsie <sup>58</sup> (Intestinal Biopsy Technique, IBT)



De verbeterde dunne-darmbiopteur volgens Crosby, met röntgenologische plaatsing van de biopteur voorbij het ligament van Treitz. | Bron: J.J. Misiewicz et al., *Atlas of Clinical Gastroenterology*, Vol 1, Glaxo-Roche, Londen, 1985

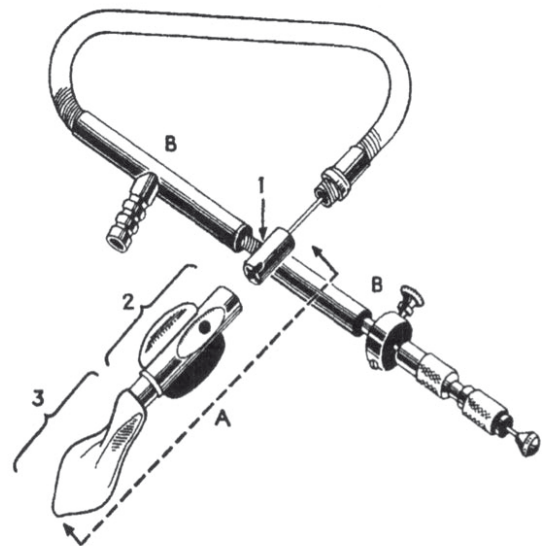


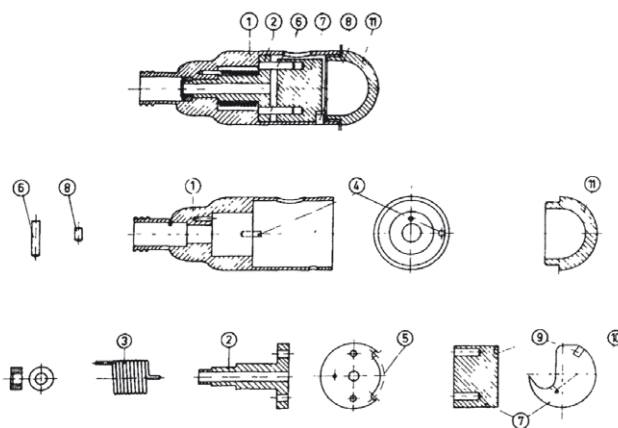
Fig. 1—Jejunal-biopsy tube. A, headpiece: (1) knife-cylinder; (2) biopsy head; (3) balloon. B, tailpiece, with lateral exhaust.

Dunne-darmbiopteur volgens Shiner. | Bron: Privéarchief dr. M. van Blankenstein

De klinische mogelijkheden voor darmonderzoek waren beperkt. Dunne-darmbiopsie zou dat kunnen verbeteren. Dat ook daarover de meningen eerst verdeeld waren, was min of meer normaal. Een eerste stap om meer duidelijkheid te krijgen was een symposium over afwijkingen van het darmslijmvlies bij coeliakie (1962), want het onderzoek van het verkregen weefsel had 'nog geenszins tot eensluidende resultaten geleid.'<sup>59</sup>

Nog maar nauwelijks waren er berichten over deze diagnostiek verschenen of Nederlandse medici, vooral diegenen in een academische setting, begonnen ermee. De nog niet helemaal naar volle tevredenheid werkende Crosby-

biopteur was aanleiding om eigen variaties te laten maken. De biopteur van J. Sebus (Utrecht MC) met medewerking van E.R. Coene, die bekend werd onder de naam Sebus-biopteur, loste die problemen op. Het werd de meest bekende Crosby-variant en niet alleen in Nederland, ook internationaal, nadat Sebus, Coene en de technicus Van der Bult een duidelijk geïllustreerd verslag daarover hadden geschreven in de rubriek 'New Inventions' van *The Lancet* (1964).<sup>60</sup>



Schematische tekening van de verbeterde dunne-darmbiopteur volgens Sebus en Coene. | Bron: *The Lancet*, 1964;283:5

Schalm (Arnhem) koos voor de Crosby-capsule-biopteur, evenals 'de Groningers' die daarmee in 1960 begonnen. Om betrouwbare gegevens te krijgen namen de maagdarmartsen Hellemaans, Veeger, de hematoloog Nieweg en anderen in het begin altijd op dezelfde plaats een stukje weefsel uit het jejunum. Daarnaast gebruikten zij een prepareermicroscop voor een snelle diagnose en om het slijmvlies zo te ordenen dat de patholoog dit kon onderzoeken. Dat ging volgens Veeger in de regel vlot, maar dan moest het wel steeds door hetzelfde team worden uitgevoerd.<sup>61</sup> Haex in Leiden prefereerde daarentegen zijn naar eigen inzicht aangepaste 'Quinton'. Want het inbrengen van de Crosby-capsule was volgens hem geen kleinigheid voor de patiënt. In Leiden nam men bovendien biopsien op verschillende hoogten in het darmkanaal, zo'n twee tot negen stuks, en dat alles zonder noemenswaardige belasting van de patiënt.<sup>62</sup> Daar mag je echter wel een vraagteken bij zetten.

## Dunne-darmbiopsie in Rotterdam

'Heel vroeger' mochten verpleegsters maar beperkt medische verrichtingen uitvoeren en zeker geen specialistische. Die situatie is volledig veranderd. In het Erasmus MC deden verpleegkundigen al vroeg zelfstandig de dunne-darmbiopsieën met de Quinton, waarbij zij ook de juiste plaatsing van de biopteur in het jejunum met röntgendoorlichting controleerden.

Het is om te beginnen vreemd dat die biopteur van Haex *cum suis* niet buiten Leiden werd gebruikt. Eén van de assistenten vertelde daarover: 'Nou, het zat eigenlijk zo dat het anderen niet lukte er biopsien mee te nemen. Wellicht was het een maandagochtendexemplaar?' Waardoor deze methode zoveel minder belastend zou zijn voor de patiënt is voor een buitenstaander niet duidelijk. Om de meest aangedane dunne-darmdelen bij coeliakie te kunnen vinden, moest de patiënt de slang inslikken die er langdurig in zou blijven zitten. Bij voormalige coeliakiepatiënten, bij wie het slijmvlies door een glutenvrij dieet was genezen, en daarmee de patiënt, druppelde Haex glutenfracties in het jejunum. De patiënten bleven Haex daarvoor zes weken (!) in zijn 'balansafdeling'.<sup>64</sup> Het waren wel 'vrijwilligers'. Overigens verdiepte het onderzoek van Haex *cum suis* in de jaren zeventig, tachtig, wel het inzicht in coeliakie. Daarover meer in hoofdstuk 17.

Nog steeds zijn biopsien van het duodenum een onmisbaar onderdeel voor de diagnostiek. De methode van Quinton, al dan niet in aangepaste uitvoering, is nog niet eens zo lang geleden obsoleet geworden. Want het begin van de nieuwe eeuw had een complete omwenteling op dit diagnostische deelgebied in petto (videocapsule, dubbel-ballonenteroscopie en nog veel meer). Het legde een heel nieuw en breed onderzoeksveld bloot. Daarmee moest ten slotte óók de zo moeilijk toegankelijke dunne darm een deel van zijn geheimen prijsgeven.



De multiple biopteur van Haex in onderdelen. Bron: Mark van Blankenstein

## Voorgeschiedenis leverbiopsie

*Zonder proefpunctie-naald zou men geen geneeskundige praktijk meer kunnen uitoefenen.*<sup>65</sup> (Pel, 1907)

### De eerste puncties/biopsiën

In zijn geschiedschrijving van de diagnostiek ging Pel een halve eeuw terug, naar de tijd van 'waarneming der ziekteverschijnselen met ongewapende zintuigen'. Mede daardoor leken er niet veel leverpatiënten te zijn. Van de patiënten in zijn ziekenhuis was gemiddeld slechts vijf procent als zodanig gediagnosticeerd. Nog in diezelfde eeuw verbeterden de diagnostische mogelijkheden, zelfs in 'buitengewone mate', nadat rond de eeuwwisseling proefpuncties in gebruik waren gekomen. Leverpunctie was in die tijd vooral geïndiceerd bij abscessen, 'want het karakter van sommige ontstekingsprocessen' kon men alleen daarmee doorgronden. Daarbij zoog de biopteur dan in dit geval wat etter op met een speciale naald.

De eerste leverbiopsie waarbij daadwerkelijk wat weefsel werd verkregen, gaat eveneens terug naar de negentiende eeuw (tegenwoordig gebruikt men beide termen, leverpunctie en leverbiopsie wel door elkaar). De beroemde Duitse hoogleraar dr. P. Ehrlich stelde als eerste voor om daarvoor een naald te gebruiken.<sup>66</sup> Sommigen wijzen hem aan als de eerste die dit onderzoek daadwerkelijk deed, maar of dat een punctie of een biopt was, is niet helemaal duidelijk.<sup>67</sup>

### 1895: twee incisies

De medicus-patholoog prof. dr. L. Lucatello (Padova) zag als eerste de diagnostische mogelijkheden in van een leverbiopsie. Hij publiceerde daarover in 1895. Met een zogenaamde aspiratiënaald zoog hij wat leverweefsel op, maar later bleek dat zijn naald eigenlijk te fijn was om er genoeg weefsel mee te kunnen verkrijgen. Eén van de andere problemen waarmee onderzoekers te maken kregen, was dat een patiënt ermee moest instemmen. En als deze al zijn toestemming gaf, moest hij op commando ook nog zijn adem kunnen fixeren. Kon hij dat niet, dan was er een serieus probleem, omdat tijdens het ademen het diafragma op en neer gaat. De punctiënaald zat in de buikwand waardoor het leverkapsel kon scheuren, met een hevige bloeding als gevolg. Deze bloedingen waren vaak niet te stoppen.

Destijds was het gebruikelijk dat de laparoscopist twee incisies maakte, één voor zichzelf en één voor de assistent die de leverbiopsie deed.<sup>68</sup> Dat is verrassend, want pas rond 1970 doken er opnieuw stemmen op om een leverbiopsie onder laparoscopische controle te doen. J.B. Scholten (Deventer) pleitte in de voorjaarsvergadering van de maagdarmsartsen in 1968 voor een herwaardering, omdat dit 'dikwijls een aantal nuttige gegevens kan opleveren.' Omdat bij iedere leverpunctie een bloeding optreedt, kon men met de laparoscoop controleren of die bloeding was opgehouden of dat er eventueel maatregelen genomen moesten worden.<sup>69</sup>



Henk van Buuren tijdens laparoscopie in EMC, Rotterdam.

Bron: Archief, afdeling MDL-ziekten Erasmus MC

Voor het echter zover was, probeerden onderzoekers na Lucatello ook leverbiopten te verkrijgen. Omdat deze niet voldeden, bleef het echter geruime stil rond dit instrument.<sup>70</sup> Eind jaren dertig kwam het klinische equivalent ervan op gang, gestimuleerd door een ernstige, 'acuut epidemische hepatitis', die 'de laatste tijd' nogal in de belangstelling stond. Nadat T. Andersen in 1937 had aangetoond dat hepatitis van mens op varken kon worden overgedragen, bleek dat de kennis van hepatitis – én andere leverziekten – beperkt was. (Later bleek overigens dat hepatitis niet overdraagbaar was op varkens.)

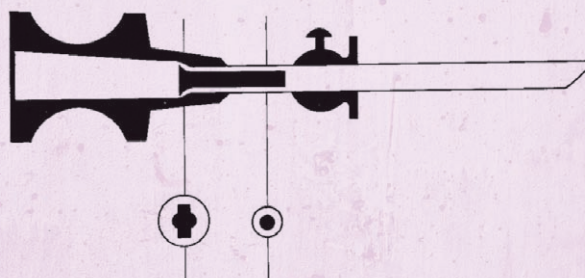
Ook de kennis over de werking van de lever was beperkt, zo ondervonden de medici dr. P. Iversen en dr. K. Roholm (Kopenhagen). Leverbiopsie zou die kennis kunnen verdiepen en dat stimuleerde hen tot de herintroductie daarvan. In 1938 kwamen zij met een verbeterde methode, die praktischer en minder gevaarlijk was dan die van Lucatello.<sup>71</sup> Overigens bleek in de jaren vijftig dat juist bij virushepatitis het leverweefsel weliswaar 'zeer kenmerkend' was, maar dat dit niet 'geheel bewijzend' was.<sup>72</sup> Voor alle duidelijkheid, er 'bestond' destijds slechts één vorm van hepatitis.

## Aspiratiebiopsie, trocar (troicar, troicart)

Door hun postmortale onderzoek wisten Iversen en Roholm dat er veel specifieke veranderingen in de lever konden optreden. Het hoe en waarom daarvan wisten zij echter niet. Wel was bekend dat bij leveronderzoek een klein stukje weefsel genoeg was om een 'correcte indruk' te krijgen. In tegenstelling tot andere organen bestond de lever uit uniforme cellen en waren de diverse ziekten vaak over de hele lever verspreid. Iversen en Roholm gingen wat anders te werk dan Lucatello. Zij maakten één incisie en gebruikten een zogenaamde trocar, een verhoudingsgewijs dikke punctienaald met daarin een 'biopteur', om in de lever te kunnen komen. Vervolgens zogen zij in een tweede ronde een stukje weefsel op.

## Mandrijn verwisselen voor spuit

Een algemeen bezwaar bij instrumenten 'van het eerste uur' was, behalve hun nogal 'logge' uitvoering, dat er in de regel ervaring en specifieke vaardigheden voor nodig waren. Bij de aspiratiebiopsie volgens Iversen en Roholm was dat eveneens een probleem. De snelheid waarmee de ingreep moest gebeuren was niet eenieder gegeven. Niet-ervaren klinici konden dat niet snel genoeg of zetten in de haast de spuit niet goed op de naald, waardoor er geen vacuüm ontstond. Dat kon ertoe leiden dat men maar helemaal afzag van deze diagnostiek, maar het kon ook leiden tot een mislukte ingreep. Eerst moest de naald met de mandrijn (biopteur) door het leverkapsel worden gestoken, daarna moest deze verwisseld worden voor een aspiratiespuit. Dat 'moet geschieden in de korte periode, waarin de patiënt na diepe uitademing zijn middenrif fixeert. Snel wordt de trocart nu door het diaphragma heengestoken tot ongeveer 2 cm diep in de lever. Vervolgens wordt de mandrijn verwijderd, de spuit op de canule gezet en door optrekken van den zuiger een vacuüm in de spuit veroorzaakt, welk vacuüm wordt gehandhaafd door den zuiger in zijn uitersten stand met de schroef vast te zetten.'<sup>73</sup>



Leverbiopsienaald volgens Menghini, met schacht en kraantje om fysiologisch zout met lidocaine in te kunnen spuiten tijdens het inbrengen, en om met behulp van het vacuümeffect op te kunnen zuigen tijdens het terugtrekken. Tegenwoordig gebruikt men bijna altijd de True-Cut-naald onder echoleiding.

Bron: Sheila Sherlock, *Diseases of the Liver and the Biliary System*, 9e druk, Blackwell Scientific Publications, Londen, 1993, p 34

De 'bioptisten' die er ervaring mee hadden, rapporteerden vrijwel geen sterftegevallen – omdat zij, naar eigen zeggen, de indicaties en contra-indicaties in acht namen en de puncties correct uitvoerden. In het Academisch Ziekenhuis in Leiden bijvoorbeeld, waren in 1943 ruim 230 puncties 'zonder noodlottige verwickelingen' verlopen. Andere klinici bleven terughoudend. Dergelijke gunstige berichten betekenden niet dat deze diagnostiek toen algemeen was geaccepteerd en werd toegepast. De beruchte complicatie van een niet-gestopte bloeding bleef voorlopig nog een belangrijke drempel.

De biopsienaald van Iversen en Roholm zou tot in de jaren vijftig in gebruik blijven. Daarnaast waren er nog allerlei andere varianten, alleen al vanwege de gewoonte onder specialisten om een instrument naar eigen inzicht te laten aanpassen door de instrumentmaker van hun ziekenhuis. Een enkele daarvan kreeg wat meer aanhang, zoals die volgens Gillman-Bryden, die gemakkelijker in het gebruik was. Dat kon er zelfs toe leiden dat degenen die de techniek niet aandurften, nu over hun angst heen kwamen. Omdat deze handeling slechts een korte tijd in beslag nam, kon men dit volgens Gillman en Bryden ook bij kinderen toepassen. Leidse onderzoekers zoals mej. C. van Beek (patholoog-anatoom) en A.J.C. Haex vonden dat echter niet verantwoord.<sup>74</sup> Zij waren in 1943 begonnen met de methode van Iversen en Roholm en daarbij deden zich geen ernstige problemen voor. De patiënten kregen eerst een oppervlakkige anesthesie en al doende werden de diepere lagen verdoofd. Hun conclusie was dat zij met een leverpunctie (in bepaalde gevallen) een juiste diagnose konden stellen en de kennis van de fysiologie en pathologie van de lever konden vergroten.<sup>75</sup>

## Menghini en zijn één-secondenaald

Door de komst van de biopsienaald van Menghini eind jaren vijftig verstomden de discussies daarover. Zijn methode was ‘bijzonder eenvoudig te leren’, hulppersoneel zou niet meer nodig zijn. Menghini’s uiterst dunne biopsienaald voldeed zo goed, dat er in korte tijd een wereldwijde voorkeur naar uitging. Door de veel kortere tijd dat de naald in de lever aanwezig was (het heette niet voor niets een ‘secondenaald’), was zijn methode veiliger, vroeg minder medewerking van de patiënt, verkleinde het risico – het wondje was zelfs vier keer kleiner – en was ‘bijzonder eenvoudig’ in gebruik. Menghini was een ‘blijver’.

## Leverpuncties in Nederland

De eerste publicaties over leverpuncties kwamen uit Leiden, van de hierboven genoemde Van Beek en Haex. Haex was één van de promotors van het eerste uur. In 1944, inmiddels was Haex internist in Groningen, wees hij opnieuw op deze methode, die ‘grote en dientengevolge therapeutische voordeelen’ bood. Hij verwachtte bijvoorbeeld veel van de suikerbepaling op het gepuncteerde leverweefsel, omdat bij patiënten met een spontane hypoglykemie de bepaling van het bloedsuikerpercentage niet altijd een goede maatstaf was.<sup>77</sup> In een aparte publicatie benadrukte hij nog eens in welke gevallen men van leverbiopsie moest afzien.<sup>78</sup>

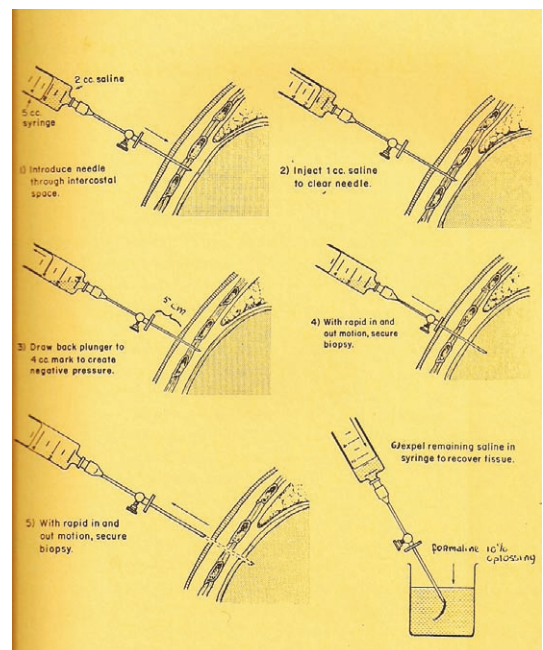
Niet iedereen was het met hem en andere biopstisten eens. Leverpunctie had nog wel degelijk nadelen. Tot dertig procent ervan mislukte, alleen algemene afwijkingen trof men met vrij grote zekerheid aan, en door nabloedingen was er een mortaliteit van twee tot drie procent.<sup>79</sup> Rond 1970 was dat echter sterk verbeterd, met een mortaliteit van praktisch nul procent. Er waren toen inmiddels diverse biopsienaalden in gebruik.

## En ten slotte de trucut

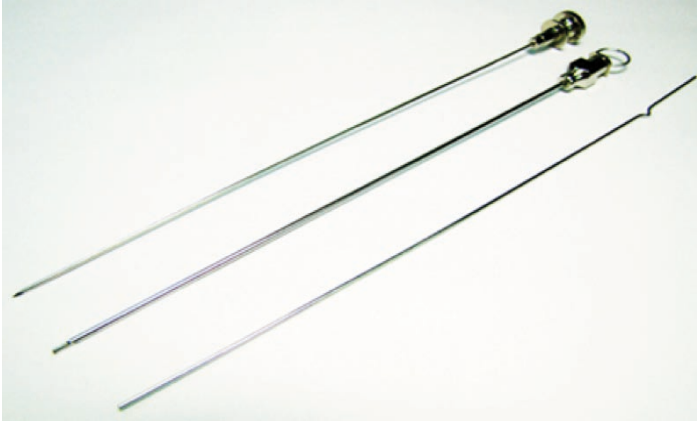
In de jaren zeventig kreeg de Menghini-naald nóg een ‘concurrent’ met de komst van de trucut. Eerst gebruikten

## Vim-Silvermannaald

Vóór de komst van Menghini werkten de Nederlandse gastro-enterologen avant la lettre vaak met de wat dikkere Vim-Silvermannaald. Eerst navigeerden zij een dunne trocart tot aan het leverkapsel. Vervolgens voerden zij een ‘gespleten’ naald dusdanig tot in de lever, dat deze ‘uitweek’. In de volgende handeling voerden zij dan de trocart over de gespleten naald, waardoor deze naald weer sloot en er een stukje leverweefsel in ‘gevangen’ zat. Deze biopsienaald is niet helemaal uit het zicht verdwenen.<sup>76</sup>



Uitvoering van de leverbiopsie volgens Menghini met de één-secondetechniek. | Bron: Proevenboek Afd. Inwendige Geneeskunde en MDL-ziekten, St Radboud UMC, Nijmegen, 1976 (G.P. van Berge Henegouwen en W. Driessen)



Menghini-leverbiopsienaalden met verschillende diameter, met mandrijn ernaast.  
Bron: Wikipedia, liver biopsy techniques

vooral chirurgen deze. Sommige maagdarmartsen (met name in Rotterdam) maakten dezelfde keuze, omdat de superdunne 'Menghini' niet voldoende weefsel zou opzuigen voor het pathologische onderzoek. Niet-Rotterdammers wezen er echter op, dat hún patholoog er geen enkel probleem mee had. De Menghini-naald was immers ook in dikkere uitvoeringen verkrijgbaar. Tegenwoordig is de trucut-naald overal de eerste keuze voor leverbiopsie. De punctie geschiedt onder echocontrole met een inmiddels automatische trucut-naald die ook in één seconde zijn werk kan doen.<sup>80</sup> Biopoten gebeurden eerst 'blind', de endoscopist beperkte zich dan tot percussie. Ook nadat de

combinatie met echo meer was ingeburgerd, waren er altijd nog specialisten die vonden dat zij echo helemaal niet nodig hadden om tot een juiste positiebepaling te komen. Dit was eveneens een gangbare reactie.

De bevindingen die met een biopsie werden verkregen, gelden ten dele nog steeds. Er waren inderdaad met deze methode niet alleen leverziekten als hepatitis aan te tonen, maar ook sommige andere ziekten. Bij de methode van Iversen en Roholm noemde men dan bijvoorbeeld sarcoidose (ziekte van Besnier-Boeck) en tuberculose. Ook voor Nederlandse specialisten was dat een indicatie. Beide ziekten zijn nu niet direct meer de eerste indicatiekeus. In toenemende mate werd biopsie belangrijk om eventuele kankeruitzaaiingen in de lever te kunnen vaststellen, maar dan wel onder echo- of MRI-controle. Want bij een vermoeden van kanker was plaatsbepaling nodig. De leverbiopsie kwam daardoor in ons land meer in handen van de radioloog. Weefselonderzoek bleef mede daardoor belangrijk. Hepatitis is overigens nog steeds een belangrijke indicatie, alleen is dit niet meer beperkt tot de 'acute hepatitis' van weleer.

## De Rotterdamse trucut

De Rotterdamse internist prof. dr. J.K. Frenkel zag in Leuven dat de hepatologen daar de trucuts uit de afvalbak van de nefrologen haalden. Dat kon hij ook! En zo kwam het dat behalve de nefrologen en hepatologen in België ook de Rotterdamse internisten met een trucut gingen werken.

## Leverbiopsie achterhaald?

Rond 1990 waren er, behalve biochemische en serologische mogelijkheden, veel niet-invasieve diagnostische 'afbeeldings'mogelijkheden voorhanden. Dat riep toen de vraag op of leverbiopsie niet een achterhaalde diagnostische methode was geworden. Bovendien kon je ook veel níet diagnosticeren met die methode. De gastro-enterologen prof. P.L.M. Jansen en prof. D.J. van Leeuwen (AMC) constateerden echter dat, mits goed geïndiceerd, leverbiopsie beslist niet achterhaald was.<sup>81</sup> De discussie daarover was ook niet gesloten. Gezien de snelle ontwikkelingen op vooral technologisch gebied was dat ook niet te verwachten. Zo had het Erasmus MC in 2002 als keuzeonderzoeksonderwerp: Laparoscopie en laparoscopische leverbiopsie: achterhaald of van blijvende waarde? Dat verdween echter ergens in een la.

Hoewel de risico's gering zijn, met een gering aantal bloedingen en perforaties, verdienen niet-invasieve methoden toch de voorkeur. Voor levercirrose bijvoorbeeld, zijn er enkele niet-invasieve tests in ontwikkeling, zoals de *liver stiffness*-test met echografie. Met alle serologische virale markers weten MDL-artsen tegenwoordig bijvoorbeeld vrij nauwkeurig welke patiënten risico lopen op een cirrose (en chronisch leverlijden). De tegenwoordige hepatoloog heeft, vergeleken met zijn voorgangers, keuzes te over.

## Oorsprong van de hepatologie in Nederland

### Schalm, een ware leerling van Hijmans van den Bergh

Leendert, roepnaam 'Jim', Schalm (1909-1982) volgde de hbs en bleef na zijn artsenopleiding in Utrecht van 1935-1940 als assistent verbonden aan de kliniek van prof. dr. A.A. Hijmans van den Bergh (prof. dr. C.D. de Langen volgde hem in 1938 op). Hijmans van den Bergh had een internationale faam opgebouwd. Om te beginnen door zijn onderzoek op het gebied van bilirubine (zijn meest bekende onderzoek). Hij verwierp de gebruikelijke visie dat dit was af te meten aan de kleur van de huid. Zijn onderzoek van galkleurstoffen in het bloed en van de functie van de lever was baanbrekend. Voor Hijmans van den Bergh leidde dat tot de hypothese dat er twee soorten bilirubine moesten zijn, omdat er in de lever 'iets mee gebeurt' alvorens het in de galblaas terecht komt. In de jaren vijftig kreeg dit een bevestiging door het onderzoek van Schalm en diverse buitenlandse onderzoekers. Daaruit bleek



Dr. L. Schalm bij zijn afscheid in 1973 van het Gemeente Ziekenhuis te Arnhem.  
Bron: Privéarchief dr. K-H. Brandt, Otterlo

onder meer dat bilirubine in de lever niet oplosbaar is en in de gal wel als gevolg van een suikerachtige verbinding in de lever. Ten slotte was Hijmans van den Bergh zijn tijd vooruit in zijn visie dat de lever een stapelorgaan was voor deze kleurstoffen. Dit alles raakte eerst wat in de vergetelheid, maar niet bij Schalm die het pad van zijn leermeester volgde met zijn interesse voor hepatologie. Nu 'bestond' hepatologie destijds nog niet echt, maar zijn belangstelling daarvoor was duidelijk. In een publicatie in het *NTvG* in 1937 sprak Schalm van 'leverziekten en icterus', zijn dissertatie wijst eveneens in die richting.<sup>82</sup> Mocht men nog twijfelen waar de voorkeur van Schalm naar uitging, dan haalt zijn leerboek *Ziekten van de lever en de galwegen* in 1948 de laatste twijfel weg.

### Schalm, geneesheer-directeur in Arnhem

Met deze achtergrond vestigde Schalm zich in 1940 als internist in Arnhem. Nog in datzelfde jaar overleed de internist van het Gemeente Ziekenhuis aldaar en kwam er dientengevolge de functie van geneesheer-directeur vacant. Schalm volgde hem op, eerst alleen als 'internist voor het ziekenhuis', maar spoedig daarna ook als medebestuurder. In 1945 werd hij officieel geneesheer-directeur van een ziekenhuis dat door de oorlogsomstandigheden in niets meer leek op het moderne ziekenhuis van de vooroorlogse jaren. Toen was het zelfs het 'paradepaardje van de gemeente'. Maar weinig gemeenteziekenhuizen hadden destijds zo'n goede naam.<sup>83</sup>

Schalms succes was niet alleen te danken aan zijn wetenschappelijke verdiensten. Hij straalde gezag uit, en door zijn functie in het ziekenhuis was de realisering van klinisch onderzoek wat minder problematisch dan in andere situaties. Ook zijn uitstekende relatie met de burgemeester (die evenzo van aanpakken wist) en de wethouder 'voor het ziekenhuis' droeg daaraan bij. Het ziekenhuis was snel weer op het oude peil en kreeg een volledige opleiding Interne Geneeskunde. Samen met de kundige en bekende chirurgen en patholoog-anatomen had het veel te bieden. Het waren hoogtijdagen voor dit ziekenhuis op velerlei gebied. Mede daardoor konden de kwaliteiten van Schalm hier tot ontplooiing komen. In 1973 ging Schalm met pensioen.

Dit hoofdstuk gaat over een 'omgekeerde volgorde': de kennis, en daarmee de kwaliteit, kwam nu eens niet vanuit een academische setting maar vanuit 'de periferie'. En dat terwijl sommige academische specialisten nog steeds





Luchtopname van het Gemeente Ziekenhuis Arnhem in de jaren 1970. | Bron: privé-archief Alice Juch

met een zeker dedain spraken over de ‘perifere’ specialisten met hun ‘provinciale hersenen’. Bij zowel medische als academische centra ontbrak het in de jaren vijftig en begin jaren zestig aan interesse voor ‘de lever’. Men hield vast aan de eigen visie, die achterhaald bleek. In deze geschiedenis is het cruciaal dat Schalm een andere persoon was dan die hoogleraren Interne Geneeskunde die nog ‘alles’ meenden te weten. De eerste, en voorlopig enige, academische belangstelling voor de lever was in Groningen. Daar kreeg dr. G.S. Que in 1963 de leiding over een nog te vormen groep voor onderzoek van leverziekten. Samen met dr. C.H. Gips, die in dit verband nog vaker ter sprake zal komen, en dr. J.A.J. Trip kreeg dat gestalte. In 1970 werd Que tot lector benoemd.

## Gemeente Ziekenhuis Arnhem: kenniscentrum Hepatologie

Bilirubine bleef Schalm en zijn leerlingen bezighouden. Uit een interview in 2011 met dr. K-H. Brandt en inmiddels prof. Gips bleek dat in die tijd ‘iedereen met bilirubine bezig’ was, maar dat het landelijk gezien waarschijnlijk toch tegenviel.<sup>84</sup> De theorie van twee verschillende soorten bilirubine van Hijmans van den Bergh stond nog niet onomstotelijk vast. Bovendien, waar anders in Nederland was de kennis over bilirubine, lever en gal op hetzelfde niveau? In Leiden en Amsterdam was er in ieder geval geen belangstelling voor. De Amsterdamse hoogleraar ‘Borst zei tegen Schalm dat bilirubinebepaling onzinnig was, als je een bezinking deed, kon je toch gewoon zien dat de patiënt geel was?’ Schalm trok zich daar niets van aan en ging door met zijn bilirubine- en ander onderzoek, want hepatologie was meer dan dat. Leverregeneratie, leverfunctieproeven, hepatitis infectiosa en levercirrose waren eveneens belangrijke aandachtsgebieden. Zijn onderzoeken, en die van zijn medeonderzoekers, leverden veel publicaties op in het *NTvG* en diverse buitenlandse tijdschriften. Samen met A.P. Weber (chemicus) ontwikkelde Schalm een methode voor de bilirubinebepaling die men daarna ‘allerwege als referentiebepaling’ gebruikte.<sup>85</sup> De bepaling – of wellicht de beschrijving ervan – blonk echter niet uit in eenvoud (zie ‘Over bilirubine’, op de volgende bladzijde).



Dr. L. Schalm (rechts) en dr. K-H. Brandt tijdens de grote visite op woensdagochtend in de koffiekamer van het Gemeente Ziekenhuis Arnhem, circa 1970. | Bron: Privéarchief dr. K-H. Brandt, Otterlo

## Combinatie van klinisch werk en basaal klinisch wetenschappelijk onderzoek

Hepatology als bijzonder aandachtsgebied bestond nog niet, maar Schalm schiep daarvoor in zijn afdeling wel de mogelijkheden. Hij wist bij zijn assistenten niet alleen een brede belangstelling te wekken voor de lever- en galstofwisseling, hij spoorde hen ook aan om onderzoek te doen. Dat leverde wat op; de proefschriften vanuit het gemeenteziekenhuis illustreren dit. Met de komst van Karl Brandt, A.P. Weber, Jan Werre en Gerard van Berge Henegouwen werd in dit ziekenhuis een stevige basis gelegd voor hepatologie als aandachtsgebied.

De mogelijkheden voor de combinatie van klinisch werken en onderzoek lagen zeker niet voor het oprapen, ook niet in de academische ziekenhuizen. Ondanks latere pogingen om dat te stimuleren, lukte dat niet. Misschien is men door de publicaties over leverbiopsieën in Leiden op het verkeerde spoor gezet, maar er was op levergebied van daaruit weinig te melden. 'De meeste assistenten deden daar helemaal geen onderzoek. Promoveren werd beslist niet van je verwacht, dat was maf.' De hoofdtaak was het opleiden van dokters, 'laten we maar zeggen dat zij geen tijd hadden voor iets anders. [...] Iedere professor zal wel een hobby'tje gehad hebben, maar er was geen staf met researchlieden.' In Utrecht was het al niet anders. 'Je werd opgeleid en wegwezen, want je moest plaatsmaken voor een ander.' Arnhem telde tot 1990 vijftien promovendi. Alleen in Groningen was dat anders, na de komst van prof. dr. E. Mandema in 1960. De eerste jaren gold dat weliswaar niet zozeer voor de hepatologie, maar ook dat leek te veranderen.

### Over bilirubine

Karl Brandt tijdens een interview in het kader van dit boek<sup>86</sup>: 'We hadden als lab bilirubine waarbij wij het tienminutenpercentage deden. Dat percentage was normaal gesproken vijftien procent (vorming van geconjugeerd bilirubine in 10 minuten). Ongeconjugeerde bilirubine reageert ook, maar een klein beetje, en dat is het probleem tegenwoordig. Men bepaalt nu een bilirubine en dan zegt men: zoveel geconjugeerd en zoveel ongeconjugeerd en dan blijkt dat men aan wil geven dat een normaal persoon geconjugeerde bilirubine in zijn bloed heeft. Maar dat is niet zo (alle geconjugeerde bilirubine wordt immers direct in de gal uitgescheiden). Maar goed, wij deden dus bilirubine ...'.

## Promoveren in Groningen

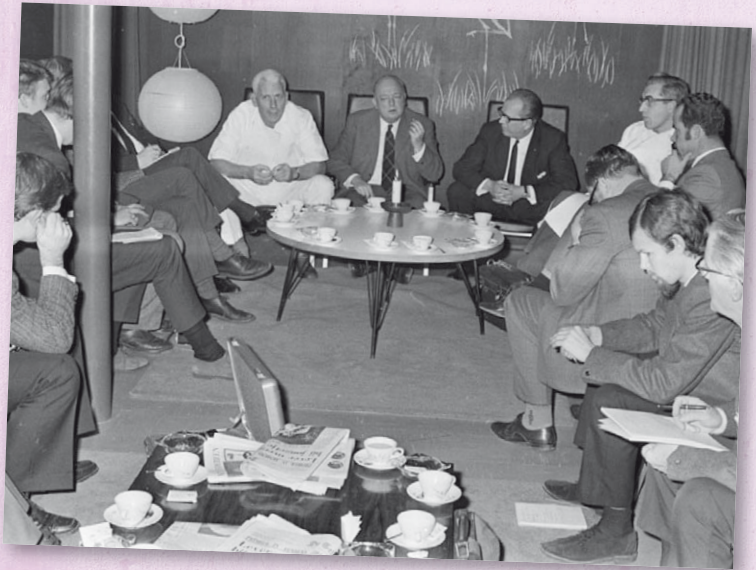
Gips: 'Toen ik in 1963 bij Mandema kwam, kreeg iedereen bij binnenkomst een witte jas en een promotie-onderwerp. Er waren twintig assistenten en die zijn ook allemaal gepromoveerd. De afdeling Hepatologie (1968) gaf ineens veel mogelijkheden; plotseling kon je alle assistenten die dat wilden, een hepatologische stage aanbieden!' De assistenten stroomden toe, maar de proefschriften die er kwamen, gingen niet over hepatologie.<sup>87</sup>

Nog in 1981 schreef Karl Brandt: 'Van de idee dat wetenschappelijk onderzoek obligaats is voor een goed functioneren van de patiëntenzorg [...] zijn velen nog steeds niet doordrongen.' Nog erger is dat 'velen, ook medici, [...] dit soort activiteiten [zien] als het uitoefenen van een hobby.' De uiteindelijke conclusie is dat het Gemeente Ziekenhuis Arnhem voor assistenten die 'meer wilden', een verademing moet zijn geweest. Met andere woorden: Schalm was heel bijzonder. Hij legde de basis voor hepatitis als belangrijk aandachtsgebied in de jaren vijftig en zestig in het Gemeente Ziekenhuis Arnhem. Daarna, in 1972, werd in Arnhem onder zijn voorzitterschap bovendien het zevende 'Lever Congres' gehouden van de mede door hem opgerichte *European Association for the Study of the Liver* (EASL). Dat was een eerste stap naar een spectaculaire groei van het vakgebied (zie hoofdstuk 26).<sup>88</sup> In 1977 waren Schalm en Brandt, eveneens een eminent leverspecialist, de mede-initiatiefnemers tot de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie. Er bleek nog veel te onderzoeken in dit 'gecompliceerde orgaan' in de praktijk van internist en MDL-arts.

## Levertransplantatie

### 'Lever geplant in Gemeente Ziekenhuis Arnhem' (1968)

De levertransplantatie in het Gemeente Ziekenhuis Arnhem, in 1968, kwam als eerste in de kranten. De eerste levertransplantatie in Nederland was echter al enkele jaren eerder door dezelfde chirurg in Leiden uitgevoerd. Daar wilde men er geen ruchtbaarheid aan geven, vandaar dat Arnhem de primeur kreeg toegekend. Chirurg dr. M.N. van der Heyde had nu op een maandagmorgen begin december bij een kind van twee jaar met succes een 'lever geplant'. Uit heel het land stroomden journalisten toe om daar een smeug verhaal over te kunnen schrijven. Tijdens de persconferentie, die geneesheer-directeur Z. Nauta dagelijks organiseerde, wilden zij weten wie deze operatie had gedaan, en vooral ook wie het patiëntje en de donor waren. Dat de naam van het patiëntje niet werd genoemd was duidelijk. Maar ook het noemen van de namen van degenen die bij de operatie betrokken waren, was volgens Nauta misplaatst. De transplantatie was het werk van een wetenschappelijk team. Door namen te noemen werd 'de wetenschap' geschaad.<sup>89</sup> Sommige verslaggevers lieten zich niet zomaar uit het veld slaan, zij zwierven door het hele ziekenhuis, maar kregen overal nul op het rekest. De man van *de Telegraaf* was het meest inventief. Hij bedacht dat de naam van het patiëntje te achterhalen moest zijn via de temperatuurlijst. Gehuld in een doktersjas met toebehoren ging hij naar het operatieblok, maar hij was nog niet binnen of hij viel door de mand. Met krachtige hand werd hij van het ziekenhuisterrein verwijderd.



'ARNHEM: Maandagochtend is in het Gemeenteziekenhuis te Arnhem een geslaagde levertransplantatie plaatsgevonden. De patiënt is een kind van twee jaar dat uit Den Helder afkomstig zou zijn. Op de foto de vanmorgen gehouden persconferentie.' Links in het wit de chirurg dr. M.N. van der Heyde, naast hem dr. L. Schalm en dr. Z. Nauta, de geneesheer-directeur daarnaast. Helemaal rechts zit S. Sluis, eveneens chirurg. 3 december 1968. | Foto: André van den Heuvel, Bron: Historisch archief ANP

### Subsidie voor het onderzoek naar de problemen bij levertransplantaties

In Nederland kwamen de transplantaties zeker niet uit de lucht vallen. Eind 1966 had Van der Heyde een subsidie gekregen van de Organisatie voor Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek (ZWO). Hij kreeg daarvoor de medewerking van de chirurgische afdeling van het Academisch Ziekenhuis in Leiden. Een jaar later had Van der Heyde bij honden inmiddels 'ruime ervaring' met levertransplantaties opgedaan, maar hij had nog geen klinische ervaring omdat er nog te veel onzekerheden waren. Vooral kinderartsen drongen op levertransplantaties aan. Van der Heyde hield dat nog af, omdat hij de risico's nog te groot achtte.

In eerste instantie kwamen alleen heel jonge kinderen met een ontbrekende grote galweg (galgangatresie) voor een transplantatie in aanmerking. Aan deze zeldzame afwijking overleden de patiëntjes meestal al voor hun tweede jaar. Dit is in deze context belangrijk, omdat het de ingreep door Van der Heyde rechtvaardigde. In Leiden overleed in 1966 het patiëntje al tijdens de procedure. De transplantaties in 1968 en 1971 (eveneens in Leiden) waren op zichzelf een succes, maar helaas zonder blijvend resultaat. Datzelfde lot wachtte leverpatiënten wereldwijd. Van de 130 levertransplantaties die tussen 1963 en 1975 werden uitgevoerd, bleven twaalf patiëntjes in leven.

## Eerste levertransplantatie wereldwijd in 1963

De eerste levertransplantatie wereldwijd werd al in 1963 uitgevoerd door de chirurg dr. T. Starzl (Denver). Aanvankelijk zonder veel succes. In 1967 kon Starzl in zoverre van een verbetering spreken, dat een patiëntje één jaar na de transplantatie nog in leven was. Starzl dacht dat de lever zou afsterven als de meest gunstige techniek werd toegepast (als het transplantaat niet op de plaats van de eigen lever wordt aangebracht). Van der Heyde vroeg zich af of de conclusies van Starzl wel klopten. Nee dus.

Van der Heyde was op dat idee gebracht door Schalm en zijn collega's. Op theoretische gronden kwamen zij 'tot een afwijkende interpretatie, die wij' [Van der Heyde] 'in het dierexperiment hadden kunnen waarmaken.' Schalm bewees eveneens dat het afsterven van de lever, zoals Starzl van mening was, onjuist was. (Zie voor een uitvoerige beschrijving: Van der Heyde, *NTvG*, 1968;41:1823-1827). Schalm had tevens bewezen dat een lever weer kan aangroeien en dat opende nieuwe mogelijkheden voor transplantaties (zie hoofdstuk 30).

### Solko Schalm

Er waren niet alleen technische problemen met de aansluiting van het transplantaat op het bloedvat van de ontvanger. De vraag welke methoden het beste waren om de donorlever te laten 'overleven', vormde eveneens een behoorlijk groot probleem. Tot 1965, want toen verscheen de dissertatie *'Een eenvoudige en klinisch toepasbare methode voor het conserveren van een levertransplantaat'*, van een verrassende promovendus, Solko Schalm, zoon van Jim Schalm. Chris Gips zei hierover: 'dat proefschrift van Solko, dat is absoluut cruciaal geweest voor de hele levertransplantatie. Ik zal het hier maar zeggen, omdat Solko dat anders zelf zou doen.' En zo begon dit hoofdstuk met Schalm en eindigt het ermee.

## Wetenschappelijke belangstelling van de maagdarmartsen

### Maagzweren en balans van de kennis

Voor de maagdarmartsen waren maag en maagzweren nog steeds het meest besproken onderwerp in hun wetenschappelijke vergaderingen. De vorderingen in de kennis van maagzweren en zweren in de twaalfvingerige darm waren in deze periode niet bepaald spectaculair. Dat betekent niet dat er tussen 1945 en 1972 helemaal niets 'gebeurde', alleen dat ook dit terrein nog complex en niet goed te doorgronden was. Maagzweerpatiënten waren nog steeds 'psychisch' labiel (zo niet erger) en Sippydieet, bedrust en sonde vormden de kern waar alles om draaide. De waarde van de basale nachtelijke maagsapsecretie kon men dan ook niet genoeg beklemtonen. Hellemans schreef in zijn overzicht een sleutelrol toe aan een overdadige zuurvorming.<sup>90</sup> Nieuw was de vinding dat het hormoon gastrine een belangrijke prikkel daarvoor was. Over het 'verdedigingsmechanisme' van het slijmvlies tastte men in het duister, dat gold eveneens voor 'bijkomende omstandigheden' zoals predispositie en roken.

Over de oorzaak van de zweren was derhalve maar weinig nieuws te melden, over een werkend geneesmiddel (maagpoeders) evenmin. Wat restte waren de vanouds bekende maagzuur-neutraliserende middelen, maar die konden een maagzweer niet genezen. Van tijd tot tijd verschenen er 'geneesmiddelen' op de markt, zoals zinksulfaat en zoethout, die deze belofte evenmin konden waarmaken of niet-gewenste bijwerkingen hadden. Dit is echter inherent aan de behoefte aan houvast bij ernstige of onverklaarbare ziekten.

Er was wel een accentverschuiving merkbaar op het gebied van de diagnostiek, vooral de meer nauwkeurige röntgenbeelden waren een waardevolle aanvulling. Men wist nu bijvoorbeeld dat zweervorming snel verloopt en niet een proces van jaren hoefde te zijn. Een ander voorbeeld van een nieuw inzicht was dat er geen sprake was van 'hongerpijn'. Gebleken was dat een lege maag juist de pijn als bij toverslag deed *verdwijnen*. Al met al waren dit toch wat karige resultaten.

### Relatie met maagkanker, 'pathologisch-anatomische moeilijkheden'

De vraag of een zweer in de maag of de twaalfvingerige darm een eventuele predispositie was voor maagkanker, hield de maagdarmartsen langer bezig. De diagnose maagzweer of maagkanker bleek moeilijk met zekerheid te stellen. Wat dat betreft leek de diagnostiek niet eens zoveel verder gekomen dan in het begin van de twintigste eeuw, toen alleen bij een operatie of een obductie kanker kon worden vastgesteld (zie hoofdstuk 4). Vijftig jaar later waren er nog steeds 'pathologische moeilijkheden' op dit terrein. Wat betreft het aantal maagkankergevallen op de bodem van een zweer in de maag of twaalfvingerige darm liepen de percentages sterk uiteen.

'De Mayo's' dachten aan 59 procent, maagdarmarts Haak en zijn collega's hadden daarentegen 'nimmer een overgang' van een zweer in kanker waargenomen.<sup>91</sup> In de najaarsvergadering van 1957 zagen andere deskundigen, waaronder een patholoog-anatoom, röntgenoloog en chirurg, weer wél een 'mogelijk' dan wel 'duidelijk' verband.<sup>92</sup>

A R/ Carb. magn. 12  
Bicarb. natr. 12  
pulv. gumm 5  
aqua ad 300  
MDS 6 x daags 1 C

B R/ Carb. bismuth bas 12  
Bicarb. natr. 24  
pulv. gumm 5  
aqua ad 300  
MDS 6 x daags 1 C

Daarnaast werd gebruik gemaakt van de poeders volgens Boas:

R/ Magn. ustae 0.500  
Extract. belladonna 0.010-0.020  
f.p.d.t.d. No XX  
s. 3 x daags pulv. I

Of de veel gebruikte poeder van Pel:

R/ bicarb. natr. 20  
nitr. bism. bas 10  
oxyd. magn.  
eleos. foenic  
Pulv. rad. Rhei aaa 5  
Bromet. natr. 10  
f.p.  
s. 3 x daags 1 C th.

Een selectie van veel gebruikte maagpoeders in de jaren 1900-1970.

## Veel andere wetenschappelijke vragen op het gebied van maagdarmlieverziekten

### Galstenen, diarree, colonkanker

Ook verder was het nog kommer en kwel. Galstenen? Deze kwamen bijzonder veel voor, maar over de oorzaak ervan 'weten wij bitter weinig'. Infectieuze diarree? Dit kwam eveneens veel voor. Verschillende microbiële oorzaken zouden dit kunnen veroorzaken, maar welke? Ook virussen zouden er wellicht een rol bij kunnen spelen. Kanker in rectum en colon kwamen vaker voor dan maagkanker. De mortaliteit was hoog, maar – toch nog een lichtpuntje – een deel kon tijdig worden opgespoord en geopereerd. En dan ten slotte nog de slechte opname van voedingsstoffen, waar Dicke met zijn glutenvrij dieet de aandacht op had gevestigd. 'Het principe, dat normaal voedsel ziek kan maken' was nu bekend, maar daar hield het ook zo ongeveer mee op.

### Slokdarm

Uit de wetenschappelijke vergaderingen, voor zover deze zijn overgeleverd, blijkt dat slokdarmaandoeningen en een aantal andere aandoeningen weinig belangstelling wisten op te wekken. Zo komen slokdarmaandoeningen slechts twee keer ter sprake, voor het eerst in 1957. Door onderzoek bij honden had men meer duidelijkheid gekregen over de werking van het afsluitingsmechanisme tussen slokdarm en maag. Hoewel de slokdarm al vanaf de komst van de eerste endoscopen was bekeken, beschreven en behandeld, bleek uit de verslagen van de maagdarmartsen uit niets dat 'de slokdarm' een belangrijke plaats zou gaan innemen. De eerste aanwijzing daarvoor dateert uit 1968, toen de onderzoekstechnieken verbeterden. De 'oesofagoscoop met de apparatuur van Drapier' droeg daaraan bij.<sup>93</sup> Ook voor andere belangrijke ziekten, in de alveesklier bijvoorbeeld, of Whipple-operaties, was de tijd nog niet echt rijp. Dan rest ten slotte alleen nog de lever, maar dat orgaan is een verhaal apart. En wás dat wel hun vakgebied?

## Leverziekten

### Epidemische hepatitis

Het onderzoek van Hijmans van den Bergh in 1918 (bilirubine, zie hiervóór: L. Schalm, een ware leerling van Hijmans van den Bergh) legde een basis voor functioneel leveronderzoek, bijvoorbeeld bij hepatitis en galstenen. De herintroductie van de leverbiopsie in 1939 door Iversen en Roholm was een volgend stapje. Zij startten dit onderzoek naar aanleiding van de 'epidemische hepatitis' die eind jaren dertig in Denemarken woedde. Bekende buitenlandse onderzoekers waren echter sceptisch over de waarde van leverbiopten, zoals de Amerikanen F.C. Mann en J. Bollmann (Mayo Clinic, VS) die vanaf de jaren dertig veel publiceerden over de resultaten van hun onderzoek op dit vakgebied.<sup>94</sup> Overigens was ook Haex een paar jaar later van mening dat men met het anatomische onderzoek van leverweefsel dat was verkregen bij operatie of sectie, niet echt verder kwam bij de prognose en therapie. Schalm daarentegen zag dat bij alle ziekten waarbij de lever betrokken kon zijn, punctie kon bijdragen aan het stellen van de diagnose. Verder was er in die jaren in Nederland maar weinig belangstelling voor leverziekten. De complexiteit van dit orgaan speelde daarbij zeker een rol. Daarentegen waren Amerikaanse onderzoekers in de jaren dertig er al wel volop mee bezig.

### Maagdarmartsen en de lever

In die dagen hoorde de lever niet bij het terrein van de maagdarmarts, hoewel de diagnose hepatitis wel eens werd gesteld. In 1932 sprak C.G. Vervloet in de wetenschappelijke vergadering over 'leverlijders' en de behandeling daarvan met insuline. Veel weerklank kreeg hij niet, de daaropvolgende discussie ging ook niet echt over leverziekten.<sup>95</sup>

Het gebrek aan belangstelling van de maagdarmartsen was verklaarbaar. Om te beginnen was er nog maar weinig gaande op het gebied van de hepatologie. Een tweede minstens zo belangrijke reden was dat een patiënt bij ernstige

gevallen van hepatitis in een ziekenhuis moest worden opgenomen. Dat betekende vaak dat de maagdarmarts zijn behandeling van die patiënt moest overdragen aan de internist van dat ziekenhuis.

In gang gezet door Schalm en zijn medewerkers, nam de kennis toe en kreeg hepatologie geleidelijk meer body. Rond 1970 hielden de maagdarmartsen zich echter nog steeds vrijwel geheel afzijdig. Hellemans noemde de lever niet eens in zijn overzichten. Zo kwam het dat degenen die het pad effenden voor het uiteindelijke aandachtsgebied hepatologie, allemaal *internist* waren. Des te verrassender is het dat toen dit vak uiteindelijk toch een volledig erkend deelspecialisme was geworden, de hepatologen geen internisten meer waren maar vooral maagdarm(lever)artsen. Intussen had er een zo volledige omwenteling plaatsgevonden, dat hun voorgangers zo'n toekomst nooit hadden kunnen bevroeden.

## Epiloog: ontplooiing en ontwikkeling van de gastro-enterologie

De vier afgebeelde leerboeken op de bladzijde hierna geven een indruk van enkele van de vele voorgangers van de huidige MDL-artsen, die zich verdienstelijk hebben gemaakt met hun speciale voorliefde voor onderwijs en wetenschap. Vele anderen zijn niet genoemd in deze publicatie, die zich dan ook niet louter op medische hoogtepunten *casu quo* coryfeeën richt. Voortbordurend op de fundamenteën van het specialisme, die Schrijver, De Groot, Schalijs en anderen hadden gelegd, waren er rond 1970 enkele gastro-enterologen die de bouwstenen leverden voor een verdere uitbouw van het specialisme. Met name dr. J.H.M. van Tongeren in Nijmegen en dr. G.N.J. Tytgat in Amsterdam zijn van grote invloed geweest op de gastro-enterologie in Nederland.

### Dr. J.H.M. van Tongeren

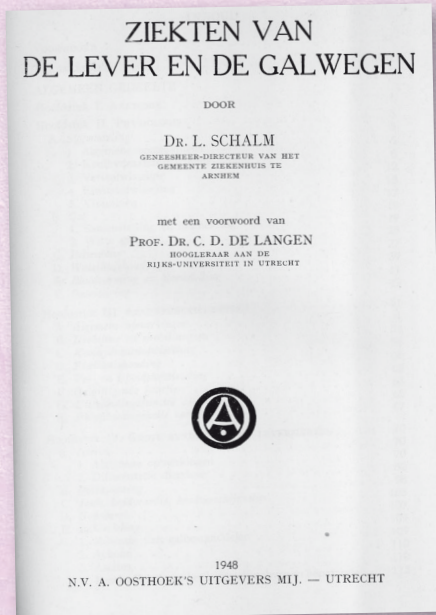
Van Tongeren kreeg in 1968 van prof. dr. C.L.H. Majoor de opdracht een afdeling Gastro-enterologie op te zetten *binnen* de afdeling Interne geneeskunde van het Radboud Ziekenhuis. (Majoor was en bleef tegen zelfstandige deelspecialismen). In 1974 volgde zijn aanstelling als lector, een latere benoeming tot hoogleraar heeft hij steeds om principiële redenen geweigerd. Van Tongeren was in datzelfde jaar gepromoveerd op een proefschrift over eiwitverlies uit de darm. Hij was dan ook bij uitstek een beschouwend gastro-enteroloog en een clinicus *pur sang*. Endoscopie had niet zijn voorkeur, maar onder zijn leiding bloeide het klinische en basale wetenschappelijk onderzoek. De belangrijkste onderzoeksonderwerpen waren de eiwitsynthese en het eiwitverlies bij darmziekten, inflammatoire darmziekten, gastro-intestinale hormonen, en de hepatologie in samenwerking met het Gemeente Ziekenhuis Arnhem, waar eveneens de mogelijkheid bestond voor de combinatie van klinisch en basaal. De waarde daarvan werd ook internationaal erkend. Uit het grote aantal proefschriften uit die tijd blijkt dat het Nijmeegse wetenschappelijk onderzoek in de gastro-enterologie zich aardig kon meten met de omliggende landen, Engeland in het bijzonder. De kliniek was gespecialiseerd in, en vermaard om, de behandeling van inflammatoire darmziekten en patiënten met de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Onder leiding van Van Tongeren groeide de afdeling uit tot internationale proporties. Deze ambitie bleek ook duidelijk uit belangwekkende symposia en boekwerken. Zo verscheen, behalve het hierna afgebeelde leerboek *Pathologie van lever en galwegen* in 1971, in 1978 *Clinical aspects of Albumin*.<sup>96</sup>

Van Tongeren was een bevlogen opleider met veel charisma. Zijn opleiding fungeerde als fabriek voor hoogleraren: C.B.H.W. Lamers volgde Haex op in Leiden, P. Yap werd benoemd in Leuven, G.P. van Berge Henegouwen nam het hoogleraarschap over van O.J. ten Thije in Utrecht, P.L.M. Jansen werd benoemd in Groningen en J.B.M.J. Jansen werd zijn opvolger in Nijmegen, nu wel als hoogleraar. Mede daardoor heeft 'Nijmegen' een grote invloed gehad op de ontwikkeling van de gastro-enterologie in Nederland.



Van Tongeren op het promotiediner van dr. Fokko Nagengast in 1988.  
Bron: Privéarchief dr. F.M. Nagengast

## Leerboeken door de jaren heen



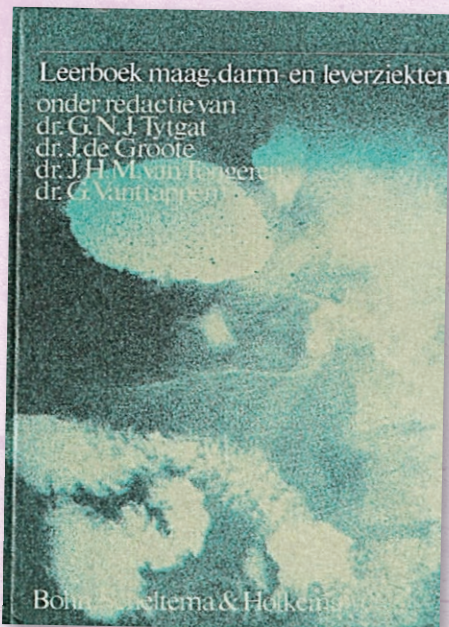
Dr. L. Schalm, *Ziekten van de lever en de galwegen*, N.V. Oosthoek Uitgeverij, Utrecht, 1948.

NB Uiteraard alleen over leverziekten, met ook veel inzichten van Hijmans van den Bergh.



J.A. Bernards en J.H.M. van Tongeren (red.), *Pathologie van lever en galwegen*, 1971.

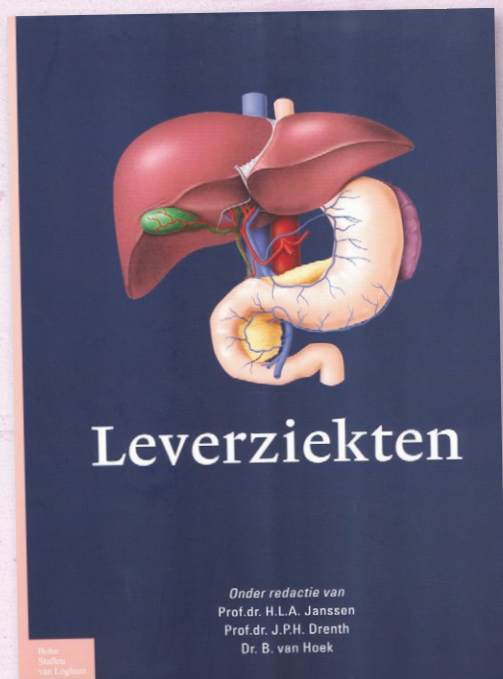
NB Dit grote levercongres in Nijmegen stond onder leiding van Van Tongeren. De bijdragen werden nog in hetzelfde jaar in boekvorm uitgegeven. Het kreeg de status van een leerboek.



Prof. dr. G.N.J. Tytgat et al. (red.), *Leerboek maag-, darm- en leverziekten*, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht, 1985.

Met medewerking van: dr. G.P. van Berge Henegouwen, dr. C.J. van Boxtel, dr. K-H. Brandt, prof. dr. W.H. van Brummelkamp, prof. dr. V. Desmet, dr. L.G.J.B. Engels, prof. dr. J. Fevery, dr. K. Geboes, prof. dr. J. de Groot, dr. R. Grijm, dr. E.N. Jacob, prof. dr. J. Janssens, dr. J. Kreuning, dr. C.B.H.W. Lamers, prof. dr. G. den Otter, prof. dr. P. Rutgeerts, dr. S.W. Schalm, prof. dr. O.J. ten Thije, dr. J.H.M. van Tongeren, prof. dr. G.N.J. Tytgat, prof. dr. G. Vantrappen

NB Dit leerboek laat zien hoe het denken over het terrein van het maagdarmspecialisme een omslag doormaakte: vanzelfsprekend hoorde de "l" van lever er nu bij. Het was ook een *tour de force* van de auteurs; lange tijd was het boek in Nederland een bestseller voor het vakgebied. Bovendien is er tot op de dag van vandaag nog geen opvolger in het Nederlandse taalgebied verschenen.



Prof. dr. H.L.A. Janssen, prof. dr. J.P.H. Drenth, dr. B. van Hoek, *Leverziekten*, Bohn Stafleu van Loghum, Houten, 2009.

NB Dit fraaie leerboek, dat na jaren vertraging in 2009 verscheen, was voor dit onderdeel van het vakgebied een grote aanwinst en vulde zeker de nodige hiaten aan. Het verdient alle lof.

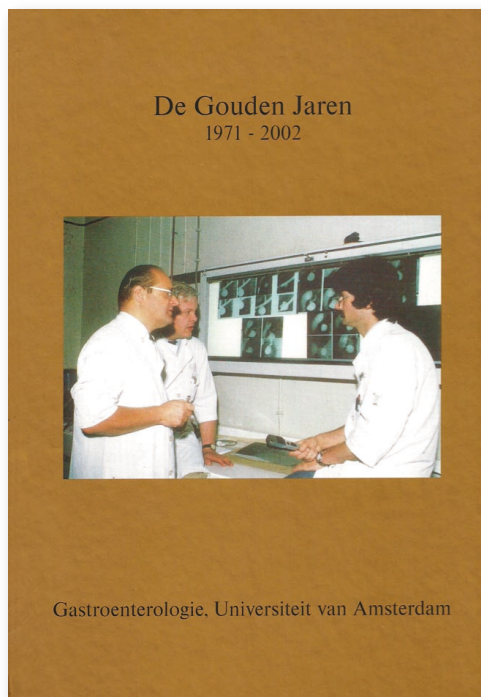


## Prof. dr. G.N.J. Tytgat

In Amsterdam volgde Tytgat in 1971 dr. A.H. Wiebenga op als lector Gastro-enterologie en hoofd van de afdeling. In 1976 aanvaardde hij zijn benoeming tot hoogleraar. De afdeling Gastro-enterologie in de universiteitsklinieken was toen nog verdeeld over het Wilhelmina Gasthuis en het Binnengasthuis. In tegenstelling tot 'Nijmegen' lag het accent hier voornamelijk op de endoscopie. Opmerkelijk, omdat zijn thesis (Leuven) over fibrinogeen- en plasminogeenmetabolisme bij de mens en bij het proefdier handelde. In Seattle had hij met elektronenmicroscopie voortreffelijk onderzoek gedaan naar de structuur van de dunne darm. Guido was een zeer gedreven en inspirerend gastro-enteroloog. Onder zijn leiding groeide Amsterdam uit tot een endoscopisch centrum van wereldallure. Veel nieuwe endoscopische technieken werden hier ontwikkeld en geperfectioneerd. Met name uitbreiding en vervolmaking van ERCP-technieken onder leiding van prof. dr. K. Huijbregse (zie hoofdstuk 25) en de ontwikkeling van het stenten van maligne stenosen kunnen hier worden genoemd.



Guido Tytgat | Bron: www.future-health-2007.com



Het boek dat werd uitgebracht bij het afscheid van Guido Tytgat in 2002. Op de foto Kees Huijbregse (links) en Joep Bartelsman in discussie met Guido Tytgat.

De afdeling timmerde uitgebreid aan de weg. In 1973 organiseerde zij de eerste nascholingsweek. Dit zou uitgroeien tot een jaarlijks terugkerend evenement én tot de oprichting van de *European Postgraduate Gastro-surgical School*. Bij zijn afscheid in 2002 memoreerde Tytgat de succesvolle presentaties – die inmiddels de complete gastro-enterologie omvatten – als iets 'waar de afdeling GE terecht trots op mag zijn.' Talloze symposia volgden, met deelname van coryfeeën op velerlei gebied. Veel gastro-enterologen zijn door Tytgat en zijn team opgeleid en ingewijd in de geheimen van de meer complexe endoscopie. Het is dan ook de verdienste van Tytgat en zijn team, dat deze expertise zich vanuit 'Amsterdam' over de gastro-enterologische klinieken in het land heeft verbreed. Onder zijn leiding werden 106 proefschriften geschreven en publiceerde de afdeling zo'n vijftienhonderd artikelen.

Ook internationaal zijn de capaciteiten van Tytgat niet onopgemerkt gebleven. Hij werd gekozen tot president van de *European Association of Gastroenterology and Endoscopy* en later als president van de *World Gastroenterology Organization*. Het is zeker dat Tytgat en zijn team een zeer belangrijk aandeel hebben gehad in het plaatsen van de Nederlandse gastro-enterologie op de internationale kaart. Als eerbetoon aan zijn verdiensten is het MDL-laboratorium in het AMC naar hem vernoemd, het Tytgat Institute.

## Diep dal

### 'Ongelooflijk de pest aan [...] internisten'<sup>97</sup>

**Deze verzuchting van maagdarkarts Meuwissen Sr. (M.W.A. Meuwissen, Amsterdam), opgetekend door zijn zoon Stefan, de latere hoogleraar (VUMC), verwoordde een breed gedragen ergernis onder zijn collega's. In de ziekenhuizen was de verhouding tussen internisten en deelspecialisten, waaronder maagdarkartsen, in de regel nog verre van collegiaal. Hoewel maagdarkartsen in de periode 1913-1941 ook hun ongenoegen over de ontoegankelijke ziekenhuizen ventileerden, leidde dit na de Tweede Wereldoorlog tot ernstiger gevolgen.**

Door de toenemende kennis en technologie namen de klinische werkzaamheden toe. Ziekenhuizen werden daardoor ook voor de maagdarkartsen steeds belangrijker. Een behandeling in een polikliniek, thuis of in een verpleeghuis raakte geleidelijk aan obsoleet. Dit was een langzaam proces dat pas eind jaren zestig doorzette.<sup>98</sup> Het merendeel van de specialisten had nog een praktijk aan huis, vaak alleen voor particuliere patiënten. Er waren maar weinig maagdarkartsen die al vanaf het begin van hun praktijkvoering toegang hadden tot een 'eigen' ziekenhuis.



Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam, in de jaren '30. | Bron: Prentbriefkaart, Amsterdam

Boom had als consulent toegang tot de interne afdeling in het Binnengasthuis (Amsterdam), de broer van Meuwissen (T.) werkte in het Binnenziekenhuis (Eindhoven), Schalij Jr. (dr. G.) in het Diakonessenziekenhuis (Rotterdam), en Nap in het Bergwegziekenhuis (Rotterdam). Voor hoogleraren en andere academici gold vanaf 1961 de zogenaamde Queridoregeling. Om te voorkomen dat de academische ziekenhuizen vanwege de hogere inkomens in andere ziekenhuizen geen 'topspecialisten' meer zouden krijgen, kregen deze academici een toelage bovenop hun ambtelijke inkomen. Pas na 1970 breidden de deelspecialismen zich verder uit naar de perifere ziekenhuizen.

*De maagdarkartsen willen niets liever dan samenwerken, ook in de staven van de ziekenhuizen; zij worden hiertoe slechts zelden uitgenodigd.* (Hellemans, 1964)

Geleidelijk kwamen er meer ziekenhuizen die een breder aanbod aan deelspecialismen boden. Maar ook daar liepen deelspecialisten nog vaak tegen een muur van onwil op. Vrijwel alle interne deelspecialisten wisten daarover mee te praten. Illustratief voor deze situatie is het overzicht van de Landelijke Specialistenvereniging (voortaan LSV) van de gemiddelde verpleegduur van ziekenhuisopnames per specialisme uit 1966: 'Gegevens over maagdarkstofwisselingsziekten en allergische ziekten zijn niet beschikbaar.'<sup>99</sup>

Het zag er niet echt florissant uit voor de maagdarkartsen en wie wilde er gezien de problemen nu nog maagdarkarts worden?

## Opgaan in de vereniging van de internisten (NIV)?

In het jaarverslag 1946-1947 was secretaris G. SchaliJ (Jr.) nog optimistisch over de toekomst van 'ons specialisme'. Hoewel er de afgelopen jaren nauwelijks leden waren bijgekomen, vond hij 'het moeilijk aan te nemen dat ons specialisme in verval of onbruik zou geraken.' Toch was er wel wat aan de hand, want in mei 1949 stelde het bestuur voor om 'contact te zoeken met de Internisten Vereniging'. Boom was daar echter 'vierkant' op tegen. Er was zeker plaats voor een zelfstandig specialisme, in het buitenland nam het aantal maagdarmspecialisten toch ook toe? 'Wanneer wij ons zouden oplossen in de Internisten Vereniging', zou bovendien onze positie eerder verslechteren dan verbeteren. Onze positie betekende: die van 'De Professoren'. Zolang deze hooggeleerden nog dachten dat zij 'alles wisten', voelden zij niets voor een aparte status voor maagdarm- en andere deelspecialismen. In de vergadering van oktober 1957 kwamen de problemen opnieuw naar voren. De Amsterdammers Borst en Formijne waren nog steeds 'niet om'. De voorzitter vroeg aan Boom of hij Borst niet kon overhalen een aparte afdeling voor maagdarmsziekten op te richten. Daar begon Boom niet eens aan, maar bij Formijne leek er nu toch wat te gaan veranderen.<sup>100</sup>

Boom verzette zich ook tegen de welwillende houding van het bestuur tegenover de 'domeinuitbreiding' van de internisten, die stofwisselingsziekten aan zich wilden trekken. Na 1941 behandelden internisten (en endocrinologen) steeds vaker ook deze groep patiënten.<sup>101</sup> Bij de maagdarmsartsen was vroeger vooral de behandeling van diabetes een uniek voorbeeld van hun diagnostisch kennen en medisch kunnen. Maar nu waren stofwisselingsziekten 'zo geweldig uitgebreid dat ze een vak apart waren geworden.'

Het bestuur vond eigenlijk toen al dat deze 'nieuwe' ziekten niet op het terrein van de maagdarmsartsen lagen. Het opperde daarom de mogelijkheid om stofwisselingsziekten 'af te staan' aan de internisten. Niet dat de dagelijkse praktijk van de maagdarmsartsen door deze toegevoegde opstelling er dan veel beter op zou worden, want voor de internist was het hele maagdarm- en stofwisselingsspecialisme gewoon onderdeel van zijn werkterrein. Zij hadden volgens één van hun geschiedschrijvers toch al nooit begrepen waarom er in 1913 zo nodig een maagdarmspecialisme moest komen. 'Er was noch van een grote ontwikkeling van kennis noch van aparte methoden op dit gebied sprake [...] tot de komst van de moderne gastroscopen bleef dat zo.'<sup>102</sup> In hoofdstuk 2 is overigens beschreven dat in die periode daar wel enkele kanttekeningen bij geplaatst moeten worden. Hoe de maagdarmsartsen ondanks alles konden overleven – zij het ternauwernood – volgt hierna.

## 'Een buitengewoon moeilijk probleem' én 'een opgewekt wetenschappelijk leven'?

Behalve de weinig meegaande opstelling van het Centraal College dienden zich nog andere existentiële problemen aan.

De ontoegankelijke ziekenhuizen en het steeds kleiner wordende aantal maagdarmsartsen knaagden eveneens aan het bestaan van het specialisme. Het eerste grote wetenschappelijke probleem was de gedwongen beperking tot poliklinische hulp. Een substantieel aantal maagdarmsartsen had daarmee te maken. Vanaf eind jaren veertig werd het daardoor steeds lastiger om in de eigen ledenkring sprekers voor de wetenschappelijke vergaderingen te vinden. Dit 'buitengewoon moeilijke probleem' was het gevolg van 'het feit dat wij geen klinieken achter ons hebben om de interessante gevallen voldoende uit te werken en research te doen.'<sup>103</sup> Dit was zo'n nijpende kwestie dat er midden jaren vijftig zelfs minder wetenschappelijke vergaderingen werden georganiseerd. Als een *wetenschappelijke* vereniging niet kon terugvallen op de eigen leden, hadden internisten dan zo ongelijk met hun opvattingen over het maagdarmspecialisme? En dit waren, zoals gezegd, niet de enige problemen waarmee de maagdarmsartsen worstelden.

Aantal leden en buitengewone leden			
Jaar	Md-artsen	Buiteng. leden	Totaal
1913	11	21	32
1920	17	?	
1930	28	37	65
1940	27	21	48
1950	22	35	57
1960	19	81	100
1970	18	85	83
1973	18	84	102

NB Na de oprichting van de Vereniging voor Gastro-enterologie verviel het onderscheid tussen leden en buitengewone leden.

Bron: Jaarverslagen

Het betrekkelijk grote ledental voor 1941 was mede het gevolg geweest van de beperkingen die internisten destijds door de landelijke artsenorganisatie waren opgelegd. Na de erkenning van interne geneeskunde als specialisme in 1932 was het aantal maagdarmartsen geleidelijk gedaald. Dat doorgaan op de oude voet niet langer haalbaar was, kwam vooral door het kleine aantal leden. Hoewel er zware tijden aanbraken voor het belangrijkste doel van de vereniging, het stimuleren en verdiepen van de kennis van het specialisme, lukte het om nog een jaar of tien door te gaan. De aanzet daarvoor kwam uit een wel heel onverwachte hoek. Het was vooral te danken aan de buitengewone leden en dan in het bijzonder de internisten, die de agenda van de wetenschappelijke vergaderingen mede hielpen invullen. Begin jaren zestig bleek echter opnieuw dat het 'niet altijd gemakkelijk was' om sprekers te vinden, ook bij de internisten was het enthousiasme tanende.

Dat was een veeg teken. En dat terwijl internisten *buiten* de Vereniging van Maagdarmartsen om, de symposia met onderwerpen op gastro-enterologisch terrein wél goed zouden bezoeken. Hoewel, dat hield ook niet over. Zo trok het zesde Internationale congres voor gastro-enterologie in 1960 in Noordwijk veel buitenlanders, maar slechts dertig internisten uit eigen land (ASNEMGE, zie hoofdstuk 18).<sup>104</sup> Bovendien bleek nu dat er in verhouding veel minder internisten buitengewoon lid waren van de Vereniging van Maagdarmartsen dan gedacht; slechts veertig van de zeshonderd internisten.<sup>105</sup> Het leek erop dat niet alleen de belangstelling om maagdarmarts te worden afnam, maar dat ook de internisten hun belangstelling voor gastro-enterologie begonnen te verliezen.

## Langdradige conferenties in Leiden

Het verrast dan ook dat er in het gewijzigde reglement van 1961 ineens staat dat er *vier* wetenschappelijke vergaderingen per jaar moeten zijn. Het bleek dat er twee 'Leidse conferenties onder leiding van collega Haex' bij waren gekomen, en daar was niet iedereen het mee eens. Dekkers bijvoorbeeld, vond de kwaliteit van die bijeenkomsten van een te laag niveau, zij waren veel te langdradig, hij leerde er niets en daarvoor moest hij dan óók nog eens – als gewoon lid! – f 50,- betalen. Dit werd hem niet in dank afgenomen, temeer daar hij ook al aanmerkingen had op een andere wijziging in het reglement. In plaats van drie jaar een bestuursfunctie zonder directe herverkiezing, waren bestuursleden nu 'terstond herkiesbaar'. Dat was geen goed besluit, een bestuurslid moet niet 'ten eeuwige dage' kunnen worden herkozen.<sup>106</sup>

Het bestuur van de maagdarmartsenvereniging bleef ondanks alles optimistisch. Zo schreef secretaris Veeger naar aanleiding van de wetenschappelijke vergaderingen in 1967, dat er sprake was geweest van een 'opgewekt wetenschappelijk leven'. Hij voegde er echter aan toe dat vooral het aantrekken van gastsprekers 'voor herhaling vatbaar' was.

## Haex, een omstreden figuur

Een bijzondere positie werd ingenomen door de latere hoogleraar dr. A.J.C. Haex. In 1953 was hij benoemd tot hoofd van de polikliniek Interne Geneeskunde en van de afdeling Gastro-enterologie bij Mulder (Leiden). Dit was de eerste zelfstandige afdeling in een universitaire setting, die heel veel patiënten trok. Dat alleen al was een pluspunt. De maagdarmartsen hadden er in 1954 dan ook geen bezwaar tegen gehad om Haex als gewoon lid in te schrijven. Hij was weliswaar maagdarmarts, maar hij voldeed niet aan de voorheen zo belangrijke voorwaarde voor een gewoon lidmaatschap, nl. dat leden zich moesten beperken tot het beoefenen van uitsluitend het maagdarmspecialisme. Later leek Haex steeds meer in het 'internistenkamp' terecht te komen. Eerder in dit deel was bij de problematiek 'Moeder- en deelspecialismen' al te lezen hoe Haex over het specialisme dacht: 'het vaak onjuiste predicaat dat zij meer van maagdarmziekten op de hoogte waren dan internisten'. Nu was hij met zijn opvattingen geen vreemde eend in de bijt, want met uitzondering van de Groningse hoogleraar N.M.G. Orie, waren zijn collega-internisten het met hem eens: deelspecialismen sloegen nergens op. Voor de maagdarmartsen en hun vereniging, die het toch al zo moeilijk hadden, was dat beslist geen positieve impuls.

De rol van Haex is moeilijk te beschrijven, hij was een omstreden figuur. Aan de ene kant zijn er rondom zijn persoon de hagiografie benaderende getuigenissen. Aan de andere kant is er niet mis te verstane kritiek, niet alleen op zijn persoon, maar ook als medicus. Ook uit de bespreking van een Openbare Les van Haex door dr. L.A. Hulst

komt deze tweespalt naar voren.<sup>107</sup> Het zij zo. Wat in ieder geval zeker is, is dat Haex wel degelijk veel bereikte. Zo leverde hij ook een bijdrage aan zaken als organisatie van binnen- en buitenlandse wetenschappelijke bijeenkomsten en bestuurstaken. ‘Zijn’ internationale congres in 1960 was een groot succes. In het binnenhalen van financiën was hij zelfs heel goed. (‘Haex kon zelfs aan een Eskimo nog een vrieskist verkopen’, aldus Mark van Blankenstein). Dat bleek opnieuw in 1966 toen het Leids Universiteitsfonds gespreks- en conferentiecentrum het Eysingahuis opende. ‘Voor het bestuur van het Fonds [zal het] een genoegen zijn de Vereniging gastvrijheid te verlenen voor het houden van vergaderingen.’<sup>108</sup> Dit was mogelijk gemaakt door een gift van de bekende onroerendgoedman Zwolsman en daar had Haex voor gezorgd.<sup>109</sup> Hij mocht dan ook graag vertellen over ‘zijn Eysingahuis’. Tot 1973 hielden de maag Darmartsen hier hun wetenschappelijke vergaderingen, waaraan zij eensgezind goede herinneringen hebben. Ten slotte was de reorganisatie van de beroepsbelangentak van de vereniging in 1960, naast Hellemans, Schreuder en Dekkers, mede te danken aan Haex. Daardoor kon de vereniging zich gaan aanpassen aan de ‘eisen des tijds’. Door dit alles blijft de rol van prof. dr. J. Mulder onderbelicht, hij was een promotor van deelspecialismen en gaf ook de aanzet tot de afdeling Gastro-enterologie in Leiden.



A.J.C. Haex (links) ontvangt de Dicke-prijs voor zijn wetenschappelijke oeuvre uit handen van G.N.J. Tytgat, 1968. | Bron: Archief van de NVGE

## Dalende interesse voor gastro-enterologie<sup>110</sup>

Het andere grote probleem was dat er onder assistenten weinig animo was om zich als gastro-enteroloog te vestigen. De mogelijkheden voor vestiging waren gering en uitsluitend poliklinisch werken was geen optie meer. Tegenwerking in de ziekenhuizen was er nog volop. Illustratief daarvoor is dat er in 1970 geen enkele maag Darmarts meer was in steden waar er in vroegere jaren nog betrekkelijk veel waren, zoals Den Haag en Arnhem. Een opleiding is in zo'n geval minder relevant. In het jaarverslag van 1970 staat weliswaar dat er nu aan alle universiteiten Gastro-enterologie-afdelingen waren, maar er staat óók bij dat het aantal gastro-enterologen niet toenam en opengevallen plaatsen niet werden herbezet. Op wetenschappelijk terrein waren er vooralsnog veel obstakels te overwinnen en de kritiek op het specialisme leek eerder toe dan af te nemen. Bij de andere tak van de vereniging, de beroepsbelangen in ruime zin, ging het wat anders. De dalende aanmeldingen voor gastro-enterologie blijkt ook uit de percentages voor de keuze voor het moederspecialisme en de deelspecialismen tussen 1962 en 1966.

## Daling in procenten

Er werden in die jaren 305 specialisten geregistreerd in de interne geneeskunde, waarvan 65,9 procent internist was, 15,7 procent cardioloog, 14,1 procent longarts en 1,6 procent gastro-enteroloog.<sup>111</sup> In 1937 bedroeg dat laatste percentage nog 15,7.

## Gastro-enterologen in disguise

Toch waren er wel enige veranderingen gaande. Er was inmiddels een aantal internisten aan de universiteiten 'die zich beperken tot gastro-enterologie, maar zich niet zo noemen vanwege de problemen die dat kan opleveren.'<sup>112</sup> Niet zozeer een desinteresse voor de gastro-enterologie was in het geding, maar wel 'de belangstelling om zich als gastroenterologisch deelspecialist in het specialistenregister te laten inschrijven.'<sup>113</sup> Een registratie als internist had zo zijn voordelen qua acceptatie, toegang tot een ziekenhuis en vestigingsmogelijkheden. Dat gaf weinig beletsel voor de uitoefening van de gastro-enterologie in zijn volle omvang. Waarschijnlijk waren destijds alleen Kees Huibregtse, Joep Bartelsman en vermoedelijk ook Erik Wesdorp destijds 'zuivere md-artsen'. In de tussentijd bleven actieve gastro-enterologen, zoals Ten Thije, Hellemans, Schreuder en Dekkers, koppig geloven in een toekomst voor hun vak als specialisme. Eind jaren zestig was het duidelijk dat voortgaan op de oude weg

onherroepelijk naar het einde van het specialisme zou leiden. De maagdarmartsen Hellemans, Van Tongeren en buitengewoon lid Sebus kregen de opdracht van het bestuur uit te zoeken hoe deze weg kon worden omgebogen. Vooral Ten Thije zou hierin een belangrijke rol hebben gespeeld, maar ook Hellemans heeft heel veel gedaan voor de vereniging. De resultaten van hun 'voorstudie' legden zij in 1971 vast in een nota. Er was inderdaad een mogelijkheid het specialisme nieuw leven in te blazen. Dit resulteerde in 1973 in de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie. Wachtte hen daardoor nu eindelijk een betere toekomst?

### Specialisten die – ondanks alles – nog kozen voor maagdarmziekten en het lidmaatschap van de maagdarmereniging

1960	F. Hansen, Rotterdam	1966	Geen
	J.R.B. Polee, Utrecht	1967	Geen
1961	W.G. Linscheer, Noordwijk <sup>1</sup>	1968	Mej. J. Kreuning, Leiden
1962	P. Nap, Rotterdam	1969	A.H. Wiebenga, Amsterdam <sup>3</sup>
	W.C. Veeger, Groningen <sup>2</sup>		
1963	Geen <sup>2</sup>	1970	Mej. I.T. Weterman, Leiden
1964	O.J. ten Thije, Utrecht	1971	J.H.M. van Tongeren, Nijmegen
			G.N.J. Tytgat, Amsterdam
1965	P. van Leeuwen, Rotterdam	1972	A. Bartelink, Groningen
			H. Poen, Utrecht

1) Linscheer vertrok het jaar daarop naar Boston (USA). Tien jaar later werd hij hoogleraar in New York State, aan het Veterans Administration Hospital in Syracuse.)

2) Volgens gegevens van de SRC werden er in 1962 drie maagdarmartsen ingeschreven, in 1963 één en in 1965 geen.

3) De voorkeur van Wiebenga, begonnen als internist, ging toch uit naar interne geneeskunde; hij bleef wel lid.

## Imago maagdarmartsen

Tot in de tweede helft van de twintigste eeuw scoorden maagdarmartsen betrekkelijk laag in de medische rangorde. Nog nederiger waren, in de ogen van hun collega's, tuberculoseartsen en artsen met een ambtelijke functie. Het bijzondere bij de maagdarmartsen was dat zij zelf, ook nog in 1973, aangaven dat hun aanzien matig was.<sup>114</sup> De naamgeving alleen al had bij de maagdarmartsen iets 'onsmakelijks', of zoals Hellemans dit typeerde: 'onrein (braaksel, faeces)'. 'Dat contrasteerde met dat wat door longarts, cardioloog of hematoloog onderzocht wordt.'<sup>115</sup> Hellemans vermoedde dat dit weleens de reden kon zijn voor de dalende interesse in hun specialisme.



Luchtfoto van het Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam, in de jaren '70.

De grote groep van laagbetaalde patiënten in de maagdarmpraktijk werkte evenmin mee aan een statusverhoging van het specialisme.

Onder de collega's bleef het aanzien van het specialisme nog vrij lang 'matig'. De maagdarmartsen wezen daarvoor als belangrijkste reden aan dat er nog geen leerstoelen gastro-enterologie waren (de universiteit van Utrecht was de eerste met de benoeming van Ten Thije in 1974). Wetenschappelijke gezien was het misschien nog belangrijker, dat er nog zo weinig maagdarmartsen waren die met hun publicaties, lezingen en consulten het aanzien

konden verbeteren. De internist Sebus was in 1967 enthousiast 'binnen gehaald', omdat hij toen al zegge en schrijve vijf voordrachten voor de vereniging had gehouden.<sup>116</sup>

Ook deze problemen kunnen wat worden gerelativeerd door een vergelijking met andere deelspecialismen te maken. Opnieuw dient het deelspecialisme longziekten hier als voorbeeld: longartsen hadden eveneens maar weinig voeling met de universiteiten, hun vak stond zelfs 'ietwat buiten de universitaire sfeer'.<sup>117</sup> Vóór 1970 leek het er ook bij hen op dat hun specialisme misschien wel te weinig *body* had om te kunnen overleven. Ook van dit specialisme waren maar weinig publicaties verschenen en was er nogal wat kritiek op de niet-publicerende, meestal oudere collega's. Ten slotte had ook hun wetenschappelijke vereniging daar niet direct een antwoord op. Beide specialismen maakten daarna een snelle doorstart, op weg naar een volwaardig specialisme.

De tegenwoordige gastro-enterologen, of maag-darm-lever(MDL)-artsen, hebben allesbehalve een imagoprobleem. Dat was onder meer te danken aan de technische ontwikkelingen en de toenemende medische kennis. Het specialisme maagdarmleverziekten omvat de diagnostiek en de behandeling van aandoeningen van het maagdarmkanaal, de galwegen, de lever en de alvleesklier. Dat de huidige omschrijving van het vakgebied wat neutraler klinkt, lijkt niet echt meer mee te tellen.

## Professionalisering van de beroepsbelangenvereniging

### Onbepaalde expansie

Vóór 1941 had de overheid op het gebied van de gezondheidszorg het particuliere initiatief alle ruimte gegeven. Ook daarna was dat nog zo, maar zij hield zich nu niet helemaal afzijdig meer. De jaren na de bevrijding stonden in het teken van schaarste én van goede voornemens. Tot in de jaren zestig was er op elk terrein een streng loon- en prijsbeleid, ook in de gezondheidszorg. Ziekenhuizen kregen bouwbeperkingen opgelegd en lonen en tarieven werden bevroren. In de loop van de jaren zestig verbeterde de economische situatie waardoor de strenge regulering niet meer zo urgent leek. Prompt begonnen ziekenhuizen aan een inhaalslag met verbouwingen en uitbreidingen, en alle werkers in de gezondheidszorg kwamen met salariseisen. Ziekenhuisbesturen bepaalden weer zelf hun beleid. Voeg daarbij het groeiende medische aanbod door technologische vernieuwingen en jaar in jaar uit stegen de kosten van de intramurale gezondheidszorg. In de steden waren vaak meerdere moderne ziekenhuizen die vrijwel allemaal dezelfde voorzieningen aanboden, zoals een gemeenteziekenhuis, een diaconessenhuis en een rooms-katholiek ziekenhuis. Want als het ene ziekenhuis 'iets moois' bood, wilden de andere ziekenhuizen dat ook. De kosten stegen navenant. Eind jaren zestig leidde dat tot het overheidsbesluit om prijs- en beheersingsregelingen in te voeren. Het zouden de eerste stappen zijn op een oneindig lange weg naar kostenbeheersing. Dit lukte echter nooit tot ieders 'tevredenheid'. Vrijwel elke nieuwe regering dacht met haar beleid 'winst' te behalen en de kosten in toom te kunnen houden. Dat dit ooit mogelijk zou zijn, bleek een onbereikbare utopie. Het *laissez-faire* in de gezondheidszorg was echter wél voorgoed voorbij.

### Toenemende werkzaamheden

Wetenschappelijke verenigingen ontkwamen niet meer aan de professionalisering van hun organisatie, ook de vereniging van de maagdarmartsen niet. De toenemende 'papierstroom in de Nederlandse Medische wereld' en de aanmerkelijk gestegen vraag naar preadviezen vroegen om 'formalisering van de organisatie'. Nadat enkele enthousiaste nieuwkomers begin jaren zestig een professionaliseringsproces in gang hadden gezet, was de vereniging veerkrachtig genoeg voor een 'nieuwe start'.<sup>118</sup>

De 'aanpassingen aan de tijd' waren ook zichtbaar in de (jaar)verslagen van de huishoudelijke vergaderingen en het optreden van het bestuur. In de jaren vijftig waren de verslagen van de huishoudelijke vergaderingen geen enkele afspiegeling meer van die ten tijde van Schrijver, De Groot, Schaij Sr. en anderen. De verslaglegging was nu zo vereenvoudigd, dat er soms geen 'touw meer aan vast is te knopen'. Een aanwijzing dat er wat ging veranderen, geeft het verslag van de voorjaarsvergadering in 1959. Voor de eerste keer werd er een CV van een aspirant-lid inhoudelijk besproken én genotuleerd. En het jaar daarop kwamen er eindelijk getypte jaarverslagen en notulen.

De belangrijkste ontwikkelingen en acties van het bestuur waren nu in de notulen terug te vinden, die moderner en professioneler oogden. Discussies over aanstaande leden, materiële zaken en problemen bij de opleiding bijvoorbeeld, voorheen min of meer verzwegen, werden nu genotuleerd als ter zake doende informatie.

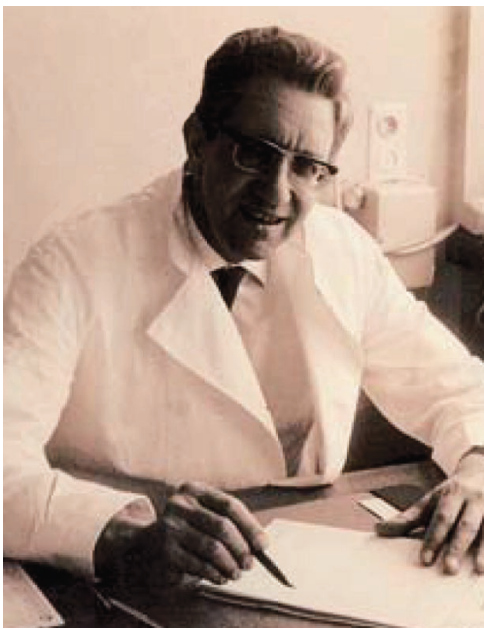
## Nu de leden nog

In het eerste jaarverslag in de vernieuwde versie was er veel aandacht voor het eerdergenoemde zesde internationale congres in Leiden.<sup>119</sup> Dit was zonder meer een succes. Gezien de summiere aandacht voor de vijf daaraan voorafgaande congressen was dat duidelijk een cesuur. Een specialist, niet per definitie een maagdarkmarts, schreef daarover hooguit een verslag in het NTVG.

Het bestuur had tevens een aantal andere zaken voortvarend aangepakt, zoals de wijziging van het reglement uit 1913, de instelling van een commissie die zich met de opleidingsmoeilijkheden moest bezighouden en één voor de beroepsbelangen van de leden. Kortom een heel nieuw 'stramien' waarmee het bestuur meer leden hoopte aan te trekken. Dat was nog steeds bij 'voortduring een zorg', maar nu hadden zich dan toch enkele jonge leden aangemeld, constateerde secretaris Dekkers tevreden in 1960.<sup>120</sup> Gezien de ongekend moeilijke tijden die de maagdarkmartsen nog te wachten stonden, was het geruststellend te weten dat de vertegenwoordiging van het specialisme in goede handen was bij het bestuur.

De belangstelling van de leden voor de huishoudelijke vergaderingen was bij veel wetenschappelijke verenigingen gering, ook daarover wisten de maagdarkmartsen mee te praten. In de periode tot 1941 kwam het regelmatig voor dat alleen de bestuursleden aanwezig waren, eventueel aangevuld met oud-bestuursleden. Nu de maagdarkbestuurders zich meer richtten op de beroepsbelangen van de organisatie, hoopten zij dit tij te kunnen keren. Maar secretaris Veeger was toch teleurgesteld, want nog steeds bleek de belangstelling voor die vergaderingen 'overwegend passief van karakter'. 'Moge dit veranderen!', verzuchtte hij in 1964.<sup>121</sup> Die wens leek een jaar later in vervulling te gaan: 'de indruk bestaat' dat een toenemend aantal leden de vergaderingen bezoekt. Nu was echter de deelname aan de wetenschappelijke vergaderingen weer te gering. De komende jaren waren er op de huishoudelijke vergaderingen gemiddeld tien leden aanwezig. Percentagegewijs mochten de bestuurders dus niet klagen, dat was wél ruim de helft van het aantal leden. Zoals eerder vermeld, was die andere helft *sowieso* niet actief.

## Tijdrovende besprekingen over beroepsbelangen



Schreuder (1921-2009), de 'eeuwige' secretaris van de Commissie MaagDarkmartsen. | Bron: Archief van de NVMDL

De werkzaamheden van de vereniging leken zich jaar na jaar verder uit te breiden. Behalve de perikelen rond het specialisme hadden de bestuursleden nog veel andere taken. Het concilium, visitatiecommissie, organisatie van een congres of wetenschappelijke vergaderingen, vertegenwoordiging bij buitenlandse bijeenkomsten, de Landelijke Specialisten Organisatie (LSV), tariefonderhandelingen – om er maar enkele te noemen. Deze waren alleen al zo intensief omdat de vereniging uit een wel heel kleine bron moest putten. Een paar actieve maagdarkmartsen moesten alle werkzaamheden verrichtten. Een fenomeen dat wel vaker voorkwam bij de wetenschappelijke verenigingen, maar daar was de keuze meestal groter, zowel op wetenschappelijk als op maatschappelijk terrein. Hoewel de termijn voor een bestuursfunctie officieel drie jaar was, bleven de bestuursleden van de maagdarkvereniging om die reden veel langer in functie. Tien jaar was heel gewoon. Als bestuursleden daar al bezwaar tegen hadden, was dat vooral als een bestuurslid te eigengereid optrad. Aan de top zat Boom, die gedurende zijn lange carrière altijd bereid was taken voor de vereniging op zich te nemen. Daartegen had niemand ook maar het geringste bezwaar. Ook bij Schreuder en



Hellemans niet, zij zaten eveneens langer dan tien jaar. Beiden vervulden alle mogelijke bestuursfuncties. Daarom komen vaak dezelfde namen 'langs'. Met uitzondering van de voorzitter was het helemaal niet gemakkelijk om bestuurders te vinden. Vanwege de vele werkzaamheden besloot het bestuur in 1966 een tweede secretaris aan te stellen. Maar wie? Schreuder, nu penningmeester, sprak daarom 'een woord van opwekking speciaal tot de Rotterdamse collegae, die eigenlijk geen enkele activiteit ontplooiden in de Vereniging, om zich nu ook eens beschikbaar te stellen tot enig bestuurlijk werk.' Want in 'onze kleine vereniging' lijkt het toch een plicht dat ieder zijn steentje bijdraagt.<sup>122</sup> Het werkte. Tweede secretaris Hansen – het jonge lid, dat zich in 1960 had aangemeld – kon nu als Rotterdammer bovendien 'zijn kennis en ervaring uit de periferie inbrengen' in de vereniging! Juist die Rotterdammers hadden het moeilijk, met de 'dichtgetimmerde plaatselijke ziekenhuizen'. Zij richtten zich, ondersteund door het bestuur, met een noodoproep tot de LSV om aandacht te vragen voor de moeilijkheden die orgaanspecialisten in de perifere ziekenhuizen ondervonden. Bij de LSV lagen echter deelspecialismen ook wat moeilijk. In die jaren werd zij nog gedomineerd door de twee grote vakken (interne en chirurgie), waardoor zelfs dáár de aandacht voor de 'kleine' vakken werd ondergesneeuwd.

## Honorering van specialisten en het Ziekenfondsbesluit

In de jaren dertig sloot een toenemend aantal ziekenfondsen jonge specialisten het eerste jaar uit van de fondspraktijk. Het waren financieel moeilijke tijden en 'de ervaring had geleerd dat met elke specialist die zich vestigt, de kosten van het betrokken specialisme toenemen', vooral als dat een tweede of derde specialist in een bepaald specialisme was. De vergoeding van klinische hulp was veel te duur voor de fondsen, zeker de vergoeding bij interne ziekten. Het ziekenfonds Voorzorg in Arnhem vergoedde echter zowel de polikliniekkosten als klinische hulp.<sup>123</sup> In Rotterdam kregen specialisten een vergoeding voor de nabehandeling in het ziekenhuis. De langdurige recessie dwong de fondsen en andere instanties kortingen op de overeengekomen tarieven in te voeren. Pas door de invoering van het Ziekenfondsbesluit (1941) was ook de klinische hulp verzekerd.

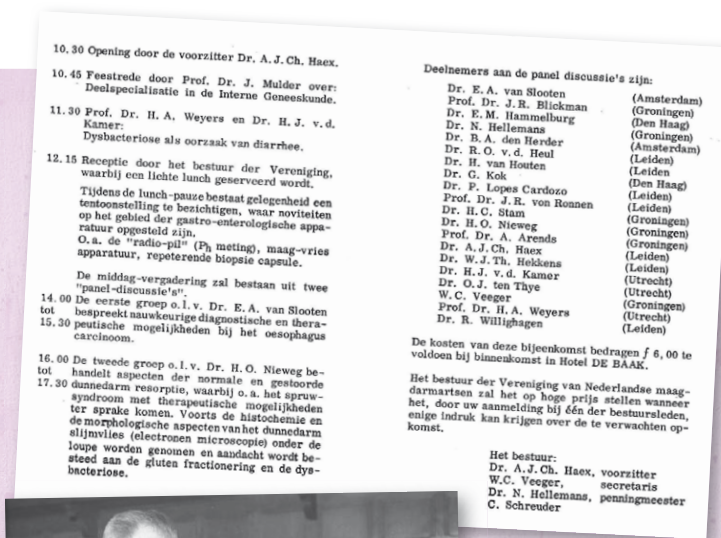
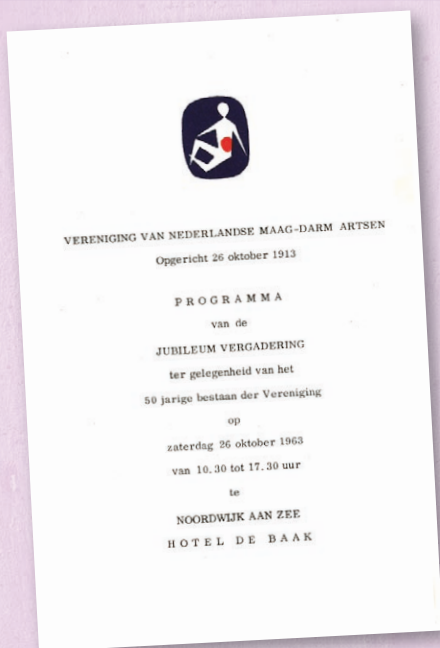
## Tariefbesprekingen

Men was aan kortingen of bevrozing van de tarieven wel gewend. Iedereen, ook de partijen in de gezondheidszorg, kreeg door de berooide overheid te maken met een loonstop en uitgavenbeperking. Dat maakte de onderhandelingen over de vaststelling van de tarieven en de honoreringsstructuur (een abonnementshonorering en een gedeeltelijke betaling per verrichte dienst) er niet eenvoudiger op. Deze waren sinds 1946 aan de gereorganiseerde landelijke specialistenvereniging toevertrouwd.<sup>124</sup> Om adequaat te kunnen reageren op de tariefonderhandelingen met de ziekenfondsorganisaties en andere verzekeraars, drong de LSV er in 1947 bij de wetenschappelijke verenigingen op aan een eigen beroepsbelangencommissie op te richten. Zij onderhandelde nu ook met de koepelorganisaties van de particuliere verzekeraars over de tarieven. Bij de maagdarkartsen was een bestuurslid de afgevaardigde bij deze vereniging. Het resultaat van deze onderhandelingen tussen specialisten en ziekenfondsen was tweeledig. Aan de ene kant was dat indrukwekkend, want ondanks alles bereikte men over bepaalde punten toch steeds weer overeenstemming. Anderzijds waren er nogal wat conflicten over bijvoorbeeld de honoreringsvorm en de in de jaren vijftig ingevoerde degressieve tarieven.<sup>125</sup>

## Partijen in de ziektekostenverzekeringen

Ziekenfondsen, anders dan de fondsen van de Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst, de Afdelingsfondsen, hadden zich al vóór 1930 in koepelorganisaties verenigd. Voor de meestal kleine en niet op winst berustende ziekenhuisverplegingsfondsen gold op kleinere schaal hetzelfde. Deze waren vaak plaatselijk of regionaal georganiseerd en niet berekend op de hoge kosten van de intramurale zorg. Operatie en behandeling waren zware risico's, te zwaar voor menig fonds. Bij die verzekering moet men dan ook niet altijd denken aan honoreringen van specialisten, een deel vergoedde alleen de ligkosten en de chirurg. Door de steeds hogere kosten van ziekenhuisopname en behandelingen was er nu ook voor particuliere patiënten behoefte aan een verzekering van die kosten. Verzekeraars voor die categorie patiënten sloten zich in 1961 eveneens aan bij een koepelorganisatie,

de Kontaktcommissie van Organisaties van Landelijke Ziektekostenverzekeraars (de KLOZ). Evenredig daaraan namen ook die kosten toe.



Tijdens de 45-jarige jubileumvergadering in 1958 ontving W.K. Dicke (links) de eerste, naar hem genoemde eremedaillon van de vereniging uit handen van zijne excellentie J. Cals, minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen. (Leiden)

Bron: Archief md-artsen

Programma ter ere van het 50-jarig jubileum in 1963 van de Vereniging van Maagdarmartsen.

## Belang van ziekenfondsinkomen

In de voorjaarsvergadering van 1947 van de maagdarmartsen kwamen ook de tarieven summier ter sprake.

Secretaris Schalij Jr. beperkte zich toen tot de tarieven van de Rijks Verzekerings Bank, die hij 'billijk' vond. Ziekenfondstarieven, die altijd het meeste stof deden opwaaien, noemde hij niet. De landelijke specialistenvereniging onderhandelde daar weliswaar ook over, maar het loon- en prijsbeleid van de overheid gaf weinig onderhandelingsruimte aan de partijen. In de loop van de jaren zestig veranderde dat. Schreuder en A.W. Herweyer vertegenwoordigden toen de maagdarmartsen bij de besprekingen.

De tarieven waren dan wel laag, maar er stond wel wat tegenover. Specialisten hadden met de ziekenfondsbijdragen een 'vaste' bron van inkomsten. Dat bleek ook weer toen de Rotterdamse maagdarmartsen – degenen die het vooral moesten hebben van hun diabetes- en andere poliklinische patiënten – protesteerden toen zij stofwisselingsziekten moesten afstoten. Daar kwam nog bij dat röntgenologie door de hoge investeringskosten van de apparatuur nauwelijks meer rendabel was te maken. Zo verloren deze maagdarmartsen veel terrein en daarmee een belangrijke vaste bron van inkomsten. Hierin was er nu eens geen onderscheid tussen internisten en maagdarmartsen, want de honoraria waren zo ongeveer gelijk. Voor beide specialisten bleven de tarieven van de röntgenologen voorlopig nog een bron van ongenoegen. Was dat nog een voortzetting van hun voorgeschiedenis – de wijze waarop röntgenologen vanaf het begin hun belangen wisten over te brengen –, of kwam dit omdat zij meer tot de verbeelding spraken dan internisten en maagdarmartsen?

*Inmiddels is de aanwezigheid van het beperkte aantal geregistreerde gastroenterologen zo belangrijk, dat hun beroepsbelang bewaakt moet worden.*

(Hellemans e.a., 1971)

## Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars

Tariefonderhandelingen stonden nu vrijwel elk jaar op de agenda. De onderhandelingen beperkten zich niet meer tot vooral de ziekenfondsen, ook particuliere verzekeraars waren er steeds intensiever bij betrokken. In de regel was er een hemelsbreed verschil in sfeer tussen deze onderhandelingen en die met de ziekenfondsen.<sup>126</sup> Met de particuliere ziektekostenverzekeraars was nog goed tot overeenstemming te komen, de onderhandelingen met de ziekenfondsen verliepen in een steeds grimmiger wordende sfeer. Mede door nieuwe ingrepen of inflatiecorrecties waren de tarieflijsten zo tijdrovend. Particuliere tarieven waren toen nog ‘compensatietarieven’ voor die van de ziekenfondsen. Opnieuw zette aanstaande wetgeving aan tot haast, want de kans dat ‘de minister regels [zou] gaan stellen’ was reëel. Die haast was er nu vrijwel continu. Afgevaardigde Schreuder verzuchtte dat de leden wellicht niet zo tevreden waren met het resultaat van de onderhandelingen, dat was het hoogst haalbare geweest en pas na zeer intensieve en langdurige onderhandelingen bereikt. Niemand kon vermoeden dat deze inspanningen in het niet vielen bij wat de specialisten daarna tot in de huidige tijd nog te wachten stond.

## Leden van de vereniging

Maagdarkmartsen 1 januari 1960		Maagdarkmartsen 1 januari 1971	
B.K. Boom	Amsterdam	(B.K. Boom)*	(Amsterdam)
H.J.N. Dekkers	Amsterdam	H.J.N. Dekkers	Amsterdam
Mej. A. Dhont	Leiden	A.J.C. Haex	Oegstgeest
A.J.C. Haex	Leiden	J.F. Hansen	Rotterdam
J.F. Hansen	Rotterdam	Van der Heide	Rotterdam
Hazenberg	Apeldoorn	N. Hellemans	Groningen
Van der Heide	Rotterdam	A.W. Herweyer	Rotterdam
N. Hellemans	Groningen	Mej. J. Kreuning	Leiden
A.W. Herweyer	Rotterdam	Mej. E.E.J. Kropveld	Amsterdam
Mej. E.E.J. Kropveld	Amsterdam	P. van Leeuwen	Den Haag
Levy van Vinnighe	Amsterdam	P. Nap	Rotterdam
Ladenius	Haarlem	J.H.B. Polee	Bilthoven
J.H.B. Polee	Utrecht	H.W. Schiffer	Rotterdam
(F.A. Schaly)*	(Rotterdam)	C. Schreuder	Amsterdam
G. SchaliJ Jr.	Rotterdam	O.J. ten Thije	Utrecht
H.W. Schiffer	Rotterdam	W.C. Veeger	Groningen
C. Schreuder	Amsterdam	Mej. I.T. Weterman	Leiden
W.C. Veeger	Groningen	A.H. Wiebenga	Leiden
H.A. der Weduwen	Rotterdam		

\* Maagdarkmarts in ruste

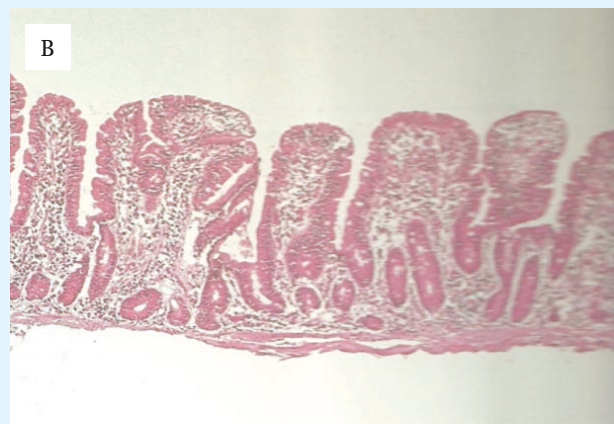
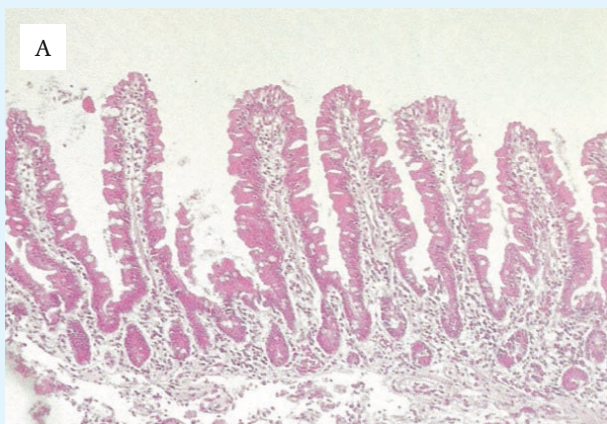
NB Niet alle voorletters zijn bekend

Alle gebeurtenissen bij elkaar genomen zat het de maagdarkmartsen niet mee.

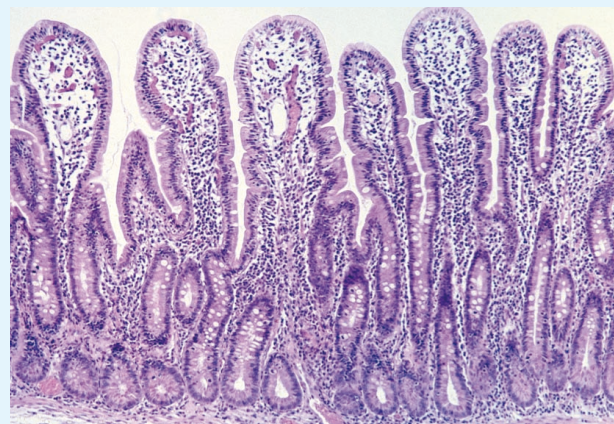
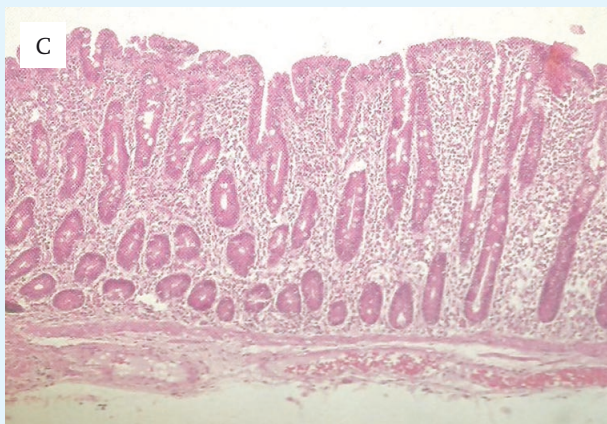


Coeliakie is, zo weten wij nu, een aandoening van de dunne darm met een permanente overgevoeligheid voor gluten. Dat veroorzaakt een immunologische ontstekingsreactie, waardoor het slijmvlies van de dunne darm een zeer groot deel van het voedingsstoffen-opnemende oppervlak verliest. Deze ziekte leek in vroeger jaren alleen bij kinderen voor te komen. Uit onderzoek van Kamerling in 1935 bleek zelfs, dat deze aandoening slechts zelden tot op volwassen leeftijd bleef bestaan.<sup>1</sup> Al met al waren er niet veel patiëntjes met coeliakie, maar wellicht meer dan blijkt uit de literatuur, omdat de diagnose moeilijk te stellen was. De therapie zocht men vooral in een dieet, een vanaf de negentiende eeuw veelvuldig toegepaste therapie bij vrijwel alle ziekten, op grond van de heersende kennis daarover. Het was en is een ingrijpend ziektebeeld, waarvan kinderen ook nu nog erg ziek kunnen zijn. In 1950 toonde de Nederlandse kinderarts dr. W.K. Dicke in zijn dissertatie aan dat de patiënten volledig herstelden met zijn dieet zonder tarwe en enkele andere granen. Daarmee is dit een mooi voorbeeld van een dieettherapie met wel degelijk een geneeskundige werking.

Binnen de gastro-enterologie leidde coeliakie vele jaren een rustig, sluimerend bestaan. Pas eind jaren tachtig nam ook in deze kring de belangstelling voor coeliakie toe. Het bleek om een groot aantal patiënten te gaan, en niet alleen om kinderen.



(A) De normale opbouw van darmmucosa; (B) De darmmucosa na glutentoeiening in tarwebrood. Duidelijk is een afvlakking van de vlokstructuur te zien en een toename van de intra-epitheliale ontstekingscellen (HE-kleuring X 70).



Bijna volledig afgevlakte darmmucosa bij een coeliakiepatiënt: subtotale vlokatrofie (HE-kleuring X 70).

Geringe vlokatrofie bij een coeliakiepatiënt met vooral hyperplasie van de crypten en intraepitheliale ontstekingsinfiltraat (X 70). | Bron: Proefschrift Peter Wahab, VUMC, 2002

(A,B,C) Bron: J.J. Misiewicz, *Atlas of Gastroenterology*, Vol. 1, Glaxo-Roche, Gower's Publishing Ltd, London, UK

## Voorgeschiedenis: 'Het beste resultaat met Hollandse mosselen'

Coeliakie heeft een lange voorgeschiedenis, die voor de moderne, natuurwetenschappelijke geneeskunde terugvoert naar 1887. De Londense kinderarts S.J. Gee hield toen een voordracht over zijn bevindingen bij een ziekte die hij *coeliac disease* noemde (een uit de Oudheid stammende term).<sup>2</sup> Nadat hij zijn voordracht een jaar later had gepubliceerd, kreeg hij al snel naamsbekendheid. Gee zag het als een chronische ziekte die alléén met een dieet was te genezen. Hij adviseerde rijst en maïs te vermijden, maar geroosterd brood mocht wel. Het beste resultaat had hij, niet onverwacht, gehad met een dieet van uitsluitend Hollandse mosselen. Dat was echter moeilijk vol te houden.

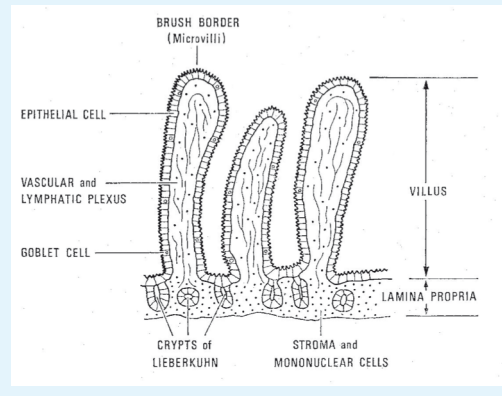
De Amerikaan C.A. Herter was een andere medicus die veel werd aangehaald door latere onderzoekers. In 1908 publiceerde hij het resultaat van zijn dieetbehandelingen. Zijn conclusie was dat een dieet met vet minder kwaad deed dan een dieet met koolhydraten.<sup>3</sup> Daarna noemde men coeliakie ook wel de ziekte van Gee-Herter, die het overigens zelf had over intestinaal infantilisme. Andere onderzoekers volgden. In de meeste diëten waren zowel vetten als koolhydraten beperkt. Het bananendieet en andere vruchten-groentediëten bleven nog het langst in gebruik. Achteraf gezien was het logisch dat die werkten, maar ook deze waren niet goed vol te houden omdat ze te eenzijdig waren. In Nederland ontstond een variant daarop met het appel-hangopdieet van de kinderarts prof. dr. J. van Lookeren Campagne (Groningen).<sup>4</sup>

Na 1920 kreeg men meer oog voor eventuele deficiënties in de dieetvoeding, ten gevolge van het dieet en de barrière die het beschadigde dunne-darmslijmvlies veroorzaakte.

De ideeën van Gee, Herter en enkele anderen leken in de goede richting te gaan. Maar men was er nog lang niet, ondanks de soms gunstige resultaten van bepaalde diëten. Voorlopig bleven diagnose, oorzaak en behandeling nog duister. In de jaren twintig groeide ook in Nederland de wetenschappelijke belangstelling voor coeliakie, om te beginnen bij onderzoekers van de universiteitskliniek van Utrecht, het Wilhelmina Kinderziekenhuis. 'Onder' Hijmans van den Bergh was kindergeneeskunde daar een belangrijk onderzoeksgebied geworden (tot 1938). In 1933 benoemde de faculteit dr. A. ten Bokkel Huinink als hoogleraar in de kindergeneeskunde. Dicke volgde hem in 1957 op, na zijn overlijden in 1962 gevolgd door H.A. Weijers (1972).

## De 'Utrechtse School'

De belangstelling van Hijmans van den Bergh voor kindergeneeskunde leverde veel publicaties op vanuit zijn kliniek. Over coeliakie verscheen van L. Schaap de eerste dissertatie in 1924. Hij beschreef daarin zijn onderzoek bij drie patiëntjes volgens zijn referent 'zóó nauwkeurig en in zooveel verschillende richtingen', dat het zonder meer een waardevolle aanwinst was. Zeker in Nederland, waar nog niet veel kennis was op dit gebied.<sup>5</sup> Zijn professionele betrokkenheid bleek ook uit zijn beschrijving van de wederwaardigheden van 'Marietje, Netje en Hans', die hij daardoor als het ware een beetje tot leven bracht. De behandeling van coeliakie was weliswaar nog niet zo succesvol, maar met een 'zeer zorgvuldig', individueel dieet kwam men het verst. Nadat de eerdergenoemde Kamerling in 1935 de resultaten van zijn onderzoek had gepubliceerd, bleef het enige tijd stil in Utrecht, om eind jaren



Normale opbouw van dunne-darmmucosa (vergroting X 75).

Bron: Archief Afd. MDL-ziekten, UMC Utrecht



Normale dunne-darmvlokken zoals zichtbaar onder een prepareermicroscop (vergroting X 25).

Bron: Archief Afd. MDL-ziekten, UMC Utrecht

veertig ‘massaal’ terug te keren. In die tussentijd waren er echter belangrijke ontwikkelingen gaande in een niet-universitair ziekenhuis.

## Het Juliana Kinderziekenhuis in ‘s-Gravenhage

Dr. H.A. Stheeman, geneesheer-directeur van dit kinderziekenhuis, beschreef in 1932 in het NTvG vier patiëntjes met ‘coeliac disease’, die hij in dat jaar had behandeld. Voor zij in het Juliana Ziekenhuis waren opgenomen, waren zij al heel lang, tevergeefs, met medicijnen en diëten behandeld. Zijn conclusie was dat de ‘gevoeligheid tegenover vet [...] het belangrijkste’ was. Hij concludeerde ook dat dit meestal tijdelijk was. In zijn ziekenhuis lukte het hem meestal wel om een werkzaam dieet te vinden, maar ‘het darmkanaal blijft het kwetsbare punt.’ Tot hij ‘een gelukkige inval [kreeg die hem] deed grijpen naar het ventraemon.’ Dit was een poeder bereid uit gedroogde varkensmagen die medici vooral toegepasten bij kinderen met een tekort aan vitamine B12, waarvoor zij anders grote hoeveelheden rauwe lever kregen. Dat de kinderen daarvan konden opknappen zou kunnen, vooral als zij er ook nog ijzer bij kregen, want bloedarmoede kon eveneens het gevolg zijn van de slechte absorptie. Dat deze patiëntjes inderdaad aan coeliakie leden, is niet zeker.

### ‘Lijdensweg werd zegetocht’

Onmiddellijk na de toediening van ventraemon ‘deed zich een critische omslag voor van alle wezenlijke verschijnselen [...] bij hetzelfde dieet, dat tevoren faalde!, dat was een ware zegetocht.’<sup>6</sup> Tien jaar later leek deze therapie echter in de vergetelheid geraakt. Hoewel de combinatie van een bolle ‘kwabbel’buik en dunne armen en benen op coeliakie wezen, was de diagnose moeilijk, zeker in vroeger jaren. De symptomen waren niet altijd zo duidelijk. Bovendien wezen een opgezette buik, ernstige darmklachten, groeistoornissen en een ‘betrekkelijk goed gevuld gezichtje’ niet altijd op coeliakie. Soms kon men met differentiaaldiagnostiek enkele andere ziekten uitsluiten. Sectie, waarmee men veel nieuwe medische kennis vergaarde, bracht de kennis van coeliakie evenmin verder. Er werden bij deze kinderen heel weinig secties verricht en de afwijkingen die men soms vond, waren secundair. Stheeman zelf had twee ‘gevallen die tot sectie kwamen.’ De postmortale aanwijzingen waren echter tegenstrijdig en weinig overtuigend.<sup>7</sup> Nog eind jaren zeventig bleken sommige internisten niet goed op de hoogte van de diagnostiek. Dat bij iedere onverklaarde ijzergebreksanemie een dunne-darmbiopt op coeliakie moet worden genomen, was iets waarvan zij nog nooit hadden gehoord.

Toen Stheeman in 1934 op 70-jarige leeftijd met pensioen ging, was de behandeling van coeliakie niet veel verder gekomen. Maar hij inspireerde wél zijn opvolger, dr. W.K. Dicke. Diens onderzoek en het daaruit afgeleide dieet zouden naar een keerpunt in de behandeling leiden. Dicke verwees in zijn dissertatie naar Stheeman als degene die hem op het goede spoor had gezet. In zijn artikel over ventraemon bij coeliakie had Stheeman namelijk geschreven dat de ‘catastrophes’ die één van zijn patiëntjes troffen, werden ingeleid door zetmeeldieetfouten, beschuit, brood en meelstrijzen.

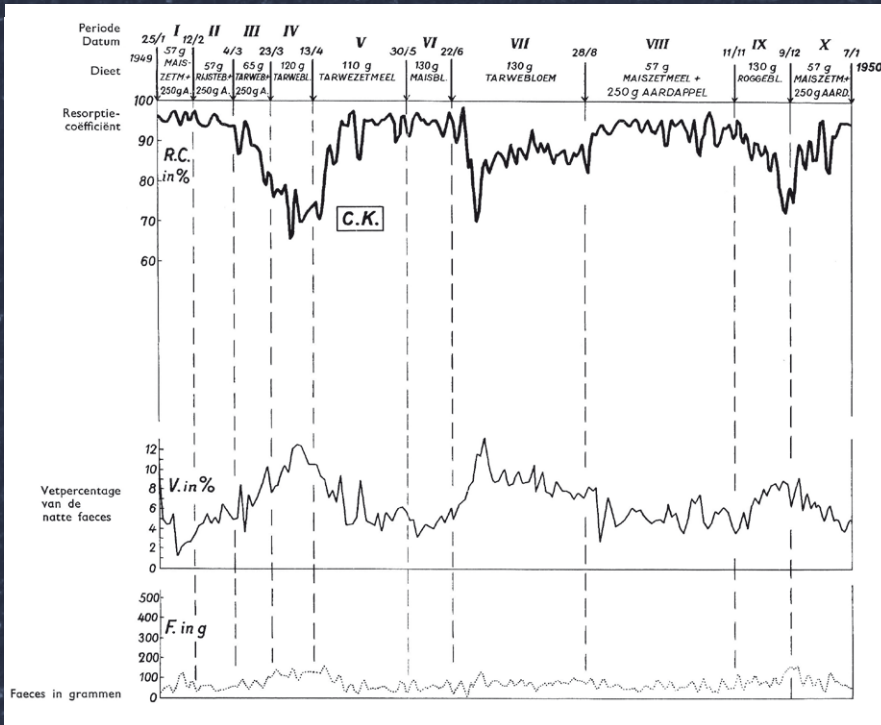
### Dicke’s zoektocht naar de bron

Toen de Haagse kinderarts Dicke in de jaren dertig met zijn onderzoek begon, was hij, mede door enkele andere publicaties, bekend met de werking van een tarwevrijdieet.<sup>8</sup> Vanaf 1934 schreef hij al tarwevrije diëten voor, wat beter uitvoerbaar was nu hij de geneesheer-directeur van het kinderziekenhuis was.<sup>9</sup> Hij ging heel zorgvuldig te werk. Om te voorkomen dat zijn beoordeling ‘subjectief getint is door de wens van de onderzoeker’ moesten



Dicke in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht in zijn kenmerkende pose als kinderdokter.

Bron: Privéarchief van de familie Dicke

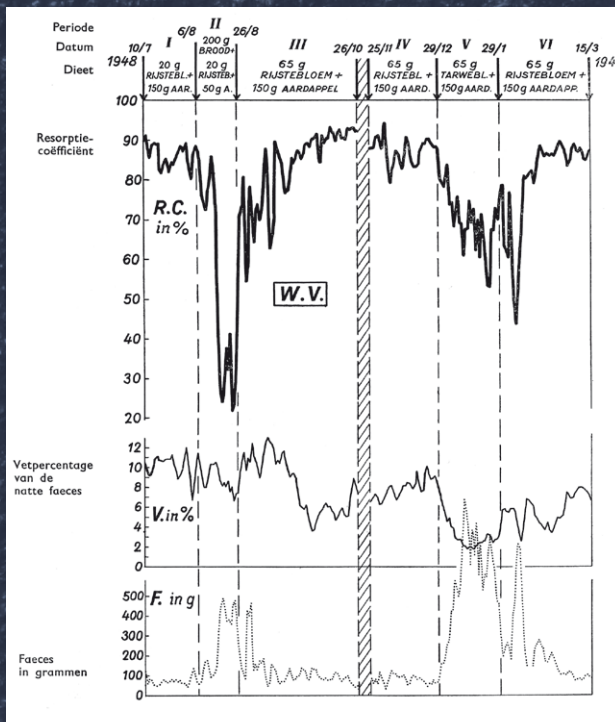


Casus 1: Een der eerste patiëntjes van Dicke, die behandeld werd met een strikt glutenvrijdieet.

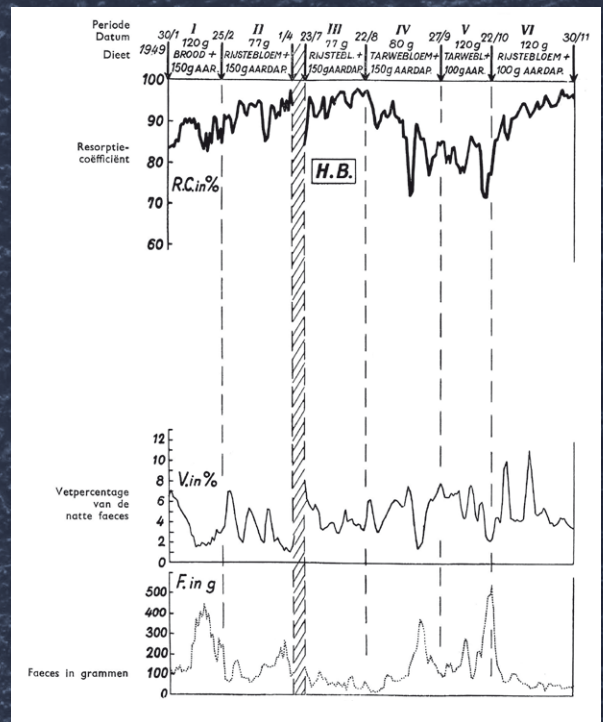
Studies met exclusiediëten door Dicke bij 3 patiënten met coeliakie.

Bron: W.K. Dicke, *Coeliakie. Onderzoekingen naar de schadelijke effecten van bepaalde graansoorten bij patiënten met coeliakie, Academisch proefschrift, Utrecht, 1950.*

Steeds ontstaat tijdens een dieet met graanproducten ernstige diarree met veel vetverlies in de feces.



Casus 2: Ook deze patiënt werd behandeld met een exclusie-dieet. Telkens bij toediening van glutenrijke producten ziet men het fecesgewicht en de vetuitscheiding in de feces toenemen. Bij glutentrekking (rijstproducten) ziet men weer verbetering.



Casus 3: Patiënt 3 uit Dicke's klassieke serie dieetexclusiestudies. Juist bij tarwe- en roggeproducten ziet men de vetuitscheiding in de feces sterk toenemen. Bij rijst- en maïsdiëten gebeurt dit weer niet.

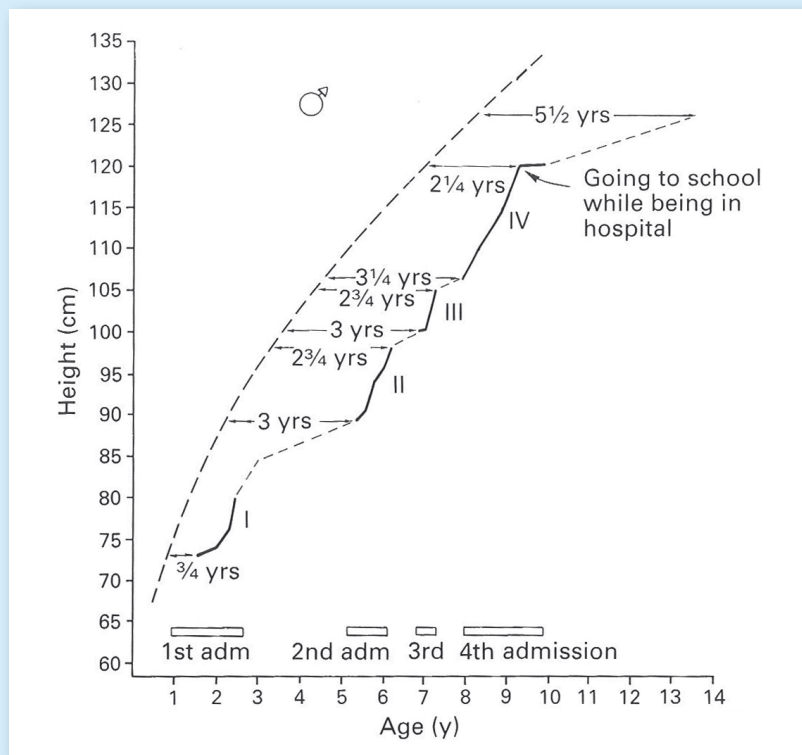
Bron: W.K. Dicke, *Coeliakie, Academisch proefschrift, Universiteit Utrecht, 1950, overgenomen met toestemming van de familie Dicke aan Chris Mulder.*



alle meelsoorten worden 'gekeurd'.<sup>10</sup> Zijn onderzoek beperkte zich niet tot de bevinding dat 'tarwe een verderfelijke invloed heeft op de lijders aan coeliakie.' Hem was ook gebleken dat rijstbloem, maïsmeel en aardappelen wél goed werden verdragen. Uiteindelijk bleken tarwe, haver, rogge en gerst door een nog 'onbekend bestanddeel' een schadelijke werking te hebben.<sup>11</sup>

Najaar 1940 gaf Dicke tijdens de wetenschappelijke vergadering van de kinderartsen een overzicht van de voeding die hij gaf bij coeliakie. De patiëntjes konden tarwe nooit verdragen, brood was en bleef daarom verboden. Dat viel niet mee, alleen al omdat pasgebakken brood zo lekker ruikt! Deficiënties van vooral vitamines en mineralen moesten worden voorkomen met een voeding die rijk was aan onder andere eiwitten en vitamines. Tijdens de bezettingsjaren (1940-1945) kreeg Dicke's theorie opnieuw ondersteuning. Nog in het eerste jaar werden voedingsmiddelen schaarser en duurder, bananen of appels (voor het appel-hangopdieet) waren daardoor vrijwel niet meer te krijgen. Tijdens de hongerwinter (1944) was de situatie in de steden in het westen van het land nog veel slechter. Nu de gewone voedingsmiddelen zoals brood, melk en fruit nergens meer te krijgen waren, verbeterde de klinische conditie van zijn patiëntjes. Na 1945 verslechterde deze weer. Een andere uitkomst van zijn onderzoek was dat coeliakiepatiëntjes ook vatbaar waren voor andere ziekten.<sup>12</sup>

Dicke had met zijn dieetbehandeling nu zo veel bereikt, dat de opnameduur veel korter was dan voorheen. Hij kon zelfs onder bepaalde voorwaarden kinderen poliklinisch behandelen. Desondanks ging Dicke in 1947 door met zijn onderzoek en ging daarbij wetenschappelijk te werk. Hij koos bijvoorbeeld 'met opzet ook oudere kinderen die een hele lijdensgeschiedenis achter zich hebben, waardoor de diagnose bij iedereen boven alle twijfel verheven kan zijn'.<sup>13</sup> Verder toonde hij onder meer met groeicurves aan dat de kinderen met een tarwevrijdieet een normale groei en gewicht kregen. In 1950 kon hij dan ook constateren dat hij had bewezen dat tarwe een schadelijke werking had.



Groeicurve van een coeliakiepatiënt uit de klassieke serie van Dicke. De periodes I-IV geven de ziekenhuisopnames weer, waar beter een strikt tarwevrijdieet kon worden aangehouden. Juist in die periodes vindt dan ook telkens een groeispuurt plaats.

*Derhalve meen ik, dat bewezen is dat in de gebruikte hoeveelheden de tarwebloem een schadelijke werking heeft.* (Dicke, 1950)

## Terug naar Utrecht

In diezelfde tijd begon coeliakie aan een *come back* in Utrecht. Door diverse proefschriften en de samenwerking met de biochemicus J.H. van den Kamer van het bovengenoemde instituut en de kinderarts van het Wilhelmina Kinderziekenhuis H.A. Weijers, kon Dicke zijn therapie ‘op een meer rationele basis brengen’.

*Gelukkig acht ik mij, dat ik contact kreeg met het Wilhelmina Kinderziekenhuis en het Centraal instituut voor Voedingsonderzoek in Utrecht.*<sup>14</sup> (Dicke, 1951)

Dicke onderscheidde de ‘echte’ coeliakie en het coeliakiesyndroom van andere ziekten met een verstoorde vetuitscheiding, door de vetabsorptie tijdens de verschillende diëten te testen.<sup>15</sup>

### Gestoorde vet- en koolhydraatabsorptie of gestoorde eiwitvertering?



Weijers, links op de foto, tijdens zijn promotie in 1950 (een maand na Dicke) te Utrecht. In het midden J.H. van de Kamer, de chemicus die de vetbepalingen in feces zo vereenvoudigde, dat deze in de hele wereld werden overgenomen. Rechts A. Taminiau (vader van kinderarts maagdarmlieverziekten Jan Taminiau). Achter hen het Academieggebouw op het Domplein te Utrecht. | Bron: Privéarchief familie Weijers

Onderzoekers zagen coeliakie lange tijd als een ernstige chronische voedingsstoornis door een gestoorde absorptie van vetten en koolhydraten. De gestoorde vetabsorptie bij coeliakiepatiënten was een belangrijk en nog onbegrepen vraagstuk. Men dacht dat dit kwam door het vet zelf, dus zou een dieet zonder vet dat wellicht kunnen oplossen. Door het onderzoek van onder meer bovengenoemde onderzoekers was het aantonen van uitgescheiden vet in de jaren veertig al vereenvoudigd. Van den Kamer introduceerde een bepaling van fecesvet, die tot voor kort wereldwijd de gouden standaard zou zijn. Hij kreeg, net als Dicke en Weijers, internationale bekendheid met zijn onderzoeksresultaten. Dicke kreeg door de vetbalansstudies de zekerheid dat zijn dieet werkte. Van den Kamer en Weijers ontdekten ook dat er met een vetloos dieet meer vet werd uitgescheiden dan er gegeten was. Een volgende vondst was dat er geen gestoorde vetabsorptie was, maar een gestoorde vetstofwisseling.<sup>16</sup> Alles bij elkaar genomen was er veel bereikt in het vetonderzoek.

De gangbare mening was dat bij de ‘klassieke’ vorm van coeliakie het fundamentele defect leek te liggen in de absorptie van vetzuren in de darm.<sup>17</sup> Dicke wilde in zijn dissertatie aantonen dat niet het vet of de koolhydraten die vetstoornis veroorzaakten, maar een andere, nog onbekende factor.<sup>18</sup>

Gaandeweg dacht Dicke echter een verklaring te kunnen vinden in een gestoorde eiwitvertering.<sup>19</sup> Niet lang daarna ontdekte dit driemanschap die schadelijke ‘factor’ in tarwe en enkele andere granen, die coeliakie veroorzaakte. In 1953 publiceerden Van den Kamer, Weijers en Dicke in *Acta Paediatrica* twee artikelen over het eiwit gluten als zijnde de daarvoor verantwoordelijke ‘factor’.<sup>20</sup> Van den Kamer en Weijers publiceerden in dit tijdschrift overigens veel artikelen over onder andere coeliakie, de rol van gluten, vetabsorptie en onderzoeksmethodes.

Nog steeds was niet ‘alles’ opgehelderd. Het bloedonderzoek verbeterde, maar kon nog steeds problemen opleveren. Wat restte was een test die coeliakie met zekerheid kon aantonen (zie *Intestinal Biopsy Technique*). Hoewel deze techniek toen nog niet helemaal voldeed, is het mogelijk dat Dicke, die in 1962 overleed, deze nog meegemaakt heeft.

## Sceptici

Op de integere en wetenschappelijke wijze waarop Dicke zijn onderzoek verrichtte, zijn bevindingen aantoonde en uiteindelijk naar buiten bracht, zou, zo lijkt het, weinig kritiek mogelijk zijn. De diagnostiek gaf weliswaar nog geen honderd procent uitsluitel, zijn resultaten des te meer. Het was echter niet ongewoon dat andere medici een therapie die vroeg of laat baanbrekend bleek te zijn, niet ‘geloofden’. Ook de bevindingen van Dicke werden niet zonder slag of stoot aangenomen. Zo weigerde *The Lancet* begin jaren vijftig zijn artikel over het tarwevrije dieet. Niet veel later, in 1952, verscheen in dit tijdschrift een artikel van Anderson e.a., waarin de auteurs verwezen naar de publicaties van Dicke, Van den Kamer en Weijers.<sup>21</sup> Uit een aantal vervolgartikelen bleek dat *The Lancet* nu volledig overtuigd was van de waarde van deze onderzoeken.

Coeliakie is een overgevoeligheid voor een eiwit (gluten) in bepaalde meelsoorten en er bestaat een relatie tussen de inname van gluten en de afwijkingen van het slijmvlies van de dunne darm. Je zou verwachten dat andere universiteiten dit dieet nu ook in de praktijk zouden brengen – zo ingewikkeld was de therapie nu ook weer niet –, maar het duurde nog twee jaar voor zij zijn theorie bevestigden. En nu nog de anderen, want het dieet was nog lang niet overal geaccepteerd. In bijvoorbeeld het Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam ging men eind jaren vijftig nog op de oude voet door, maar zoals eerder gezegd, was Rotterdam destijds volgens Schreuder ‘de periferie’.

De Utrechtse universiteit benoemde Dicke in 1957 tot hoogleraar in de kindergeneeskunde en als geneesheer-directeur van het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Tot die tijd was hij nog geneesheer-directeur van het Juliana Kinderziekenhuis in 's-Gravenhage.

## De Vereniging van maagdarmartsen en de Dicke-medaille

Na alle kinderartsen komen tot slot ook de maagdarmartsen en hun vereniging in zicht. Bij coeliakie zijn niet alleen de beschadigde dunne darm en het onderzoek daarvan betrokken; diëten waren vanouds het specifieke terrein van de maagdarmarts. In de wetenschappelijke vergaderingen is er ten tijde van ‘Dicke’ geen enkele keer over coeliakie gesproken. Hoewel het lijkt alsof deze ziekte ineens ‘uit de lucht kwam vallen’, was de waardering onder de maagdarmartsen voor zijn werk groot. Zo groot, dat bij de voorbereidingen voor haar vijfenveertigjarig bestaan het idee opkwam Dicke te eren met de instelling van een naar hem genoemde medaille. En niet zomaar een medaille, een massief gouden medaille, die als eerste aan Dicke werd uitgereikt. Vanaf 1973 was die uitreiking een vijfjaarlijkse gebeurtenis. Bij ieder lustrum koos het bestuur iemand die zich verdienstelijk had gemaakt voor het maagdarmspecialisme.



De Dicke-medaille is in 1958 ingesteld.

## Erkenning

Na het oponthoud op de weg-naar-erkenning van zijn baanbrekende onderzoek, volgde een volledige compensatie, ook internationaal. De *Acta Paediatrica* en Duitse en Franse wetenschappelijke tijdschriften waren al in de jaren vijftig vol lof over zijn onderzoek en therapie. Wat later, begin jaren zestig volgden de Engelstalige tijdschriften. *The Journal of the American Association (JAMA)* schreef in 1961 en 1962 lovend over Dicke's *basic contributions to medicine* én, samen met Van den Kamer en Weijers, zijn *brilliant investigations*. In 1964 besteedde JAMA opnieuw veel aandacht aan dit drietal. Dat was zeker niet de laatste keer.<sup>22</sup> Hoofdstuk 50 in *Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease* (1993, 5e druk), hét leerboek voor gastro-enterologie, handelt over de 'History of Dicke's discovery of the gluten-free diet for celiac sprue', met Gerard van Berge Henegouwen en Chris Mulder als auteurs. Bij lezing van dat hoofdstuk raakt men nog steeds onder de indruk van zijn wetenschappelijke kwaliteiten.<sup>23</sup>

## Gastro-enterologie en coeliakie, onder-diagnose?

Diagnostiek en behandeling waren eerst vooral in handen van kinderartsen, die op maagdarmgebied volgens Ten Thije *sowieso* beter op de hoogte waren dan de maagdarmsartsen.<sup>24</sup> Dat begon natuurlijk met de coeliakie van Dicke, maar ook op ander gastro-enterologisch terrein lieten kinderartsen van zich horen. In 1971 kregen de kindergastro-enterologen al een eigen sectie in hun wetenschappelijke vereniging. Kinderartsen waren ‘altijd al’ erg actief en waren der halve, nóg meer dan de maagdarmsartsen, een bedreiging voor zowel de huisarts als de internist in het ziekenhuis. Verhoudingsgewijs was coeliakie niet zo’n groot onderdeel in de praktijk van de maagdarmsartsen, maar daarbij moet wel worden aangetekend dat er nog een aanzienlijke onder-diagnose was. Midden jaren tachtig heerste onder de gastro-enterologen nog volop het idee dat het een zeldzame ziekte was, waarbij zij in de periode 1930-1980 hooguit vier- tot achthonderd patiënten hadden gediagnosticeerd. De aanname dat coeliakie vooral kinderen trof, telde hierbij mee. Vanaf eind jaren tachtig nam het aantal patiënten snel toe, omdat bleek dat deze ziekte ook bij volwassenen voorkomt. Het was zelfs mogelijk dat het vooral een ziekte is die niet zelden juist op latere leeftijd tot uiting komt. Daaronder zijn ook tachtigjarigen! Het is misschien zelfs mogelijk dat kinderen met een niet-ernstige vorm er ‘overheen groeien’ omdat hun darm langer wordt, waarna op oudere leeftijd – ‘als alles minder wordt’ – de aandoening weer terugkomt?

## Verbeterde diagnostiek

Coeliakie kon zich met de komst van de dunne-darmbiopsie begin jaren zestig ‘verheugen’ in een diagnostische doorbraak.<sup>25</sup> Men nam een stukje weefsel uit de darmwand, waarmee dan met zekerheid de diagnose coeliakie was te stellen. Met klinische diagnostiek was dat erg moeilijk, toch waren in het begin ook de meningen nog verdeeld over deze *Intestinal Biopsy Technique*, hetgeen een min of meer gebruikelijke reactie was. (Zie daarvoor ook hoofdstuk 15.)

Tegenwoordig maakt men voor de diagnostiek van coeliakie ook gebruik van een relatief simpele bloedtest. Deze test blijkt een buitengewone gevoeligheid te hebben voor het aantonen van coeliakie. Dit is een enorm voordeel, omdat er vaak – speciaal bij jonge kinderen – een dunne-darmbiopsie mee vermeden kan worden.

## Glutenvrij leven

Coeliakie had nog een andere specifieke plaats: het was één van de weinige ernstige ziekten van het spijsverteringskanaal waarvoor al vroeg een werkzame behandeling zonder ernstige bijwerkingen bestond. In het MDL-specialisme is dat bijzonder, denk bijvoorbeeld aan andere malabsorbtiesyndromen, zoals uitval van de pancreas, de zeer uitgebreide dunne-darmresecties door Crohn of darmnecrose door vaatafwijkingen. Nu klinkt het mooi dat coeliakie te behandelen is, maar levenslang een rigoureuus glutenvrij dieet is zeker belastend.



Teken van glutenvrije producten, tevens logo van de Nederlandse Coeliakie Vereniging. Deze patiëntenvereniging is in 1974 opgericht.

Het is niet bekend hoeveel mensen coeliakie hebben. Het besef dat er vermoedelijk ook minder ernstige gevallen waren, deed de gedachte ontstaan dat er nog veel volwassen patiënten rondliepen die niet als zodanig waren gediagnosticeerd. Chris Mulder, die coeliakie een warm hart toedraagt, schat dat tegenwoordig circa één procent van de Nederlandse bevolking op de een of andere manier ‘affected’ is. In Nederland is bij 25.000 mensen deze ziekte vastgesteld. Bij sommige patiënten verminderen de klachten niet met een glutenvrij dieet. Gelukkig treft deze ernstige resistente vorm maar weinig patiënten. Diverse immunosuppressieve therapieën worden hierbij tegenwoordig toegepast, met wisselend resultaat, evenals beenmergtransplantatie.

In die tussentijd had 'de wetenschap' op dit terrein niet stilgestaan. Het is wel de zoveelste ziekte op MDL-terrein waarover nu veel bekend is, maar de precieze oorzaak is nog onbekend.

## Coeliakie in getallen (exclusief kinderpraktijk)

- Vanaf 1990 is er elke 5 à 6 jaar sprake van een verdubbeling van het aantal patiënten
- Prevalentie
  - 0,5-1,3 % van de bevolking
  - Komt het meest voor bij vrouwen, in de verhouding 2:1, in de leeftijd van 40 à 50 jaar
- In 2012
  - Bijna 25.000 patiënten
  - 60% van de patiënten is lid van de Nederlandse Coeliakie Vereniging
  - een MDL-arts ziet 30 à 40 patiënten per jaar in zijn praktijk

## Verdieping van de kennis

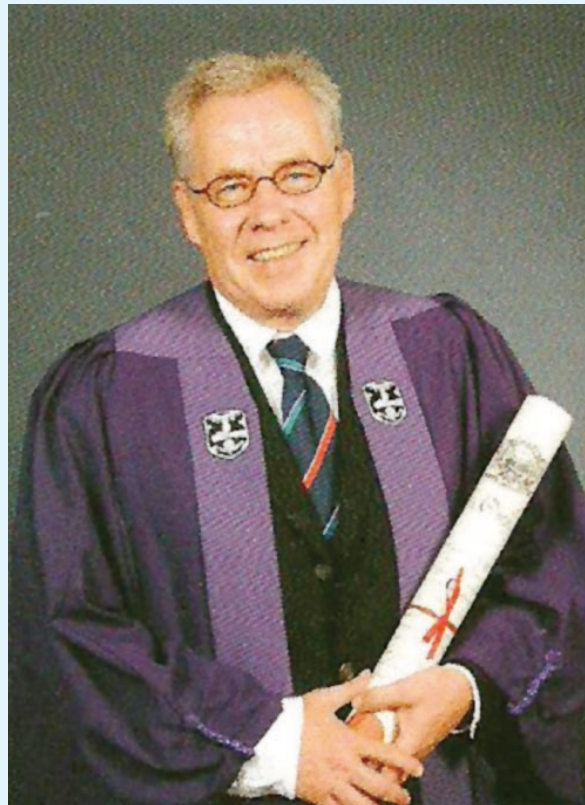
Wat ooit begon met het eerdergenoemde symposium in 1962, bedoeld om de bij coeliakie behorende afwijkingen in het darmslijmvlies te leren kennen, leidde geleidelijk naar meer kennis over deze ziekte. Haex (Leiden), geïnspireerd door Dicke's 'geniale vondst', was al voordat hij als hoogleraar werkzaam was, zeer betrokken bij het coeliakieonderzoek.<sup>26</sup> De immunoloog Jon van Rood, die ook op andere terreinen actief was, vond in de jaren zeventig onder meer het risico-gen voor coeliakie. Hoewel onder-diagnose nog steeds een probleem is, dragen grote cohorten Nederlandse onderzoeken zoals dat van Ciska Wijmenga (Groningen), bij aan onder meer de ontdekking van nog meer risicogenen. Inmiddels is duidelijk dat als een patiënt bepaalde risicogenen niet heeft, het vrijwel zeker is dat hij geen coeliakie heeft.

Onder gastro-enterologen was tot eind jaren tachtig de wetenschappelijke belangstelling voor coeliakie gering. Dat veranderde met de komst van Salvador Peña (Leiden, later VUMC). Hij was een belangrijke stimulator van het coeliakieonderzoek in Nederland. De 'School Peña' leverde dan ook en rijtje prominente leerlingen. Kinderarts maagdarmlieverziekten Luisa Mearin (LUMC) bevestigde de associatie tussen coeliakie en het Downsyndroom. Ongeveer vijftien procent van de Down-patiënten bleek vóór zijn twintigste levensjaar coeliakie te ontwikkelen. Zij deed eveneens epidemiologisch onderzoek naar het voorkomen van coeliakie bij kinderen.

Onderzoek van andere Nederlandse kinderartsen leidde tot meer belangstelling voor de associatie met diabetes type 1.

Het onderzoek van de celbioloog Frits Koning leidde onder meer naar het antwoord op de vraag welke glutengevoelige T-cellen de coeliakie-gerelateerde immuunrespons geven.

Ten slotte stamt ook Chris Mulder uit de 'School Peña'. Hij richtte zich op coeliakieterrein meer op de vrij zeldzame en therapieresistente vormen van coeliakie, waarbij hij gaandeweg twee vormen is gaan onderscheiden. Coeliakie zonder aantoonbare antistoffen en de vorm die ongevoelig is voor een glutenvrij dieet. Tot nog niet zolang geleden

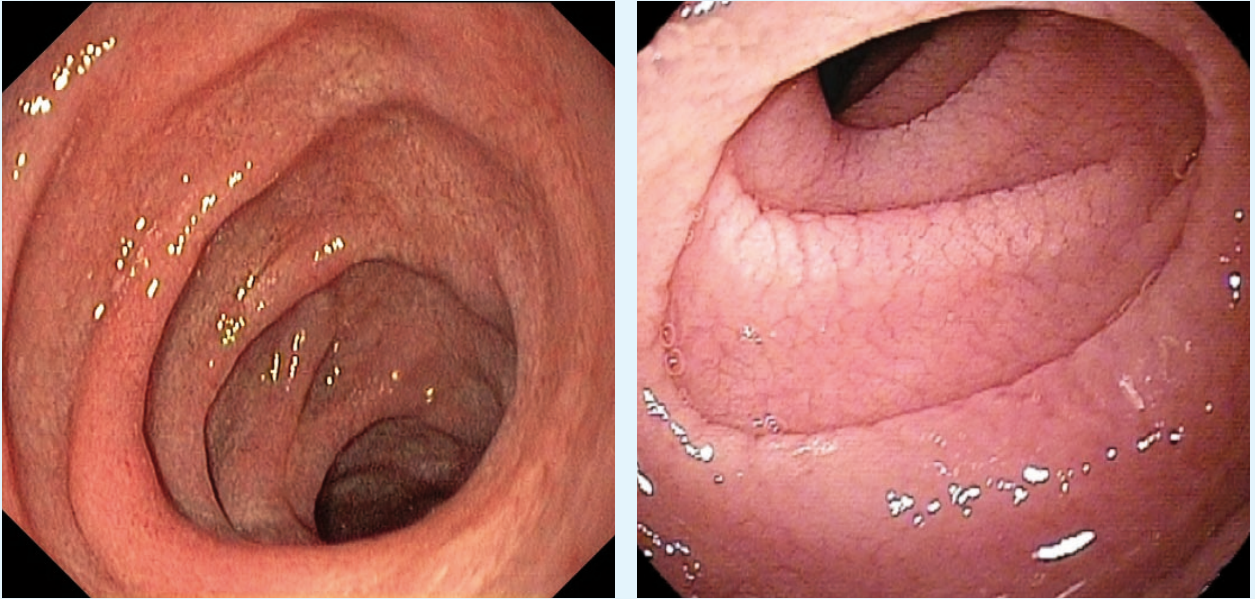


Voor zijn verdiensten kreeg Chris Mulder de eervolle titel Honorary and Distinguished Fellow of the Royal College of Physicians.

Bron: MAGMA, maart 2011

overleed dit type patiënt eigenlijk altijd aan een maligne lymfoom. Tegenwoordig is er een actief interveniërend beleid, waarbij met immuun-onderdrukkende medicatie en beenmergtransplantaties het natuurlijke beloop doorbroken kan worden.

De coeliakieresearch in Amsterdam (VUMC), Groningen en Leiden is overal erkend. Ook de opleiding paste zich aan. Nederlandse gastro-enterologen beperken zich niet meer tot vooral de dieetbehandeling; bij hen is ook de moderne medicatie in goede handen. Net als bij inflammatoire darmziekten is bij coeliakie een kwaadaardige ontarding een gevreesde complicatie. Het relatief goede nieuws is dat de prevalentie minder is dan gedacht: in de jaren tachtig dacht men aan meer dan veertig patiënten, recenter onderzoek komt uit op ongeveer vijf patiënten in de algemene bevolking.<sup>27</sup>



Endoscopische foto's van de twaalfvingerige darm. Links de het normale slijmvlies, rechts een typisch beeld bij coeliakie met atrofie van de mucosa en de typische karteling van de Kerckringse plooien. | Bron: Petula Nijeboer, MDL-ziekten, VUMC



Het kernbestuur van de NVGE tijdens de jaarvergadering in maart 2013 te Veldhoven. Zittend, centraal: Chris Mulder voorzitter, links: Josbert Keller, secretaris, rechts: Ad Masclee, vice-voorzitter NVGE en voorzitter NVMDL. Staand, centraal: Marie José van Gijtenbeek, secretariaat, links: Klaas van der Linde, rechts: Johan Kuyvenhoven, penningmeester. Op de foto ontbreekt Kees Dejong. Foto: Eric Borghs

## Deel III - De weg naar erkenning 1973-2013

*De positieve geluiden in 1973 over de oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie als oplossing voor de problemen van de Vereniging van Maag-Darmartsen verflauwden al spoedig. De beoogde samenwerking met de internisten – lees: domeinafbakening – bleek in de praktijk een moeizame weg. Vooral bij de endoscopische technieken, die steeds meer zichtbaar konden maken, 'ontmoetten' zij elkaar.*

*Voeg daarbij een overheid die in deze periode een overheersende stem verwierf in de gezondheidszorg en daarbij in eerste instantie niet echt maagdarmarts-vriendelijk was, dan is het duidelijk dat het specialisme nog steeds een stevige basis ontbeerde. De animo voor het specialisme was er wel, maar gezien de vele hobbels op die weg kozen veel aspirant-specialisten toch voor interne geneeskunde. Soms konden zij in de praktijk dan alsnog als gastro-enteroloog werkzaam zijn.*

*In deze publicatie is gekozen voor de vastlegging van die moeilijke periode, omdat ze een wezenlijk onderdeel vormt in de geschiedschrijving over het reilen en zeilen van de maagdarmartsen. Vooropgesteld moet worden dat het heel begrijpelijk is dat de internisten geen terrein wilden prijsgeven. Evenzogoed is het begrijpelijk dat de maagdarmartsen hun vakgebied wilden verdedigen.*

*Deel III staat volledig in het teken van veranderingen, zowel op maatschappelijk als medisch gebied. De 'maatschappij' vroeg om aanpassingen. Veranderde inzichten over het specialist-zijn betekenden dat de maagdarmartsen verantwoording moesten gaan afleggen over hun doen en laten en zich gedwongen zagen om veel tijd te investeren in materiële en immateriële aangelegenheden. Zij moesten zich steeds verder 'professionaliseren'.*

*Vooraf in de laatste decennia laat de geschiedenis van het maag-darm-leverspecialisme-in-wording ook op medisch terrein dynamische ontwikkelingen zien. Behalve de revolutie in beeldtechnieken kwamen er geneesmiddelen voor ernstige ziekten die voorheen onbehandelbaar waren. De kennis nam onvoorstelbaar toe, wat bijdroeg aan de diagnostische en therapeutische inzichten.*

*Het tegenwoordig MDL-ziekten genoemde specialisme is zeker niet in een eenvoudig stramien samen te vatten, het veld is veel 'groter' dan bij andere deelspecialismen. In het menselijk lichaam bestaat er immers geen orgaansysteem met een groter aantal fysiologische processen, een grotere variëteit aan ziekten, een groter aantal zenuwelementen, een groter aantal hormonen en een groter aantal kwaadaardige gezwellen dan het spijsverteringssysteem. En juist dát specialisme wist uiteindelijk toch steeds meer jonge specialisten-in-opleiding enthousiast te maken voor dit vakgebied.*

*En de maag-darm-leverarts? Hij professionaliseerde mee, paste zich aan en vond het specialisme met zijn technische hoogstandjes, zoals de gecombineerde transplantatie van lever, alvleesklier, dunne darm en colon, en back-to-basic-therapieën het mooiste specialisme dat je je kunt voorstellen.*



## Oprichting en leden

**Deel II eindigde somber, toen het bestuur begin jaren zeventig geen levensvatbaarheid meer zag voor de Vereniging van Maagdarmartsen. Met slechts achttien leden, waarvan ook nog eens het merendeel ‘passief’ was, was er desondanks toch iets positiefs te horen. Gemeten aan het forse aantal buitengewone leden was gastro-enterologie een vak dat de belangstelling van menig specialist had. Deze buitengewone leden hadden echter geen ‘rechten’. De ontplooiing van het specialisme werd hierdoor eerder belemmerd dan bevorderd.**

In hun Nota van 1971 (zie hoofdstuk 16) hadden Nico Hellemans, Jan van Tongeren en Johan Sebus ervoor gepleit om de maagdarmvereniging in een veel breder gedragen en grotere vereniging te laten opgaan. Dit leidde ertoe dat de leden in de huishoudelijke vergadering van november 1971 voorzitter Otto ten Thije opdroegen een ‘voorbereidingscommissie’ samen te stellen, die moest aangeven hoe ‘te komen tot een Nederlandse Vereniging voor gastro-enterologie’. Aldus geschiedde. Bovengenoemde leden werkten dat verder uit, wat resulteerde in het ‘Memorandum Toekomst’. Zij pleitten voor de oprichting van een grote, meer algemene vereniging voor gastro-enterologie. Nadat de ledenvergadering dit voorstel had goedgekeurd, volgde in 1973 de officiële oprichting van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie (voortaan: NVGE). Omdat deze wortelde in de Vereniging van Maagdarmartsen, was de oprichting van de nieuwe vereniging voor ‘historisch voelenden’ extra bijzonder. Het viel namelijk precies samen met het zestigjarig bestaan van hun ‘oude’ vereniging. In de praktijk waren en bleven de maag-darm(lever)-artsen de organiserende kracht. Zij realiseerden zich waarschijnlijk niet, dat zij nu zelf geen koepelvereniging meer hadden.

Door de oprichting van de NVGE kwam er ook een einde aan de wanverhouding tussen leden en buitengewone leden. De leden-specialisten hadden allemaal vanuit hun werkzaamheden belangstelling voor gastro-enterologie. Dat hield in dat behalve de maagdarmartsen en internisten, ook chirurgen, kinderartsen en enkele röntgenologen lid waren. De verwachting van de maagdarmartsen was dat door dit samengaan de onderlinge betrokkenheid zou toenemen. In de loop der jaren ging de NVGE aan een steeds bredere groep van betrokkenen onderdak bieden, waarbij het buitengewoon lidmaatschap weer terug kwam. Uitgangspunt was ‘eenheid van het grote geheel’.

Als een zuiver wetenschappelijke vereniging behartigde de NVGE geen beroepsbelangen. De enige groep in de NVGE die hierdoor niet kon terugvallen op zo’n vereniging, waren de maagdarmartsen zelf. De behartiging van beroepsbelangen werd opgedragen aan een NVGE-sectie, de Commissie Nederlandse Maagdarmartsen, die de Vereniging van Maagdarmartsen opvolgde. Deze vorm was tegen de zin van Haex, omdat er dan geen bestuur voor te vinden zouden zijn.<sup>1</sup> Dat viel mee, de bestuurders van beide gremia wisselden elkaar nogal eens af.

Na vijftig jaar leken de maagdarmartsen eindelijk een mooie toekomst tegemoet te gaan. Helemaal tevreden konden zij echter nog niet zijn. De onderlinge betrokkenheid tussen maagdarmartsen en internisten kwam niet echt van de grond. Internisten verwelkomden nog steeds niet de deelspecialisten, waaronder een enkele maagdarmarts, *en masse* in hun ziekenhuis. De oprichting van de NVGE betekende ook niet vanzelfsprekend dat het specialisme veilig was gesteld. Bovendien kampten de maagdarmartsen met een imago probleem, wat evenmin bevorderlijk was voor de keuze van dit specialisme. Over deze geschiedenis kunt u meer lezen in hoofdstuk 22.



NEDERLANDSE VERENIGING VOOR GASTRO-ENTEROLOGIE

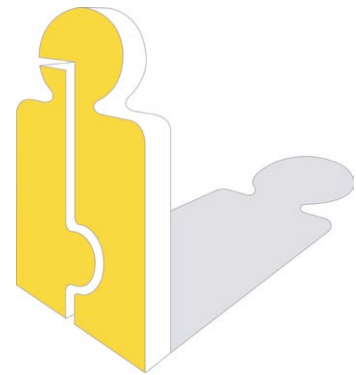
voortzetting van de Vereniging van Nederlandse Maag-darmartsen, opgericht 26 oktober 1913

Logo van de NVGE van 1973 tot 1988.

## Bestuurders

Bij de invulling van de bestuursfuncties moest zo veel mogelijk rekening worden gehouden met de verschillende disciplines van de NVGE-leden. Voorlopig waren dat naast de maagdarmartsen overwegend internisten, maar de chirurgen kregen een steeds belangrijker wordende stem. Vastgelegd was dat in ieder geval twee geregistreerde maagdarmartsen zitting moesten hebben in het bestuur, waarvan één als voorzitter.<sup>2</sup> In 1973 bleef het 'oude' bestuur van de maagdarmartsen aan als bestuur van de NVGE, met Otto ten Thije als voorzitter. Joke Kreuning had aangegeven dat zij wilde aftreden als bestuurslid, zodat de functie van secretaris vrijkwam. In 1974 volgde chirurg Evert Lubbers Joke Kreuning op. Geheel tegen de statuten in ging de ledenvergadering al in 1976 akkoord met de benoeming van de internist Johan Sebus als voorzitter van de NVGE. Als dat een teken was dat het in ieder geval binnen de NVGE onderling wel goed zat, was dat hoopgevend voor de 'praktijk'. Daar waren de nogal gespannen onderlinge verhoudingen nog steeds niet te ontkennen.

Het belang van de chirurgische inbreng bleek nog groter dan gedacht. Nadat het bestuur in 1982 opnieuw een chirurg (Hein Gooszen) had binnengehaald, richtte deze een NVGE Werkgroep op om de wetenschappelijke activiteiten te kunnen integreren. Hij zette vervolgens een keten van veranderingen in werking. Daarvoor was er opnieuw een statutenwijziging nodig, maar een memorandum leek vooralsnog een goed alternatief. In 1984 kreeg ook een kinderarts een bestuurszetel. Gezien de vele raakvlakken met de kindergeneeskunde was dat een voor de hand liggend besluit. Het was echter ook een tactisch besluit, want de kinderartsen wisten hun 'domein' in de regel stevig te verdedigen. Bovendien hadden zij in hun eigen vereniging al sinds 1971 een sectie kindergastro-enterologie en ook op universitair niveau waren zij erg actief. Zij noemden zich derhalve gastro-enteroloog, hetgeen een tijdlang een bron van irritatie was voor de maagdarmartsen. Deze naamgeving mocht ook niet, want gastro-enterologie was een beschermd specialisme. Na de komst van een kinderarts in het bestuur was de samenwerking nog steeds niet optimaal, zo blijkt uit zinsneden in de jaarverslagen als: 'het bestuur heeft getracht de banden met de kindergastro-enterologie te verbeteren.'<sup>3</sup> Secretaris Frits Nelis wees de betrokken kinderarts er meerdere keren op



Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie (NVGE)

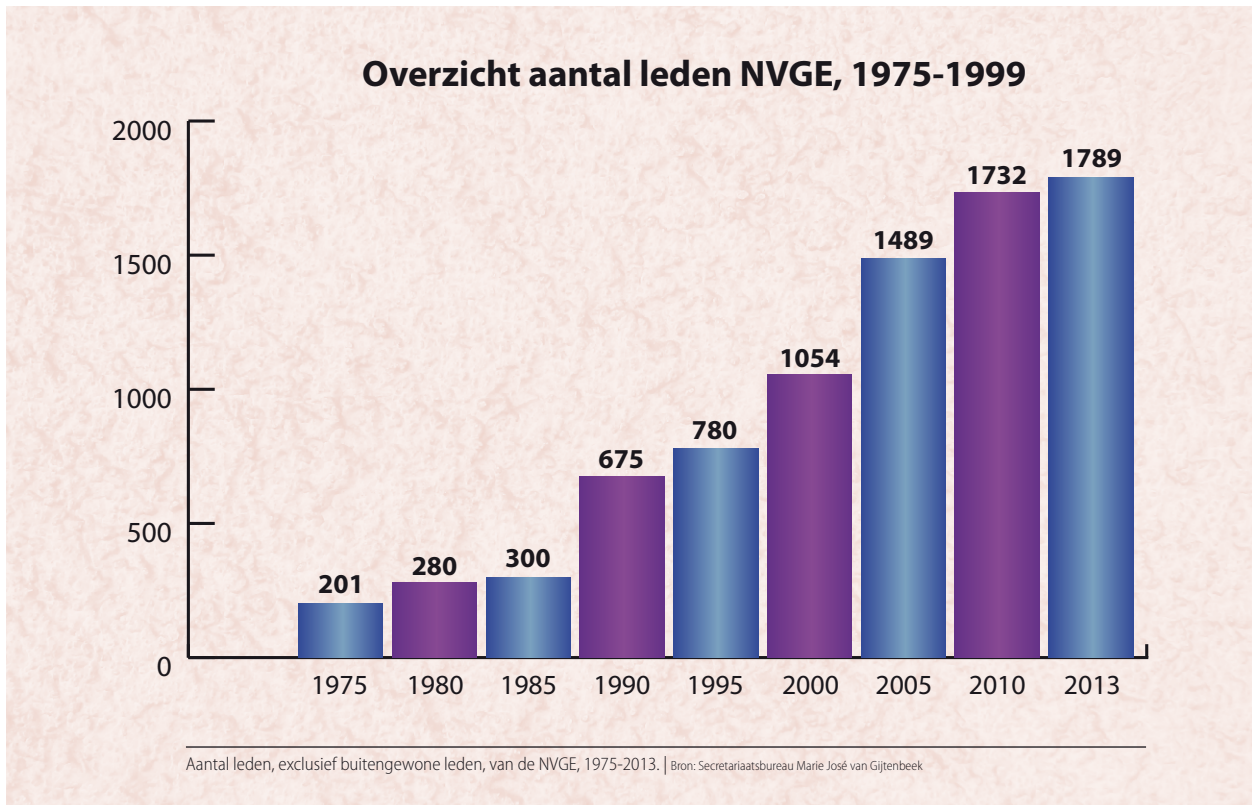
Nieuwe logo NVGE sinds 1988.



Voormalige voorzitters van de NVGE: links Willem Driessen, internist te Eindhoven, en rechts Stefan Meuwissen, MDL-arts in het VUMC. De foto werd gemaakt in 1993, tijdens het lustrumdiner in Veldhoven. | Bron: Archief NVGE

dat gastro-enteroloog een wettelijk vastgelegde en beschermde titel was.<sup>4</sup> De enige mogelijkheid was om te proberen een nieuw specialisme te scheppen. In 1999 was het zover met de erkenning van het Concilium Subspecialistische Opleidingen voor het deelspecialisme kindergastro-enterologie. Met deze naamgeving kregen kinderartsen dezelfde problemen als de maagdarmartsen, die inmiddels MDL-artsen werden genoemd. De niet-geplaveide weg naar de naamsverandering was echter door de MDL-artsen al dusdanig voorbereid, dat de kinderarts-MDL-ziekten in 2008 zonder ernstige vertraging als zodanig verder kon gaan.

## NVGE in cijfers



## Statutenwijziging van 1988

Statuten waren een terugkerend agendapunt, al moest je wijzigingen zo veel mogelijk zien te vermijden. Volgens secretaris Jos Nadorp, die dit meerdere keren deed, was het een moeilijke taak (en dan trof hij het nog, want zijn echtgenote was op dit terrein zeer deskundig). Statutenwijzigingen waren bijvoorbeeld nodig omdat de samenstelling van het bestuur 'aandacht vereiste' en om het lidmaatschap voor andere universitair opgeleiden mogelijk te maken. De vereniging voerde opnieuw het buitengewoon lidmaatschap in, opdat ook niet-universitair opgeleide beroepsgroepen, bijvoorbeeld endoscopie-assistenten, lid konden worden (deze vormden vanaf 1985 een sectie). Na de statutenwijziging van 1988 deed de verdeling van de bestuursfuncties meer recht aan de ontstane situatie. Gastro-enterologen en chirurgen kregen twee zetels, de secties en een vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie (NVH) één zetel.

Een ongekend grote verandering was dat het bestuur niet meer vond dat de voorzitter per se een maagdarmarts moest zijn. Men 'wilde gewoon de beste.' Niemand maakte daartegen nog bezwaar, want uiteindelijk was het aantal maagdarmartsen nog steeds gering: 42 op een totaal ledenbestand van vijfhonderd.<sup>5</sup>

## Startproblemen

De door de oprichters verwachte onderlinge betrokkenheid, was soms ver te zoeken. Zo verliep de samenwerking met de NVH, die in 1976 was opgericht, stroef. In het verlengde van de haperende samenwerking lag de wrevel van de gastro-enterologen over de oprichting en naamgeving van de diverse nevenorganisaties. Dit gold ook omgekeerd. NVH en NVGE zagen weliswaar beide gemeenschappelijke vergaderingen als dé oplossing voor deze problematiek, maar dat ging niet van de ene dag op de andere. Pas in 1983 kon de NVGE de eerste gezamenlijke vergadering

organiseren. De secretaris meldde dat de verstandhouding wat genormaliseerd was. Het contact was zelfs in een goede sfeer verlopen. Kort na de positieve geluiden die er in het begin te horen waren geweest, deden zich andere problemen voor, die niet zomaar verdwenen. Er was bijvoorbeeld lange tijd veel te doen over de sectie Endoscopie, de 'scopieclub'. Deze was al vroeg een sectie binnen de NVGE, maar desondanks waren er jarenlang heftige discussies over letterlijk alles wat met endoscopie te maken had, bijvoorbeeld over de bevoegdheid en opleiding. Tegengestelde visies maakten dit jarenlang onoplosbaar. Daardoor was het ook gelijk de sectie waarover de meeste kritiek te horen was.<sup>6</sup>

## Fundamenten van de NVGE

### 1 Wetenschappelijke vergaderingen

De twee wetenschappelijke vergaderingen per jaar konden volgens secretaris Solko Schalm zich verheugen in een toenemende belangstelling. Geleidelijk waren ze zelfs op een 'zeer hoog' niveau gekomen. De secretaris zag dan ook een rooskleurige toekomst weggelegd voor de vereniging, al gold voor de Commissie Maagdarmartsen jammer genoeg het tegenovergestelde. Vanaf de jaren tachtig organiseerde de NVGE tijdens de wetenschappelijke vergaderingen steeds meer parallelle sessies met de secties en andere gerelateerde verenigingen. Dit droeg bij aan het hoge niveau. Voorheen gebeurde dit onder auspiciën van de Commissie Maagdarmartsen, na de oprichting van de NVGE was dat tweemaal per jaar één van haar taken. Toch drukten de MDL-artsen ook daarna, en nog steeds, hun stempel op de samenstelling van het programma. Tegenwoordig vinden de wetenschappelijke vergaderingen die de NVGE organiseert, plaats in nauwe samenwerking met de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen, de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en de Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie. Hetgeen het beste bewijs is dat de doelstelling van de oprichters is vervuld.



Twee belangrijke initiatieven brachten de kwaliteit van deze vergaderingen op een hoger niveau. Er kwam een soort schifting vooraf: de *abstracts* van de wetenschappelijke inzendingen werden voortaan gekeurd zoals bij gerenommeerde tijdschriften gebruikelijk is. Zo kon een steeds betere kwaliteit van de abstracts voor de internationale congressen worden gewaarborgd. Dat werd nog eens gestimuleerd door reisbeurzen via de NVGE (en gesponsord door farmaceutische bedrijven). Een onderzoeker kreeg een beurs alleen als het abstract was goed-gekeurd voor het te bezoeken congres, en eerder was ingediend voor de NVGE.



Solko Schalm, oud-NVGE- en NVH-bestuurder en Rob de Man, NVMDL- en oud-NVH-bestuurder, nu voorzitter van het Concilium Gastroenterologicum. Beiden staan voor 'hun' ErasmusMC, 2006.

Bron: Archief MDL-ziekten, ErasmusMC

Over de ledenvergaderingen was eveneens positief nieuws te melden. Vanaf omstreeks 2000 was er een duidelijke toename van het aantal aanwezigen. Nu gaven echter de wetenschappelijke vergaderingen reden tot ongerustheid. De vrijdagmiddagbijeenkomst werd nauwelijks meer bezocht, maar dit was ook geen handig dagdeel meer.<sup>7</sup> Tegenwoordig is deze nascholing op de woensdagmiddag en -avond. Op vrijdag volgt de wetenschappelijke vergadering, die om vier uur afsluit. Het hele congres telt mee voor accreditatie, voor de aios is dat verplicht.

Het aantal parallelsessies groeit nog steeds verder; ze trekken momenteel in twee dagen wel twaalfhonderd belangstellenden!

De jaarlijkse sessies met de Zuid-Afrikanen

## Aantal leden per sectie/vereniging, op 1 januari 2013

Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie (1973)	1752
Sectie Gastrointestinale Endoscopie (1985)	469
Neth. Soc. Parental and Enteral Nutrition (1984)	216
Neurogastro-enterologie en Motiliteit (1977)	241
Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie (1984)	601
Sectie Experimentele Gastro-enterologie (2007)	331
Sectie Kinder-MDL (2000)	116
Sectie Inflammatoire Darmziekten (2012)	96
Sectie Gastrointestinale Oncologie (2002)	87
[Blokliedmaatschap ESPEN/NESPEN]	65
Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland MDL	597

(SAGE) en de Vlamen (VVGE), die de NVGE tussen omstreeks 2000 en 2004 organiseerde, waren ten slotte een ander teken dat de vereniging tot bloei was gekomen.

## 2 Secties en werkgroepen

### *'Alweer een club'?*

De maagdarmartsen hadden vanaf het begin als enige groep een Commissie in de NVGE. Daarnaast kwamen er secties, wat al bij de start 'ruim en duidelijk' was vastgelegd. Toen dit in 1976 in de vereniging voor het eerst ter sprake kwam, was dat echter geen 'hamerstuk'. Guido Tytgat bijvoorbeeld, had 'nogal wat moeilijkheden met het idee van weer een club van endoscopisten.' De kring van gastro-enterologen was zo klein, dat je overal steeds dezelfde mensen tegenkwam, nu weer eens als hepatoloog, dan weer als endoscopist. De hepatologen wilden bij nader inzien geen sectie, 'men gaf de voorkeur aan het volgen van de eigen weg.' De 'endoscopisten' wilden dat weer wel, hun Sectie Gastrointestinale Endoscopie was zelfs de eerste sectie. Niet lang daarna waren ook de 'bezwaarden' van mening veranderd. In 1977 werd er een raamwerk opgesteld voor nog op te richten secties, met als eerste de Werkgroep Maag darm-motoriek. Het bestuur moedigde dit nu aan, want secties konden behalve hun wetenschappelijke impact dienen als 'bindmiddel' en de betrokkenheid bij de NVGE vergroten. Het bestuur verzette zich echter tegen de verzelfstandiging van de diverse subgroepen.

### *'Concentratie van gelijkgerichten'*<sup>8</sup>

Toch waren er tekenen aan de wand dat verzelfstandiging niet helemaal was tegen te houden. De drie groeperingen die daarvoor van origine het meest in aanmerking kwamen, zochten naar meer autonomie. De chirurgen al in 1988, de kinderartsen in 2000 en ten slotte ook de Commissie Maagdarmartsen in 2000. Hoewel de penningmeester van de NVGE de chirurgen nog had gewezen op de gevaren die daarbij opdoemden, was hij jaren later als secretaris van de Commissie Maagdarmartsen kennelijk van mening veranderd.<sup>9</sup> De werkgroepen en secties waren zo'n belangrijk onderdeel van de NVGE, dat men dit terecht als één van de fundamenteën van de vereniging kan bestempelen (zie ook de paragraaf NVGE in cijfers op p. 163).



Logo van de Sectie kinder-MDL van de NVGE.

## 3 Congressen en organisaties

### *Europese en wereldcongressen: 'veel voordelen, niet alleen financieel, maar ook qua prestige en uitstraling'*

Bij een 'volwassen' vereniging hoorde ook de organisatie van congressen. Vooral met een wereldcongres kon de NVGE de buitenwereld tonen dat Nederland 'meedeed'. Na het succesvolle International Congress of Gastroenterology van de maagdarmartsen, dat Haex en Schreuder in 1960 hadden georganiseerd, bleef het echter op

het gebied van internationale congressen onder auspiciën van de NVGE geruime tijd stil.<sup>10</sup> Het ging daarbij vooral om de organisatie van een wereldwijd en een Europees congres, resp. de Organisation Mondiale de Gastro-Enterology (OMGE) en de Association des Sociétés Européennes et Méditerranéennes de Gastro-Enterologie<sup>11</sup> (ASNEMGE).

Daarnaast kwam uit de VS de Digestive Disease Week overwaaien.

Voor eind jaren tachtig en begin jaren negentig was er in de NVGE veel activiteit op dit gebied, het was zelfs 'een van de meest actieve perioden van haar bestaan' op het gebied van kandidaatstellingen voor deze internationale congressen.<sup>12</sup> Veel succes was er echter niet te melden. De verwerving van zo'n wereldcongres bleek allesbehalve eenvoudig. Hoewel de voorzitter in 1988 aangaf dat hij nu eenmaal enthousiaster was voor de organisatie van een wereldcongres dan voor een (*European*) *Digestive Disease Week*, zou juist uit die laatste hoek de uiteindelijke 'verlossing' komen.<sup>13</sup>

### *NVGE gastvrouw van een wereldcongres?*

Voor het wereldcongres (OMGE) stond in deze jaren op het verlanglijstje van de NVGE. Meestal was de eigen landelijke vereniging niet de enige met die ambitie, er moest dus 'gelobbyd' worden. Om als land überhaupt een kans te krijgen, moest de kandidaatstelling al tijdens het daaraan voorafgaande congres duidelijk te kennen worden gegeven en een meerderheid zien te vergaren. Voorzitter Mark van Blankenstein bood daarop aan om persoonlijk in São Paulo te gaan lobbyen.<sup>14</sup> Om het congres van 1990 naar Amsterdam te kunnen halen, trok zelfs 'een flink deel van het bestuur' in 1986 welgemoed naar São Paulo om bij de stemgerechtigde congresgangers Amsterdam te promoten. Maar helaas, het mocht niet baten. Dat lag niet alleen aan 'de Nederlanders', er waren bij dergelijke congressen nogal eens 'verborgen agenda's', waardoor de keuze niet altijd te voorspellen was.<sup>15</sup> Om een kans te maken voor het daaropvolgende congres, bracht het bestuur dit al in 1988 tijdens een brainstormdag niet alleen ter sprake, het bleek dat de voorzitter 'de NVGE [al] kandidaat [had] gesteld voor het organiseren van het wereldcongres in 1994.'<sup>16</sup> Een wereldcongres zou voor de NVGE 'veel voordelen [hebben], niet alleen financieel, maar ook qua prestige en uitstraling'.<sup>17</sup> Het lukte weer niet, maar volgens de secretaris had het kandidaatschap toch 'veel goed gedaan aan de naam van de Nederlandse Gastro-enterologie in de wereld'.<sup>18</sup>

Lobbyen was inmiddels een vak op zich geworden en later bleek dan ook dat het handiger zou zijn geweest als bij de kandidaatstellingen een ervaren lobbyist de weg had geëffend. Dat kon om te beginnen een neutraler antwoord geven op de vraag of er überhaupt een kans van slagen was. In dit geval was dat vrijwel nihil. Het beleid van het OMGE-bestuur was de congressen over de werelddelen te verdelen en in 1990 was Azië aan de beurt. Vervolgens werd er dan 'massaal rond-gebeld' om het congres te kunnen binnenhalen, zoals de Australiërs dat hadden gedaan in Sydney. Hetzelfde gold voor het ingeleverde 'bidbook', dat een overzicht geeft van wat men te bieden heeft aan accommodaties. Het bestuur had nu weliswaar een congresbureau ingeschakeld, maar dat is toch iets anders dan professioneel en effectief lobbyen. Dat blijkt ten slotte ook uit het advies van de Nederlandse vertegenwoordigster van de desbetreffende congresorganisatie naar aanleiding van de vraag waarom de NVGE deze congressen was misgelopen. De NVGE moest zich niet meer laten verleiden tot het meedoen aan 'een circus', maar zich uitsluitend richten op de wetenschappelijke inbreng en faciliteiten.<sup>19</sup> In deze historie dringt zich de vraag op waarom er bij de gastro-enterologen betrekkelijk laat meer aandacht kwam voor het aantrekken van internationale congressen. Tussen de regels door bleek overigens dat onder een aantal leden onbehagen heerste over de handelingen van het bestuur in deze, zij sloten niet uit dat betere resultaten wel mogelijk waren geweest.<sup>20</sup>

Het daaropvolgende congres dan maar? In 1994 maakte Nederland kans op het wereldcongres in 1998, want nu was Europa aan de beurt. De situatie was echter heel anders. Juist de voorzitter, Cock Lamers, bleek huiverig voor een derde mislukking – zich niet realiserende (of niet-wetende) dat er in diezelfde periode óók nog drie aanvragen voor het Europese ASNEMGE-congres niet waren gehonoreerd. Toch had de voorzitter de NVGE in maart kandidaat gesteld, samen met Wenen, Jeruzalem en Hongkong. Hij had daarbij echter een aantal 'essentiële vragen' gesteld (onder andere over eventuele financiële implicaties). Omdat deze niet waren beantwoord, bracht hij uiteindelijk geen bid uit. Hij was sowieso niet enthousiast; hij achtte de kans groot dat de NVGE opnieuw een 'trieste en troosteloze' afwijzing onder ogen moest zien. Een andere, eigenlijk de meest belangrijke reden was dat verreweg de meeste leden er geen zin meer in hadden. Zij gaven sinds omstreeks 1990 de voorkeur aan 'Europa', met haar jaarlijkse congressen vanaf 1992.



Leopold Engels, Dirk Gouma, Herbert van der Heide en Sjoerd van der Werf in discussie tijdens het lustrumcongres van de NVGE in 1993 te Veldhoven. Waar hadden zij het over? Misschien over het mislukte bid voor het wereldcongres?

Bron: Archief NVGE

Toch hadden enkele leden daarover een andere mening. Twee voormalige bestuursleden achtten de kansen voor Nederland behoorlijk groot. (De voorgaande bestuurders dachten dat voorheen ook altijd. Of dit terecht was?) Hun kritiek op de handelwijze van het bestuur kwam, anders dan voorheen, nu wat meer in de openbaarheid. Een zeer kritische brief van één van die bestuursleden kreeg tijdens de ledenvergadering niet alleen een uitvoerige verantwoording van de voorzitter, er volgde ook een discussie die niet anders te beschrijven is dan ‘zeer

grimmig’. En dat terwijl er tijdens de ledenvergadering bij de overige leden niet ‘evident naar voren’ was gekomen dat er van ‘een ernstige onvrede’ sprake was. Hoe dan ook, het besluit van het bestuur van de NVGE om Nederland niet kandidaat te stellen, had voor de voorzitter een onverwacht gunstig staartje. Niet alleen vanwege de niet opgeloste ‘ernstige onduidelijkheden en twijfelachtigheden’ die de OMGE bij het NVGE-bestuur had opgeroepen en die niet waren opgelost, maar vooral ook omdat voor deze organisatie Wenen de eerste keus was en bleef. De oproep tijdens de ledenvergadering van een van de aanwezigen om nu weer naar de toekomst te kijken, haalde de ergste spanning weg. Het betekende: ‘terug naar Europa’.<sup>21</sup> Uiteindelijk kwam er toen een eind aan alle teleurstellingen, omdat ‘de Nederlanders’ de Europese gastro-enterologiecongressen wel konden binnen halen. De OMGE-congressen werden na 2000 één keer per twaalf tot zestien jaar in Europa gehouden, steeds samen met het Europese congres.

### ***Op weg naar internationale erkenning: Europa en ASNEMGE***

Niet alleen bij een wereldcongres, ook dichter bij huis ging het niet goed in die jaren. De poging om het Europese gastro-enterologiecongres (ASNEMGE) in 1984 opnieuw naar Nederland te halen mislukte eveneens. Volgens de toenmalige voorzitter, die enige verbetering in deze zaken niet kan worden ontzegd, was de organisatie van dat congres ook niet interessant meer. In ‘die club’ zou een ‘stemming [zijn] ontstaan om te kiezen voor toeristische geneugten en niet voor wetenschappelijke degelijkheid’.<sup>22</sup> Ondanks die bedenkingen bleek hetzelfde bestuur in datzelfde jaar toch voorstander te zijn om dit congres in 1988 naar Nederland te halen.<sup>23</sup> Het werd Rome. Dit congres logenstrafte meteen de mening over het bedenkelijke niveau ervan. ‘Waar vroegere Europese gastro-enterologiecongressen inderdaad niet veel meer waren dan toeristische onderonsjes met een wetenschappelijk tintje – eigenlijk meer een vriendenclubje –, was er in Rome een duidelijke kentering te bespeuren’, zo vertelde één van de congresgangers.

Vasthoudendheid kan de bestuurders niet worden ontzegd, want vol goede moed zetten zij zich in voor het congres in 1992. Ook toen viel de keuze niet op Nederland en ook toen lieten zij zich niet uit het veld slaan. Tijdens de roerige ledenvergadering in 1994 had het bestuur aangekondigd zich kandidaat te stellen voor de United European Gastroenterology Week (UEGW) in 1999.<sup>24</sup> Deze wordt sinds 1992 jaarlijks georganiseerd. Nog één keer moest de NVGE een andere gegadigde laten voorgaan. In 2001 kon de NVGE ook dat specifieke verleden achter zich laten – hoogstwaarschijnlijk voorgoed. Inmiddels had de NVGE in 1989 zelf, dat wil zeggen het organisatiecomité onder leiding van Guido Tytgat en Mark van Blankenstein, een eigen congres georganiseerd dat wél kon bogen op een eclatant succes: de Holland Digestive Disease Week.

### Holland Digestive Disease Week

Nadat de leden in 1988 het 75-jarig bestaan van hun vereniging grootschalig op Vlieland hadden gevierd, wachtte hen ter gelegenheid daarvan in 1989 nog het internationale symposium Holland Digestive Disease Week (HDDW). De bestuurders die door het opnieuw mislopen van het wereldcongres in 1990 toch wat gedesillusioneerd waren, zagen niet alleen het komend jubileum als een mooie gelegenheid zo'n week te organiseren, het zou ook de pijn van de misgelopen congressen verzachten. Dergelijke 'weken' bestonden al en vooral die in de VS en Canada trokken veel belangstelling. In Nederland waren deze congressen nieuw. Een HDDW-congres was eenvoudiger te regelen en de gastro-enterologen konden dan laten zien dat zij het konden. Mede door toedoen van het door Guido Tytgat opgestelde programma én het grote aantal buitenlandse bezoekers werd het een succes. De secretaris hoopte dat Nederland haar plaats in de internationale gastro-enterologie en hepatologie nu had bewezen. Nederland kon een groot congres organiseren.<sup>25</sup> Ook anderen beaamden dat, 'het was zonder meer een doorbraak', de Nederlandse gastro-enterologie was volwassen geworden. En dat was nog niet alles. Het leverde een fors batig saldo op, waarmee men een aantal wetenschappelijke 'projecten' kon financieren.

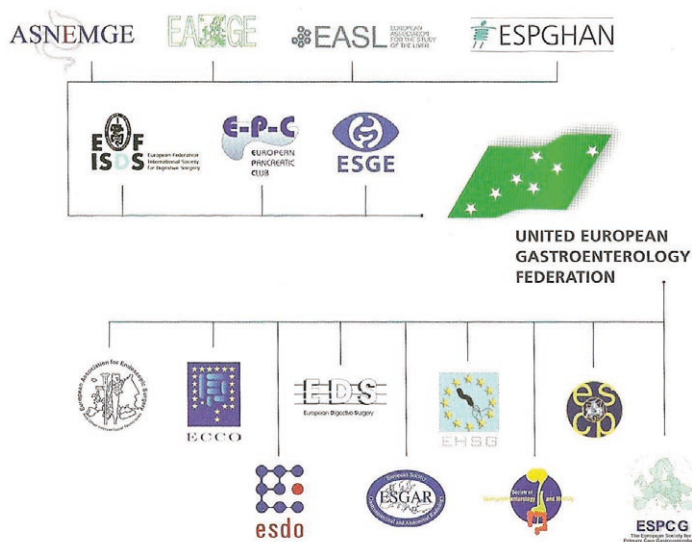


Poster voor de HDDW, 1989.

### European Digestive Disease Week, later UEGW

In 1991 organiseerde Guido Tytgat opnieuw een congres in Amsterdam, de tweede European Digestive Disease Week-conferentie, niet te verwarren met de Europese variant die een jaar later van start ging.<sup>26</sup> Opnieuw met tal van vooraanstaande sprekers én *live* endoscopiedemonstraties vanuit het AMC. Nog niet eerder was vertoond dat iemand, in dit geval Kees Huibregtse, tijdens zijn demonstratie vragen van congresgangers beantwoordde die op een heel andere locatie zaten. Het was een groot succes. Dit congres van Tytgat trok meer dan tweeduizend wetenschappers naar Amsterdam. Het was tevens de opmaat tot een Europees platform dat zich niet alleen met Amerika (het

eldorado) kon meten, maar dat het zelfs voorbij zou kunnen streven. Dat was vooral te danken aan de val van het 'ijzeren gordijn', waarbij Europa centraal kwam te staan. Chris Mulder verwijst daarvoor later naar Guido Tytgat; hij was 'meer dan een *local organizer*, Guido Tytgat was eigenlijk *The organizer*'; hij heeft 'het concept voor de huidige UEGW mogelijk gemaakt.'<sup>27</sup>



Samenstelling van de United European Gastroenterology Federation (UEGF): 7 'sisters' en 9 subsecties.

Na een moeizame start was er vanaf eind jaren tachtig ook op medisch gebied Europese regelgeving gekomen, de Europese platforms voor medische specialismen werden steeds belangrijker. Op gastro-enterologisch terrein was er destijds een zevental verenigingen die zich in 1992 verenigden in de United European Gastroenterology Federation. De belangrijkste taak van deze Europese organisatie is de jaarlijkse organisatie van een congresweek. Het succes daarvan is mede te danken aan de instelling van





Organisatieschema van de United European Gastroenterology (UEG).

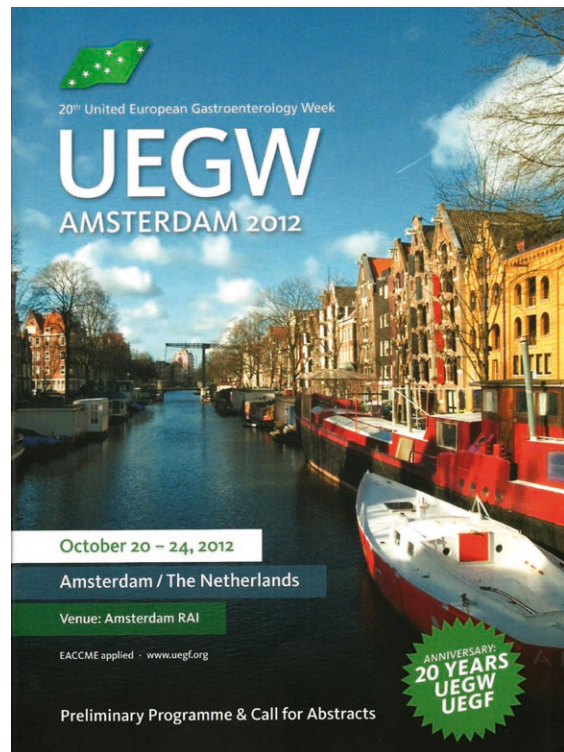
een 'scientific committee'. Want niet het organiserende land maar ook de committee bepaalt het programma, waardoor de kwaliteit gegarandeerd is. De wetenschappelijke waarde en kwaliteit van dit congres vertonen een steeds opgaande lijn. Eén van de 'leermomenten' was dat lang niet ieder land geschikt is om deze massale congressen te organiseren, alleen al vanwege de logistiek. Er zijn nu acht landen geselecteerd die aan de strenge eisen voor een goed congrescentrum voldoen, waaronder Nederland met de RAI in Amsterdam. Hier vond in 2001 en 2012 de UEGW nogmaals plaats. Het aantal deelnemers neemt nog steeds, jaar na jaar toe.

Jarenlang keken de gastro-enterologen met bewondering – en enige afgunst – naar Amerika met hun American Gastroenterological Association (AGA, eenzelfde koepelorganisatie als de Europese variant) en haar Digestive Disease Week. Volgens de Amerikanen is hún congres uitgegroeid tot de grootste en meest prestigieuze bijeenkomst op gastro-enterologisch gebied, met jaarlijks 16.000 congresgangers. Maar Gerard van Berge Henegouwen is het daar eigenlijk niet helemaal mee eens. 'We kunnen nu zeggen dat hier dat niveau wordt geëvenaard. En dat we nu met meer dan 15.000 deelnemers misschien wel die Digestive Disease Week voorbij zijn gestreefd. Dat laatste is behalve aan de goede organisatie en de 'committee' mede te danken aan de nieuwe

wind vanuit het Oostblok. Daardoor kunnen nu veel meer belangstellenden uit deze landen deelnemen. Daarnaast zien we ook nog enorme aantallen Chinezen en Japanners op de congressen.' Rest alleen nog de conclusie dat Europa inmiddels topkwaliteit levert en dat 'Amsterdam' meedeelt in die eer.

## Professionalisering van de NVGE

De NVGE ontkwam natuurlijk niet aan trends zoals modernisering van hun logo, workshops en cursussen statistiek. De eerste door haar georganiseerde 'brainstormdag' (1982), dagen die ook bij andere wetenschappelijke verenigingen in trek waren, was vooral een 'relatiedag'. Wellicht kon die dag enkele problemen oplossen die tot irritatie aanleiding gaven; de maagdarfstichting, de hepatologen en de kinderartsen met hun scapieën.<sup>28</sup> Hoewel deze problemen na die dag niet echt waren opgelost, beviel het brainstormen zo goed dat het een jaarlijks terugkerend gebeuren werd. In 1996 bijvoorbeeld, was het aantal secties zo toegenomen, dat de voorzitter voorstelde daarvoor 'een heuse brainstormings bijeenkomst' te organiseren, onder meer om de verhouding tussen de secties en verenigingen te bespreken. Gezien de steeds verder toenemende werkzaamheden van het bestuur bleek de instelling van 'committees' een goede oplossing. Ook een afbakening van taken van de NVGE en het bevorderen van de uitwisseling van de *know how* binnen de vereniging vroegen om een verdere uitwerking.<sup>29</sup>

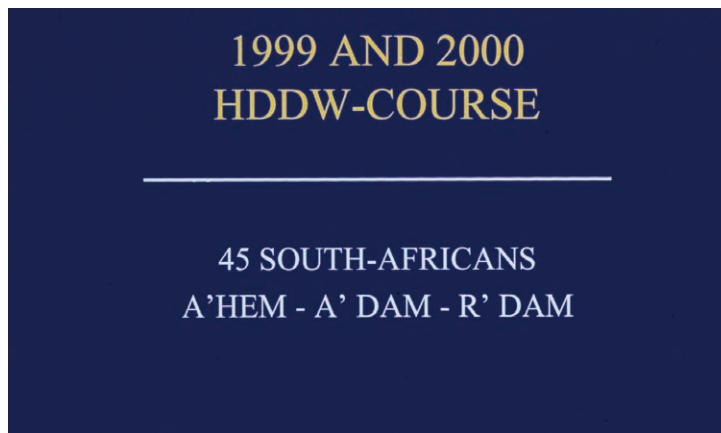


Poster voor de UEGW in Amsterdam, 2012.

In de loop der jaren professionaliseerde ook het bestuur steeds verder. De brainstormbijeenkomst in 2000 ging over een bestuurstoelage. Dit was weliswaar door de leden goedgekeurd, maar tot de vaststelling van het aantal uren en de bedragen was het nog niet gekomen. Bepaalde leden vonden dat niet passen, omdat vooral aan het voorzitterschap volgens hen zo veel voordelen zaten dat dit niet nodig was. Voorzitter Gerard van Berge Henegouwen, zelf hoogleraar die 'de feiten nog eens op een rij' zette, dacht daar anders over. Sommige hoogleraren hadden wellicht dat voordeel, maar voor 'gewone stervelingen' ging dat echt niet op.<sup>30</sup> In november 2001 bracht hij het onderwerp opnieuw ter sprake, inclusief de bedragen die daarvoor nodig waren. Veel wetenschappelijke verenigingen hadden een bestuurstoelage al geruime tijd eerder ingevoerd, ook de inmiddels tot Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen gereorganiseerde vereniging van de voormalige maagdarmartsen betaalde sinds kort vacatiegeld. Dit keer was het oponthoud bij de NVGE vooral te wijten aan het fenomeen dat 'iedereen', inclusief het Concilium – dat daar helemaal niets mee te maken heeft –, zich ermee ging bemoeien. Van uitstel kwam afstel, in ieder geval bij de NVGE. De huidige universiteiten accepteren dat niet meer, zij moeten tegenwoordig letterlijk alles verantwoorden. Zaken zoals bestuursfuncties bij de NVGE hoorden beslist niet tot de kernactiviteiten van hun afdelingen, zodat ook daaraan nu een prijskaartje zit. Wat bleef, was de doelstelling van de NVGE. Bevordering van de wetenschap op het terrein van de gastro-enterologie en van de samenwerking van al diegenen die bij de gastro-enterologie betrokken waren.

## Secretariaatsbureau Marie José van Gijtenbeek

Net als bij andere 'oudere' wetenschappelijke verenigingen, was 'het secretariaat' gevestigd in het ziekenhuis of ten huize van de secretaris. Vanaf 1986 maakt de NVGE echter gebruik van een professioneel secretariaat, dank zij het initiatief van de net benoemde secretaris Willem Dekker. Hij had daarvoor het secretariaatsbureau van Marie José van Gijtenbeek ingeschakeld, een 'jong bureau'. Het bleek een uitstekende keuze, het secretariaat kwam op een veel hoger plan en de werklust van de secretaris nam wat af. Later verzorgde zij ook de congresorganisatie die door professionalisering zelfs winstgevend werd. De taken van Marie José breidden zich verder uit, vooral omdat ook de MDL-artsen haar in 2001 contracteerden voor de secretariaatsvoering alsmede ondersteuning van het Concilium en verschillende commissies. Inmiddels telt het bureau meerdere medewerkers (zie ook hoofdstuk 20).



De HDDW leverde niet alleen een batig financieel saldo op, er werden ook intensieve GE-cursussen van georganiseerd voor Zuid-Afrikaanse en Oost-Europese collegae.

## Regulering

### Kostenbeheersing

In de jaren zeventig nam de overheid de eerste maatregelen om de gezondheidszorg te reguleren. De reden daarvoor was – en is tot op de dag van vandaag – de beheersing van de kosten. Behalve een vaak onleesbaar ambtelijk jargon bracht dat een aanzwellende papierstroom met zich mee, bestaande uit ontelbare beleidsstukken, nota's, adviesrapporten en de reacties daarop.<sup>31</sup> Het was toen al niet meer te overzien en het zou ook nooit meer ophouden. Omstreeks het midden van de jaren tachtig bleek dat de overheid een steeds grotere rol wilde gaan innemen. Vergeleken daarmee waren de eraan voorafgaande beleidsvoorstellen *peanuts*, een term die politici in die jaren te pas en te onpas gebruikten. Doelmatigheid was het toverwoord. Iedere nieuwe minister van Volksgezondheid gaf doelmatig werken aan als hét middel voor kostenbeheersing.<sup>32</sup>

Het meest opvallende in deze waarschijnlijk nooit helemaal oplosbare 'zorgkwestie' is dat bij elk nieuw voorstel, zoals doelmatigheid, het voorgaande beleid volledig uit het geheugen was gewist. Er was nooit een beleid voorhanden dat voor een wat langere periode rust kon brengen aan 'het front'. Het was en bleef onrustig. Terwijl de ervaring steeds weer leerde dat bepaalde maatregelen niet het resultaat hadden geboden dat eraan was toebedacht, kenmerkte het centrale beleid zich in een rotsvast vertrouwen dat haar maatregelen op termijn alle beheersingsproblemen zouden oplossen. Tot op zekere hoogte was dat niet helemaal onterecht. De kern van dit beleid, basisverzekering en honorering via de voormalige Diagnose Behandel Combinatie (DBC), kon uiteindelijk toch worden ingevoerd. Het andere 'speerpunt', marktwerking, was nog veel weerbarstiger. Het desbetreffende ministerie dacht een wettelijk geregelde planning van aanbod, vraag en tarieven nog in de jaren zeventig te realiseren. Al met al moet het toch duidelijk zijn geweest dat dit onmogelijk op korte termijn was te regelen.

Dit is overigens geen unieke geschiedenis. In andere Europese landen voerde men precies dezelfde discussies. Het aantal ziekenhuizen nam overal af, evenals de opnameduur in de ziekenhuizen.<sup>33</sup>

Kerngegevens ziekenhuizen 1970-2005				
	1970	1980	1990	2005
Aantal ziekenhuizen	256	231	169	140
Aantal bedden	72.200	73.200	64.600	47.000
Bedden per 100.000 inw.	5,5	5,2	4,3	2,9
Duur opname	19	14	11	

Bron: Rapport Sociaal Cultureel Planbureau 1998, 303; RVM

### Moelijke communicatie, moeizaam overleg

Vertegenwoordigers van de specialistenorganisaties waren in die jaren veelvuldig in 'Den Haag'. Om uitleg te geven en het belang van hun specialisme naar voren te brengen, en soms ook om te proberen de veelvuldige impasses te doorbreken. Meestal had dat weinig zin. Na het aanhoren en het tonen van begrip voor de visie van die specialisten, legden de ambtenaren die daarmee waren belast, dit vervolgens naast zich neer. Het ambtenarenidroom was moeilijk te volgen, ook voor hen zelf. De begrippen *care* en *cure*, die zij kwistig hanteerden, waren niet zo 'transparant' als gedacht. Zoals één van hen zei: 'Ooit dacht ik te weten waarop beide begrippen sloegen, maar dat inzicht ben ik inmiddels volledig kwijtgeraakt. Wij werken praktisch.'<sup>34</sup>

## Verhullend taalgebruik

Het was een moeilijke opgave omdat alle betrokken partijen zich in het debat mengden. Politieke partijen, specialisten, ziekenhuisinstellingen, ziektekostenverzekeraars en specifieke commissies hadden vaak tegenstrijdige belangen.<sup>35</sup> Mocht u de indruk hebben dat de trage voortgang vooral kwam door tegenwerking van de specialisten, dan is dat onterecht. Andere betrokkenen opponeerden lustig mee. Het uitstel kan niet alleen op conto van deze partijen worden geschoven. De overheid zelf was ook een probleem, een groot probleem zelfs. Met haar verhullende taalgebruik schiep zij niet direct vertrouwen in haar beleid. Met verbetering van de kwaliteit bedoelde zij vrijwel altijd 'beheersing van de kosten'. Dat was een kwalificatie die bovenaan in de top tien stond. Daaronder viel letterlijk 'alles' wat in het navolgende nog beschreven wordt.

De verdachtmakingen die specialisten als gevolg van deze ontwikkelingen vooral in de jaren tachtig en negentig te verwerken kregen, was niet iets om trots op te zijn. De nadrukkelijke aandacht voor 'de specialisteninkomens' en de wijze waarop de discussies werden gevoerd, waren tijdrovend en niet eens zo urgent aangezien de specialistenkosten een betrekkelijk kleine percentage vormden van de totale klinische kosten: circa vijf procent.

Iedereen zag dat de kosten voor de gezondheidszorg alleen maar toenamen en wist dat dit zonder regulering niet kon doorgaan. Internationaal gezien namen de kosten in Nederland als percentage van het BNP weliswaar ook toe, maar minder dan in de ons omringende landen.

Dat alles neemt niet weg, dat het beleid ook positieve resultaten had. De procentuele daling van de toename van de kosten is daar een voorbeeld van. De opheffing van de tweedeling in de gezondheidszorg tussen particuliere en ziekenfondspatiënten is een andere positieve ontwikkeling. Daartegenover staat weer dat een vrije-artsenkeuze, toch een 'grondrecht' van de patiënt, heel geruisloos naar het tweede plan is geschoven.

Kosten gezondheidszorg 1973-1983*		
Jaartal	Totale kosten in miljoenen guldens	Toename in %
1973	f 12.195	
1975	f 16.992	39,3
1977	f 21.517	26,6
1979	f 25.842	20,1
1981	f 31.058	20,1
1983	f 37.356	20,3

\* Exclusief extra kosten academische ziekenhuizen.

## Specialistenstop, een 'nationale schande'

Beheersing van de kosten vertaalde zich in een reductie van ziekenhuisbedden en een specialistenstop. Vooral het ziekenhuisbeleid was effectief, na 1985 zette een sterke daling in. De specialistenstop die ettelijke keren werd ingesteld, leidde tot lange wachtlijsten die in de jaren negentig niet langer konden worden genegeerd. Specialistenspraken van een 'nationale schande', omdat zwaar zieke patiënten daar letterlijk het slachtoffer van waren. Substantiële financiële bijdragen losten dit op, rond 2000 waren de wachtlijsten aanzienlijk gedaald, maar niet voor lang. In 2003 waren zij alweer het gesprek van de dag, maar nu bleek deze vorm van bezuinigen niet verantwoord meer. Naast ideeën over marktwerking die 'vanzelf' het aantal specialisten zou reguleren, zou dit een teken kunnen zijn van een wat minder krampachtige visie op de specialisten. Voor de maagdarmartsen bleek de specialistenstop het dieptepunt in hun bestaan. Het voorlopig laatste beleidsonderdeel van de overheid, marktwerking in de gezondheidszorg, heeft dat stadium nog niet bereikt.

## Herinvoering 'specialistenpot'

Wat in 1974 begonnen en verworpen was door de deskundigen en belanghebbenden in de medische sector, tot en met de marktwerking toe, was in 2006 realiteit. Wat bleef is de onrust die overheidsmaatregelen oproepen. Van tijd tot tijd leek het erop dat men weer terug was bij af. In 2011 voerde de minister de budgettering weer in, met een vast bedrag voor de staf binnen het ziekenhuisbudget. Er school nog een ander addertje onder het gras; het totale aantal specialisten was bevroren. Als de MDL-artsen uitbreiding nodig hadden en kregen, ging dat ten koste van de andere specialismen; het budget veranderde niet. Wie had ooit kunnen bevroeden dat zelfs de voorheen zo verguisde specialistenpot weer zou terugkeren?



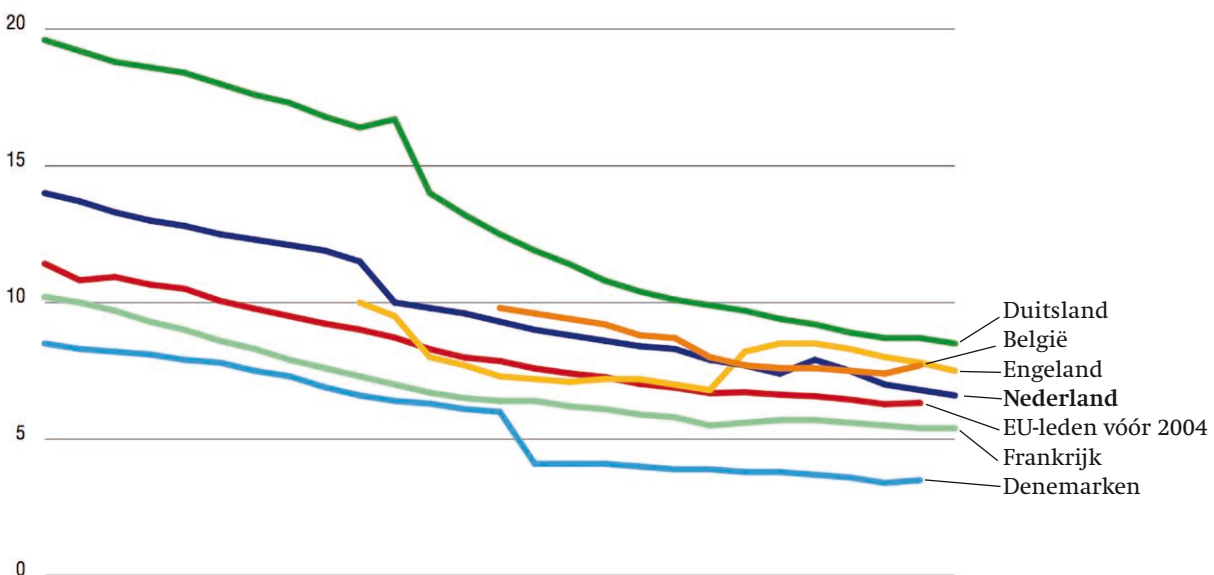
Het rapport *Kiezen en delen* van de Commissie Dunning (1991) blijkt in 2010 verrassend actueel te zijn. Verantwoord bezuinigen mag men alleen bij een juiste keuze en eerlijke verdeling van de middelen. Aanvankelijk onderscheidde Dunning hiervoor vier criteria, in 2000 is ziekte last daaraan toegevoegd. In 2010 vragen Henri Plagge en Michel Dutrée om 'Dunning' opnieuw uit de kast te halen. De trechter rationaliseert de besluitvorming.

Bron: Plagge, Dutrée, 'Haal trechter van Dunning uit de la', *Medisch Contact*, 2010;2:60-63

## Marktwerking

### Producttypering + concurrentie + efficiency = marktwerking?

Voortbordurend op de ideeën over marktwerking als panacee voor logge en dure publieke diensten, leek dit ook voor de gezondheidszorg een oplossing te kunnen zijn. Een zoveelste overheidscommissie moest het plan uitwerken voor de invoering van een basisverzekering en vooral ook de 'producttypering', de zogenoemde Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) voor ziekenhuizen en specialisten. Het moest precies zoals dat vanaf 1974 in diverse rapporten was aanbevolen, inclusief de topper waarvan het landsbestuur alle heil verwachtte: marktwerking.<sup>36</sup> De DBC's zouden een toonbeeld van transparantie opleveren, en als 'de markt eenmaal zijn werk' deed, zou dat leiden tot kostenbesparingen én tot transparantie. In dit verband moet gezegd worden dat de rekeningen die specialisten



Gemiddelde verblijfsduur na een acute opname in Nederland en de geselecteerde landen, van 1980-2006.  
Bron: W. Schäfer e.a., 'The Netherlands. Health system review', *Health Systems in Transition*, 12;1:118 (Europese webpublicatie van de WHO)

indienden, al behoorlijk transparant waren, nadat rond 1980 via de Landelijke Specialisten Vereniging de specialistentarieven waren ‘geëgaliseerd’.

In 1994 begon een aantal specialisten als proef met de producttypering, waarbij alles in één totaalbedrag wordt samengevoegd: diagnose, behandeling, medicatie en honorering. In 1997 besloten andere specialisten, waaronder de maagdarmsartsen, om DBC's te gaan opstellen. Overigens vonden de meeste specialisten dat dit een goede methode was, maar het nam, voor het zover was, heel veel tijd in beslag. In 2006 ging dit in, de ziekenhuizen hadden toen al een jaar ervaring met de DBC's. De vertragingen bij de invoering van deze methode bij specialisten en ziekenhuizen, kwamen onder meer door het arbeidsintensieve, massale en ingewikkelde systeem om de tarieven vast te stellen. Nadat zij in 2006 waren ingevoerd, bleek al spoedig dat het een allesbehalve transparante financieringsvorm was. In 2006 trad ook ‘de marktwerking’ in, dat wil zeggen, een aangepaste marktwerking. Kostenbeheersing, concurrentie, toegankelijkheid, solidariteit en vergrijzing zijn per slot van rekening in veel opzichten elkaars tegenpolen. In hetzelfde jaar kwam de verplichte basisverzekering ter vervanging van de obsolete geworden tweedeling met verzekeringen voor ziekenfondspatiënten en verzekeringen voor particuliere patiënten. Vooral bij de ziekenhuizen bleken de DBC's voor verwarring onder de patiënten te zorgen, omdat er handelingen op de rekening stonden die helemaal niet waren verricht. Uit het gebruikelijke onbegrijpelijke jargon valt niet precies te achterhalen waarom dat zo is, maar het heeft te maken met afspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars over niet-declareerbare kosten. Nog afgezien van een argumentatie, is het ‘hoogst ongewoon’ dat een overheid die transparantie en kwaliteit als hoogste goed ziet, een beleid voert dat dergelijke nota's de wereld instuurt. Met de DBC's en basisverzekering was een nieuwe weg ingeslagen, die voordelen bood. Wat de marktwerking betreft, daarvan viel de gunstige uitwerking spoedig tegen, ook de verwachte transparantie was in 2012 ver te zoeken. ‘Als er iets níet transparant is, is het ons zorgsysteem’, schreef een zorgverzekeraar.<sup>37</sup>

Het totaal aantal ziekenhuisopnamen (zowel klinische als dagopnamen) is tussen 1994 en 2005 toegenomen. Dit komt vooral door een verdubbeling van het aantal dagopnamen. Deze zijn met bijna honderdtwintig procent toegenomen. De klinische opnamen zijn ten opzichte van 1994 ongeveer gelijk gebleven.<sup>38</sup>

Vanaf de eerste ideeën over marktwerking in de gezondheidszorg waren er van officiële zijde veel en zeer kritische adviezen en rapporten verschenen over de bijbehorende ‘aannames’. Daaronder waren ook adviesorganen van de overheid, zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Marktwerking in de gezondheidszorg was ‘een historische vergissing’, een ‘rampzalig idee’.<sup>39</sup> In 2006 spraken officiële rapporteurs opnieuw hun bezorgdheid uit over onder

## Marktwerking! Marktwerking?<sup>42</sup>

Tot op de dag van vandaag levert marktwerking in de zorg agitatie op, hetgeen te verwachten was gezien de vele negatieve rapporten die daarover waren verschenen. Het heeft veel meer impact voor alle betrokkenen dan alle andere maatregelen. De concurrentie wilde maar niet van de grond komen. Of dat door het nieuwste plan van de minister wel zal lukken, is nog maar de vraag. Nóg meer marktwerking zou volgens haar de hoge kosten in toom kunnen houden, want de markt werkt met winst – en verlies – en keert daarover dividend uit. Voor de financiering denkt de minister vooral aan (buitenlandse) investeerders, die dat winstperspectief heel aantrekkelijk zullen vinden. Vergeten is het Geïntegreerd Medisch Bedrijf dat in 2009 hetzelfde beloofde; eveneens met aandeelhouders, maar toen betrof het vooral de specialisten per ziekenhuisafdeling. Daar hebben zij toen veel tijd en energie ingestoken – het was niet het eerste plan dat een zachte dood stierf. Winst-maken met een ziekenhuis kan stimuleren tot het aanbieden van vooral winstgevende ingrepen en ... tot faillissement. Inmiddels zijn er enkele investeerders die daar wel wat in zien, waaronder de investeringstak van zorgverzekeraar Achmea. Opnieuw waarschuwen specialisten voor de nadelige gevolgen van dat beleid, zowel bij de concurrerende ziekenhuizen als de positie van de paar grote verzekeraars die er nog overgebleven zijn. En winst maken? ‘Een arts is niet op aarde om winst te maken’, zei de befaamde darmchirurg Johan Lange op internationaal niveau ‘Het wordt een ramp’. Zijn ervaring is dat ziekenhuizen concurrentie inmiddels belangrijker vinden dan kennisoverdracht. Dat is opnieuw een teken aan de wand.<sup>43</sup>

meer de maatschappelijke risico's ervan.<sup>40</sup> Iedere nieuwe minister was echter vol vertrouwen dat uitbreiding van de marktwerking ook de kosten uiteindelijk beheersbaar zou maken. In 2012, zes jaar na de invoering, waren er echter 40.000 DBC's, een bijna onvoorstelbaar groot aantal. Niet gehinderd door kennis van de voorafgaande 'historische akkoorden' – het Vijfpartijenakkoord in 1989, om maar een voorbeeld te noemen<sup>41</sup> – kondigde de minister (Schippers) aan dat zij een 'historisch akkoord' had bereikt met de partijen in de gezondheidszorg. De DOT's deden hun intrede (DBC's Op weg naar Transparantie). Door samenvoeging van de tarieven voor de hele behandeling, zouden er 'slechts' 4000 overblijven.

Toch kan dit hoofdstuk wat de specialisten betreft ten dele worden gesloten. Wat betreft de kosten van de ziekenhuizen en de positie van de ziektekostenverzekeraars is het nog lang niet zover. Het trieste van dit alles is, dat dit een zich eindeloos herhalende geschiedenis is geworden: steeds weer worden er maatregelen bedacht om de kosten van de zorg betaalbaar te houden. Het lijkt een vicieuze cirkel te zijn geworden. Het gevaar dat daarbij de wetenschappelijke belangen en die van de patiënten in het nauw komen, is niet denkbeeldig.

Al deze ontwikkelingen hadden hun uitwerking op het wel en wee van de maagdarmartsen. Zij waren inmiddels volop betrokken bij de aanpassing aan de (vele) eisen die vanuit de maatschappij aan specialisten werden gesteld. Buitenstaanders hadden door het onderlinge wantrouwen veelal geen oog voor de specialisten die wel degelijk wilden meewerken aan een toegankelijke en betaalbare zorg. Ten Thije bijvoorbeeld, voorzitter van de NVGE, gaf al heel vroeg, tijdens de feestelijke jaarvergadering in 1973, aan dat 'de markt' de toekomst had. En dan te bedenken dat woorden als 'markt' en 'marktwerking' in 1973 nog niet eens bestonden in het jargon van ambtenaren en beleidsmedewerkers.

'Zelfs een niet-econoom behoort op een moment als dit drie punten te onderzoeken: de markt, dat is de behoefte aan het product, de productiecapaciteit en, afhankelijk van deze beide, een nadere definitie van het in te brengen product.'<sup>44</sup>  
(O.J. ten Thije, 1973)

## Ook verzekeraars bundelen hun krachten

De ziektekostenverzekeraars bleven evenmin achter. Vooral bij de ziekenfondsen was de daling spectaculair en al eerder in gang gezet. Tussen 1940 en 1985 daalde het aantal ziekenfondsen van 684 naar 53, om vervolgens te halveren in de periode tussen 1985 en 1994 (van 53 naar 26). In diezelfde periode daalde het aantal particuliere ziektekostenverzekeraars van 69 naar 52.<sup>45</sup> Het gevolg daarvan is dat vooral de positie van de ziektekostenverzekeraars enorm is versterkt. Net als voor de overheid is kostenbeheersing voor hen belangrijk. Of dit een gunstige ontwikkeling is? Met de voorgeschiedenis van de ziekenfondsen in gedachte is 'Goedkoop is duurkoop' niet helemaal uitgesloten. Gezien de voorgeschiedenis van het overheidsbeleid lijkt het verstandig de voorlopig laatste ontwikkeling kritisch te volgen.

## Commissie beroepsbelangen van de maagdarmartsen

De meeste wetenschappelijke verenigingen hadden rond 1950 op aandringen van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) een beroepsbelangencommissie ingesteld. Omdat dit meestal niet het sterkste punt was van hun koepelvereniging, benoemden sommige verenigingen een commissie, andere richtten daarvoor een aparte vereniging op. Door het besluit in 1973 om de Vereniging van Maagdarmartsen te laten opgaan in de veel bredere Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie (NVGE), moest er ook worden beslist over de status van de bestaande beroepsbelangencommissie. Of dit dan een zelfstandige vereniging zou moeten zijn, kwam (nog) niet aan de orde. Men ging ervan uit dat deze commissie onderdeel zou zijn van de NVGE, waarover later meer. Of dit een verstandige keuze was? De NVGE was samengesteld uit specialisten van diverse pluimage, met vooral veel internisten. De maagdarmartsen vormden in de NVGE een in verhouding kleine groep, wat te denken zou kunnen geven. Dat het nog niet helemaal ging zoals verwacht, blijkt uit de vraag van Otto ten Thije in de voorjaarsvergadering. Hij vroeg zich af of er in het bestuur wel voldaan werd aan de reglementair vastgelegde eis dat het bestuur minimaal twee gastro-enterologen moest tellen. Toch leek, ondanks de vele problemen tussen maagdarmartsen en internisten, de onderlinge verhouding binnen de NVGE verbazingwekkend goed.

### ‘Het unheimische gevoel’ (Driessen, 1982)

Sommige leden van de NVGE keken wat anders aan tegen de belangencommissie van de maagdarmartsen. Dat bleek al in de eerste de beste vergadering. De farmacoloog G.A. Charbon bijvoorbeeld, zag niet in waarvoor die commissie eigenlijk nodig was; waarom was er geen commissie research? Dergelijke ideeën sloegen feitelijk nergens op. De Commissie Maagdarmartsen had vrijwel alle terreinen van het specialist-zijn onder haar hoede, inclusief de opleiding en in eerste instantie het cursorisch onderwijs (1984), tot de waarborg van ‘kwaliteit’ op het hele functioneren van het specialisme aan toe. De verantwoordelijkheid voor het reilen en zeilen van de gastro-enterologie lag bij deze commissie, waarvan de activiteiten zich grotendeels aan het oog van het NVGE-bestuur onttrokken.<sup>46</sup> De commissie opereerde zelfstandig en wilde dat vooral zo houden. Dick Schreuder moest echter van tijd tot tijd benadrukken bij andere organisaties, zoals de LSV en het Centraal College, dat alleen zijn Commissie de maagdarmartsen vertegenwoordigde!<sup>47</sup>

Veel leden van de NVGE vroegen zich de volgende jaren dan ook af wat hun wetenschappelijke vereniging nu eigenlijk dééd. Zo vreemd was dat dus niet. Zelfs NVGE-bestuurder en internist Willem Driessen ‘kreeg steeds meer “het unheimische gevoel” dat het bestuur zich eigenlijk alleen maar bezighoudt met het organiseren van twee wetenschappelijke vergaderingen per jaar en verder geen weet heeft wat er omgaat in de gastro-enterologie in Nederland.’

## Uitdijende beroepsbelangen maagdarmartsen

Deze geschiedenis gaat over verdediging, verantwoording, verplichtingen, tarieven, de LSV (tegenwoordig de Orde) en de Commissie Maagdarmartsen. De twee laatstgenoemde kregen daarbij te maken met het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG, 1980), en met een heel andere visie op hun doen en laten. Er wachtte veel werk voor de Commissie. Het was bij lange na niet de enige commissie, maar wel de meest gehoorde.

## Enerverende en emotionele jaren

De vermaatschappelijking van de zorg vroeg om andere maatstaven. De vragen en eisen van overheden en verzekeraars waren ternauwernood beantwoord of de Commissie Maagdarmartsen moest zich alweer buigen over nieuwe vragen. ‘De media’ deden er dan vervolgens nog een schepje bovenop. Deze ontwikkelingen dwongen de beroepsbelangencommissies en de LSV tot actie. Het waren hectische jaren in die laatste decennia van de twintigste



eeuw. Dat de gezondheidszorg in 1976 tien miljard moest bezuinigen maakte het er nog ongemakkelijker op. Van 'overheidswege' was de enige blijk van waardering voor de LSV haar voorstel dat specialisten hun rekeningen 'in den vervolge zouden specificeren'.<sup>48</sup> Dat lijkt nogal logisch, maar in die jaren viel er in de specialistische zorg zeker nog het een en ander te verbeteren.

De 'beroepsbelangen' vroegen vanaf nu een grote inzet van de leden van de Commissie Maagdarmartsen. Hoewel zij voor een aantal verplichtingen nog met de internisten konden 'meeliftten', moet hun inzet niet worden onderschat. Juist omdat zij met zo weinig waren, kwam er veel op hen neer. In 1973 werden commissieleden niet alleen geconfronteerd met een veranderende houding van de overheid, de verzekeraars hadden zich eveneens aangepast. Eerst waren dat nog vooral de ziekenfondsorganisaties. De commissieleden, tot eind 1973 nog Joke Kreuning in samenwerking met Dick Schreuder en Nico Hellemans, moesten flexibel zijn. Om bijvoorbeeld de onbehoorlijke opmerkingen van sommige politici te kunnen pareren, maar ook om behendig de onderhandelingen met de ziekenfondsorganisaties te voeren. Die verzekeraars beschikten inmiddels, in tegenstelling tot de meeste specialisten destijds, over moderne onderhandelings technieken. Daardoor kregen zij een aantoonbaar sterkere positie, zij werden steeds 'mondiger' en minder bereid tot consensus.<sup>49</sup>

Een van de gevolgen daarvan was, dat in de komende decennia óók nog de relatie met de ziekenfondsorganisaties tot het nulpunt daalde. Over en weer was het wantrouwen inmiddels vastgeroest in het denken over de andere partij. Steeds opnieuw laaiden de tarieven- annex honorariakwesties weer op. De onderlinge sfeer werd slechter en slechter. Eind jaren tachtig liep het zo hoog op, dat de specialisten een aantal keer hun contracten met de fondsen opzegden en stakingen aankondigden. In de jaren negentig voegden ook academisch werkzame specialisten zich bij de protestacties, onder andere met enkele werkonderbrekingen en zondagsdiensten.

## De oprichting van de Orde van Medisch Specialisten

De onvrede over het uitblijven van een bevredigend akkoord was algemeen onder de specialisten. Aangezet door een rapport van de Commissie Biesheuvel, waardoor de autonomie van de vrijgevestigde specialisten in het geding zou komen, leidde dit tot onvrede over de Landelijke Specialisten Vereniging en de oprichting van diverse alternatieve specialistenverenigingen. Na enkele jaren leek het toch verstandiger om weer gezamenlijk verder te gaan; in 1997 nam de Orde van Medisch Specialisten (de Orde) de taken over.<sup>50</sup> De tevredenheid over de werkzaamheden van deze belangenvereniging was en bleef voorlopig evenmin groot. Nog in 2012 schreef voorzitter Ernst Kuipers dat er 'een gezonde scepsis' tegen voorstellen van de Orde was. Bij welk overleg dan ook, de Orde had zich in de afgelopen jaren niet laten kennen als 'pleitbezorger van onze belangen'.<sup>51</sup>

## Ongenoegen bij vrijwel iedereen over 'alles'

De Landelijke Specialisten Vereniging viel uiteen in LSV en de Nederlandse Specialisten Federatie (NSF), die veel harder wilde optreden tegen ziekenfondsen en vooral ook de overheid. Een overheid die inderdaad onbetrouwbaar overkwam. De Federatie was al in 1985 opgericht, maar bestond geruime tijd uit niet meer dan drie leden. Als tegenhanger van de 'op geld beluste vrijgevestigde specialisten' richtten enkele academici het Nederlands Specialisten Genootschap op. Veel leden kreeg het niet, terwijl toch ook niet-medici lid konden worden. Beter verging het de Federatieve Vereniging van specialisten bij Academische Ziekenhuizen (ASV). Deze ging later door als Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). De academisch werkzame specialisten streefden naar meer harmonisatie tussen hun honorering en die van andere specialisten. Eind jaren negentig leek een oplossing nabij. Niet alleen zou de honorering verbeteren, met de invoering van 'excellentie'-toelagen – het nieuwe modewoord in de twintigste eeuw – zou de universiteit met haar 'wetenschappelijke uitdaging' voor jonge medisch specialisten aantrekkelijker worden. Er wachtte hen echter de ene na de andere reorganisatie casu quo bezuinigingsmaatregel, waartegen de protesten niet meer waren opgewassen.

## Tarieven, honorarium

Gesterkt door het overheidsbeleid inzake specialisten keken de ziektekostenverzekeraars steeds kritischer naar de bestaande tarieven. Bij de maagdarmartsen troffen zij eerst nog een welwillend oor, iets dat hen niet vaak overkwam. Zo waren Nico Hellemans en Dick Schreuder het ermee eens dat de ziekenhuiskosten lager konden. 'Als ik [Schreuder] zo om mij heen kijk, kan er veel meer poliklinisch gebeuren en permitteert Nederland zich de luxe van een overmaat van ziekenhuizen.'<sup>52</sup> Het viel hen ook op dat de tarieven voor in het ziekenhuis opgenomen patiënten veel hoger waren dan de poliklinische, een verschuiving zou daarom inderdaad wat tastbaars kunnen opleveren.

### Arme patiënt?

Voor de specialisteninkomens kregen veel aandacht in de 'media', met name de televisie bleek effectief voor het spuien van de onvrede daarover. Bij herhaling verkondigde een berucht-bekend Tweede Kamerlid (Muller-Van Ast) dat het überhaupt een schande was dat specialisten geld wilden verdienen over de 'rug van arme patiënten'. Waartoe je ter meerdere eer en glorie van jezelf niet kunt komen! Een aantal specialisten was dan ook oprecht geschokt. Pas nadat zij ettelijke keren door 'venijnige' specialisten zoals Ko Greep en anderen met feiten was overladen en belachelijk was gemaakt, kwam er een eind aan haar tv-optreden.

Hoewel het 'tariefstelsel' een eenvoudige en reële honoreringmethode leek voor zowel de particuliere als de ziekenfondsverzekeraars, was de vaststelling daarvan – per specialisme – jaar na jaar een tijdrovende bezigheid. Het leek wel duidelijk, maar een *overall* beeld van de honorering gaf het niet en het was voor ieder specialisme weer anders. Mede daardoor konden de honoraria fors uiteenlopen. De algemene indruk bij niet direct betrokkenen was dat specialisten over hun honorering niets te klagen hadden, want juist over die honorering was veel te doen. Ook de LSV liep tegen deze problemen op, zij had daarvoor weliswaar rond 1970 richtlijnen opgesteld, maar dat schiep weer een volgend probleem. Wat was eigenlijk een reëel inkomen?

Specialisten werden allemaal over één kam geschoren, terwijl lang niet iedere specialist een 'veelverdiener' was – wat dat ook mocht inhouden. Uit een enquête van de LSV in 1975 bleek dat bij de maagdarmartsen in het algemeen mee te vallen. De echt grote uitzonderingen daarop kwamen uit de academische hoek en daaraan was niet direct iets te doen. Dat zou ook het probleem niet echt oplossen. Hoogleraren kregen in die jaren nog een opslag van vijftientig procent op de tarieven voor hun particuliere patiënten. Dat waren al 'mooie' tarieven, omdat deze de inderdaad nog lage tarieven voor de ziekenfondspatiënten compenseerden. Het idee dat hoogleraren deze inkomsten met de stafleden zouden delen, die intussen wel zijn werkzaamheden deden, of er de reiskosten voor congressen mee konden financieren, had nog maar weinig ingang gevonden. Dit had wel zijn langste tijd gehad. Zowel verzekeraars als de desbetreffende specialisten kregen steeds meer moeite met deze uitzonderingspositie.

Nu waren de tarieven bij lange na niet het enige onderdeel van de maatschappelijke vraag om verantwoording en duidelijkheid. De maagdarmartsen wachtte nog een hele reeks van verplichtingen die 'direct' om actie vroegen. Dat viel niet altijd mee, de weinige belangstelling die er vanuit de beroepsgroep zelf was, was nog een extra handicap. Zo ook in 1987, toen het wel heel treurig was.

## Een teleurgestelde commissie

Het bestuur was 'zeer teleurgesteld en eigenlijk geschokt door de buitengewoon minimale opkomst bij de voor heden geplande vergadering.' Omdat alléén de twee bestuursleden daarvoor tijd hadden vrijgemaakt, kon de vergadering niet doorgaan, terwijl het zo langzamerhand duidelijk was dat 'wij mede namens u ingrijpende beslissingen moeten nemen.'<sup>53</sup>

## ‘Ingrijpende beslissingen’

Deze uitspraken van beide bestuursleden komen niet alleen voort uit de lauwe reacties van degenen die dergelijke bestuursfuncties niet op zich namen. Dergelijke taken kwamen vaak op dezelfde personen neer, vacatures waren vaak moeilijk te vervullen door de ‘andere verplichtingen’ die de leden hebben. Dat was op zichzelf niets nieuws, altijd waren er enkele actieve leden die de bestuursfuncties vervulden en de huishoudelijke vergaderingen bijwoonden. Maar nu, in deze turbulente periode waarin veel werd gevraagd van de bestuurders, kan het niet anders dan ergernis hebben gegeven. Veel maagdashartsen hadden geen idee van wat er allemaal gevraagd werd van de commissieleden. Dat daar, vooral bij hún specialisme, nog zoveel andere, van buitenaf opgelegde problemen bij kwamen, was evenmin algemeen bekend. Alleen al met de terugkerende vraag naar protocollen, beleid, capaciteit, functieplanning, verwachte toename, functiewaardering, opleiding, rekenschema’s tarieven en ga zo nog maar even door, zijn reeds vele archiefdozen gevuld. De onbekendheid over de impact van die verplichtingen, en zeker die in de voorafgaande jaren, is nog steeds niet geheel verdwenen. Hoe vaak nog is het niet te horen: ‘Ach, dat stelde toch niet zoveel voor? Het ging toch maar over een klein groepje?’ Dit doet onrecht aan de bestuurders van weleer die daarin veel tijd en energie hebben geïnvesteerd. Zij hadden evenveel verplichtingen als de grote verenigingen die over veel meer ‘mankracht’ beschikten.

### Noodkreten Hans Poen

‘Wij worden belaagd, en enkele collegae in het bijzonder, door het door de NIV gehanteerde beleid, [...], enz.’

‘Wij worden belaagd door de Overheid en Ziekenfondsen en tariefsverlagingen, zogenaamd budgettaire neutrale hervormingen, enz.’

‘Deze problemen raken niet alleen Uw Bestuur en BBC [Beroepsbelangencommissie], maar ook uzelve’. Zo schreef voorzitter Hans Poen in 1987.

## ‘Dit indrukwekkend grote project’: vaststelling van de DBC’s

In 1997 bleek uit de verslaglegging van Marten Otten dat het onmogelijk was om zich aan de Diagnose Behandel Combinaties (DBC’s) te onttrekken. Eerst moesten de maagdashartsen de belangrijkste daarvan uitwerken, later zou men dan door middel van een enquête de tijdsbelasting en normtijden kunnen ontwikkelen. Al snel bleek echter dat ook hier de betrokkenheid van de leden gering was. Terwijl het financiële wel en wee van vrijgevestigde leden hierbij



Marten Otten, jarenlang het boegbeeld van de Commissie Beroepsbelangen.

Bron: Privéarchief Otten

zonder enige twijfel betrokken was, moest Willem Bode vertellen dat de leden de enquête nog steeds niet serieus namen. De respons was gering, ettelijke leden meenden zelfs dat DBC’s niet nodig waren.<sup>54</sup> Maar wat eenmaal in gang was gezet, liet zich niet meer stoppen. Willem Bode hield een tirade en dat had effect. In MAGMA had hij een veel positiever verhaal: dankzij ‘de goede medewerking van de beroepsgroep’ waren nog net in 1998 alle poliklinische DBC’s klaar.<sup>55</sup> Paul Boekema en Marten Otten konden dan ook drie jaar later in de bestuursvergadering melden dat ‘dit indrukwekkend grote project’ klaar was. Afgezien daarvan bleek in 2002 dat er nog veel ongewis was over het ‘totaalbeeld’. Het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) zou bovendien op het laatste moment nog veel lagere uurtarieven kunnen vaststellen.<sup>56</sup> Wat begon in 1997 trad in 2006 in werking, maar het bleef een agendapunt; het moest worden onderhouden en aangevuld. Het komende decennium rapporteerde de vertegenwoordiger dan ook vrijwel jaarlijks: ‘een punt van zorg zijn nog de DBC’s’ of ‘een definitieve oplossing is nog niet in zicht.’

Daarnaast waren er ontwikkelingen die een aanslag konden betekenen op de verworven positie van de MDL-artsen. Vooral de DBC's voor endoscopisch onderzoek waren vanaf 2004 jarenlang een bijna vast agendapunt. Zo verzuchtte de voorzitter dat de 'stropigerige besprekingen' daarover in anderhalf jaar tijd weinig hadden opgeleverd. Endoscopie was toch al een beladen onderwerp voor menig MDL-arts, maar nu kwam dat bovendien doordat ook 'derden', behalve internisten ook de nurse endoscopisten endoscopisch onderzoek mochten gaan doen. Deze moesten weliswaar nog worden opgeleid, maar op het ministerie ontwikkelde men alvast hun DBC's. De meeste MDL-artsen zagen dat niet zitten, noch in termen van kwaliteit noch in financiële termen.<sup>57</sup> Zowel MDL-artsen als internisten kampten op dit terrein met nog een ander probleem, omdat er geen vergoeding was als de huisarts dat aanvroeg.<sup>58</sup> Dit alles was nauwelijks in wat rustiger vaarwater terechtgekomen of de DOT's moesten de DBC's vervangen. In MAGMA van juni 2012 uitte de redactie haar zorgen daarover. Dergelijke bijkomende en arbeidsintensieve andere werkzaamheden zijn tegenwoordig inherent aan het specialist-zijn.

De wetenschappelijke verenigingen kwamen door dit soort 'verrassingen' in een eindeloos professionaliseringsproces terecht. Sinds het aanbreken van de nieuwe eeuw gold voor alle nieuwe 'verplichtingen', van DBC's en richtlijnen tot kwaliteitscommissies en financiële overzichten, dat deze een oneindig repeterend onderdeel van het specialist-zijn waren geworden.

Sinds de invoering van de DOT en de nieuwe budgettering van de ziekenhuizen is er bij enkele specialismen stagnatie opgetreden in het aantal vacatures. De situatie in 2012 is dat MDL-ziekten opnieuw te maken krijgen met navenant snel groeiende wachtlijsten. Het bevolkingsonderzoek naar darmkanker zal dat tekort naar schatting gedurende vijf à zeven jaar nog groter maken. Het resultaat is dat als alle gepensioneerde MDL-artsen blijven doorwerken er ook nog buitenlandse specialisten nodig zijn om een en ander in goede banen te leiden.

### **2012: 'Als we niet oppassen, komen we in de situatie van de vroege jaren '80 terecht'<sup>59</sup>**

'De DOT, met alle onduidelijkheden, deformeert en vertraagt de toekomst van ons talent. Stafmaatschappen frustreren de ontwikkelingen, ze ontkennen de werklast van de MDL op tal van plaatsen.' De situatie in de vroege jaren tachtig was vergelijkbaar: 'vele kant-en-klare jonge dokters [die] gechanteerd worden om als chef de clinique binnen grote maatschappen te gaan werken.' Voorwaar geen positief beeld.

## **Professionalisering van het Nederlands Genootschap van artsen voor Maag-Darm-Leverziekten**

### **Toenemende werkzaamheden**

Eind 1999 was het bestuur toe aan een meer aan de tijd aangepaste bewindvoering. Door de toenemende werkzaamheden en druk van buitenaf liepen bestuur en leden tegen meerdere knelpunten op. Om te beginnen de tijdsinvestering. Het overkwam de bestuurders steeds vaker dat deze veel groter was dan zij van tevoren hadden ingeschat. Vooral de werkzaamheden voor het secretariaat groeiden deze functionarissen boven het hoofd. Secretaris Jeroen Kolkman bijvoorbeeld, had niet gedacht zoveel tijd aan het secretariaat kwijt te zijn: twee dagdelen! Door de grote drukte in zijn kliniek en andere werkzaamheden was dit voor hem te veel om te kunnen volhouden. Bovenop de activiteiten van het bestuur en bepaalde commissies kwam nog een stroom van andere verplichtingen die herleid kunnen worden tot de basisbegrippen 'kwaliteit' en 'zichtbaar presenteren'. De leden van een aantal commissies spendeerden veel tijd daaraan, zoals de Protocollencommissie, later vaak Richtlijnencommissie genoemd. Behalve dat, waren het altijd dezelfde mensen die dergelijke werkzaamheden op zich namen.<sup>60</sup> De bestuurders van het Genootschap waren in principe nog steeds van mening dat je intern onbezoldigd werkte en alleen voor externe zaken declareerde. 'Liefdewerk' was echter uit de tijd vonden de betrokken MDL-artsen. Hoewel het bestuur begin 2002 beaamde dat aan vacatiegeld niet meer te ontkomen was, bleken er in 2006 nog uitzonderingen op die norm.<sup>61</sup>

Dan waren er ook nog de bijkomstige aanpassingen. Natuurlijk moesten de MDL-artsen een eigen website hebben. Daarvoor huurde het bestuur een 'website-bouwer' in, waarna de site in het voorjaar van 2001 kon worden ingewijd. In datzelfde jaar was er overeenstemming tussen het NGMDL en de Maag Lever Darm Stichting (MLDS) over een beleidsmedewerker. Ten slotte was er in navolging van sommige andere wetenschappelijke verenigingen behoefte aan een 'smoelenboek' en dat kwam er in 2004.

In datzelfde productieve jaar restte er nog één andere kwestie die in het kader van professionalisering verandering behoefde: het secretariaat. Die werkzaamheden waren de secretarissen nu serieus boven het hoofd gegroeid. Door het ontbreken van een goed secretariaat bleek bijvoorbeeld dat veel correspondentie over de DBC's niet bij leden was terechtgekomen. Ook dit werd geregeld en dat maakte 2001 al met al tot een uitzonderlijk productief jaar.

## Het secretariaat



van **GIJTENBEEK**  
secretariaatszaken & congresbegeleiding

Voor hun kantoor aan de Wilhelminastraat 13 zwart (= begane grond) in Haarlem het trio van Bureau van Gijtenbeek: Marie José van Gijtenbeek, Marja Weber en Jeanine Gies (v.l.n.r.). | Foto: Thirza Weber, 2013

## Slapende commissies

Onder de leden was de onbekendheid met bestaande commissies en werkgroepen groot. Dat trof niet alleen de Protocollencommissie. Met uitzondering van de Beroepsbelangen- en aan de opleiding gerelateerde commissies, hadden zij als belangrijkste kenmerk dat zij veelal een slapend leven leidden. Secretaris Wilco Lesterhuis spoorde in 1994 een tiental commissies op, maar hij had geen flauw idee wat zij deden en of zij überhaupt nog functioneerden. Wilden de diverse betrokkenen hem een 'teken van leven geven' en hun eventuele activiteiten bekend maken? Want wat moest hij bijvoorbeeld met een 'Bouwcommissie'? Na veel gezocht bleek het de commissie 'van Chris Mulder' te zijn, die had toegezegd het ontwerp van de ideale endoscopische afdeling te zullen aanleveren. Dat leverde later overigens nog wel resultaten op.<sup>62</sup>

Het 'secretariaat' begon bij vrijwel alle specialismen in de vrije tijd, in het huis van de secretaris of in zijn ziekenhuis. Voor een aantal archieven van die verenigingen bleek later dat hierdoor veel oud materiaal was zoekgeraakt. Bij de maagdarmartsen is het vroege archief echter redelijk bewaard gebleven. In het begin vielen de werkzaamheden van de secretaris nog wel mee, hoewel de besprekingen met de ziekenfondsen – en niet te vergeten het Centraal College! – wel een beslag legde op hun vrije tijd. Vanaf 1970 nam min of meer sluipenderwijs de tijdsinvestering steeds verder toe. Veel specialisten bleven echter nog enige jaren trouw aan een eigen notulering en de uitwerking daarvan door hun eigen secretaresse. De MDL-artsen hielden dat zelfs heel lang vol. Pas in 1997 liet secretaris Frits Nelis weten dat een secretariële ondersteuning hard nodig was. Twee jaar later was er niets veranderd. 'Het gehele secretariaat [...] wordt [...] geheel zonder kosten door mij gevoerd', schreef hij aan de NVGE.<sup>63</sup> Gezien het grote aantal brieven met zijn adres erop, was het inderdaad de hoogste tijd voor verandering. Ook deze 'inspanningen' ontgingen veel andere, minder actieve leden. Zo ging dat in die tijd. Een hele verademing was dan ook het besluit om, net als de NVGE dat al in 1986 had gedaan, het bureau van Marie José van Gijtenbeek (Haarlem) daarvoor in te schakelen (zie hoofdstuk 18). Haar inbreng was direct aantoonbaar: de notulen, de inkomende en uitgaande post etcetera, ogen inderdaad veel professioneler dan voorheen. Haar 'voorgangers' verdienen alle waardering voor hun werk, maar een professionele hand brengt toch wat meer orde en overzicht in hetgeen besproken en geschreven is.

## Ook de leden ‘professionaliseren’

Wat nog restte was de ‘professionalisering’ van de leden, die alles aan bestuur of commissie overlieten, niet of heel laat reageerden op bijvoorbeeld een concept-protocol. Een verzoek om toezending was geen oplossing, want om te ‘traceren’ wie daarvoor aansprakelijk was, was niet eenvoudig. Om deze problemen op te lossen, had Jeroen Kolkman een lijst van suggesties opgesteld. Alles moest voortaan via Marie José lopen, zodat er in ieder geval zicht was op het verloop van het proces. In een PS-je liet hij nog weten dat hij ‘in alle eerblijvendheid’ dacht wij op termijn onze commissieleden moeten gaan betalen.<sup>64</sup> Hij had tegelijkertijd een andere opzet gemaakt. Dat initiatief werd gewaardeerd: ‘collega Kolkman [heeft] een eigen protocol ontwikkeld met [een] veel eenvoudiger regelgeving.’

## Naamswijziging en de NVMDL als kenniscentrum

Het Genootschap richtte zich nog vooral op interne zaken. Om te kunnen voldoen aan de vele ‘eisen des tijds’ moest het zich veel meer ‘naar buiten’ richten. Secretaris Adriaan Tan had daarvoor een voorzet gedaan met zijn beleidsplan 2006-2010, dat hij op verzoek van het bestuur had opgesteld. Het uiteindelijke doel was dat het



Adriaan Tan met verpleegkundige staf in zijn jonge jaren als aio in het Rijnstate ziekenhuis te Arnhem.  
Bron: Privéarchief Chris Mulder

Genootschap een aanspreekpunt voor MDL-ziekten werd. Voorzitter Melvin Samsom zag daarvoor een mogelijkheid nu de MDL-artsen sinds enkele jaren met de MLDS samenwerkte. Een naar buiten gerichte organisatie met de functie van een kenniscentrum was het doel. Om dit plan te laten slagen, was behalve een deskundige PR-functionaris nog een andere wezenlijke wijziging nodig en wel de benaming. Genootschap kon echt niet meer, dat maakte de naamsbekendheid van de MDL-artsen alleen maar moeilijker. Vereniging had daarentegen wel uitstraling, bovendien ‘herkende’ het publiek dit, omdat veel specialismen daarvoor hadden gekozen. In 2009 was het zover en maakte het Genootschap plaats voor de Nederlandse Vereniging van MDL-artsen.

Inmiddels was het de eenentwintigste eeuw, en was men bij letterlijk alles professioneel ‘ bezig’ met richtlijnen, samenstelling, prestatie-indicatoren en nog veel meer, zoals in de volgende hoofdstukken te lezen is. Het ging ook niet meer om een handjevol MDL-artsen. Wat dat betreft was er aantoonbaar resultaat in het aanbod van MDL-artsen. In 2009 bleek dat de MDL-artsen een behoorlijke inhaalslag achter de rug hadden.

## Capaciteit: gestage groei ondanks tegenwerking

Omstreeks het midden van de jaren zeventig kwam er vanuit de Landelijke Specialisten Vereniging aandacht voor de capaciteit en behoeften voor de diverse specialismen. De maagdarkmartsen gaven hiervoor voorzitter Otto ten Thije een ‘vrij mandaat’. Overigens had de voorzitter voor alle zaken die de landelijke vereniging aankaartte een vrij mandaat. Dit onderwerp ‘leefde’ bij de maagdarkmartsen destijds niet erg. Pas in de jaren negentig veranderde dat, alleen al door het aantal MDL-artsen dat in 1996 vrij plotseling sterk was gestegen tot honderd. Reden voor de MDL-artsen om daaromheen een symposium te organiseren.

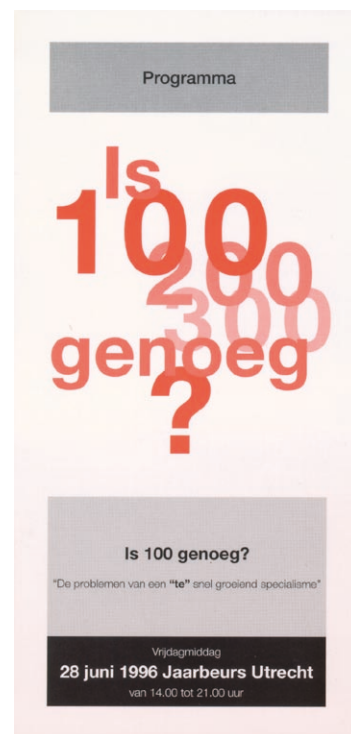
## Verwarring

Het was in die jaren niet gemakkelijk te berekenen hoeveel 'echte ge-ër's' er waren. Ook niet voor secretaris Wilco Lesterhuis, zelf een MDL-arts. Hij onderscheidde vier soorten gastro-enterologen:

- Een ge, declarerend als ge in een ge-maatschap;
- Een ge, declarerend als ge in dienstverband;
- Een ge, declarerend als internist én als ge in een interne/ge-maatschap;
- Een ge, declarerend als internist in een interne/ge-maatschap.<sup>65</sup>

## De honderdste maag-darm-leverarts: een symposium waard

In andere hoofdstukken komt naar voren dat in 1996 nog lang niet alle problemen rondom het specialisme waren opgelost. De komst van de honderdste MDL-arts was mede daardoor een enorme aanmoediging voor het specialisme. Er waren nog 'wensen' genoeg, voornamelijk gelegen op het gebied van de 'domeinafbakening' en aanpassingen aan de dynamiek van de verworven kennis. Voor Kees Huibregtse en Chris Mulder was de honderdste MDL-arts in ieder geval een mooie gelegenheid om extra aandacht te besteden aan de wetenschappelijk verworvenheden en de belangrijke positie die het MDL-specialisme daarin bekleedde. Een eerste stap om hun specialisme meer als zodanig herkenbaar te maken, was met het symposium gezet. Daarnaast hadden de maagdarmartsen zichzelf recent omgedoopt tot MDL-arts. Maar ze waren er nog lang niet, want er viel nog veel te verbeteren. Zelfs bij de aanstellingen in academische ziekenhuizen: drie MDL-artsen in het UMC-Radboud in Nijmegen bijvoorbeeld, 'lijkt duidelijk te weinig'.<sup>66</sup> Voor alle duidelijkheid voegde Chris Mulder eraan toe dat in twee derde van de algemene ziekenhuizen geen MDL-arts was. Gezien de 'spectaculaire ontwikkelingen op technisch en medisch gebied' had het specialisme zijn plaats als zodanig ongetwijfeld verdiend. Behalve de werkzame therapieën, waarover elders meer, bleek deze middag tijdens het symposium ook dat de toekomst nog steeds niet zo rooskleurige was voor bijvoorbeeld patiënten met colonkanker of bepaalde vormen van hepatitis. De aanwezigen waren het er helemaal mee eens dat het specialisme 'ongetwijfeld het grootste orgaan [omvat:] het bevat derhalve niet alleen het grootste aantal bekende, maar ook onbekende ziektebeelden.'



Uitnodiging voor het symposium 'Is 100 genoeg' uit 1996.

### Beschikbare MDL-artsen per ziekenhuis, februari 2009

Aantal artsen	UMC	STZ <sup>1</sup>	Alg. ziekenhuis	Totaal	%
geen			20	20	21,1
1			10	10	10,5
2		2	12	14	14,7
3-4		10	15	25	26,3
5-6		13	4	17	17,9
7-8	4	1		5	5,3
9-10	2			2	2,1
>10	2			2	2,1
<b>totaal</b>	<b>8</b>	<b>26</b>	<b>61</b>	<b>95</b>	<b>100</b>

1) Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen

## Nijpend tekort aan maag-darm-leverartsen

Spoedig na het symposium werd het steeds duidelijker dat de vraag naar MDL-artsen zo toenam, dat veel vacatures niet konden worden ingevuld. Dat probleem was niet zomaar opgelost, er waren nog veel hindernissen te nemen. Denk daarbij vooral aan overheid en opleidingsproblemen.

In 1994 had het ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur een 'gespreksronde' met vertegenwoordigers van de diverse specialismen, waaronder de Commissie Maagdarmartsen.<sup>67</sup> De vertegenwoordigers van de Commissie Maagdarmartsen, die nogal ingewikkeld spraken over de 'wetenschappelijk vereniging van de gastro-enterologie van de gastro-enterologen', én het bestuur van de koepelorganisatie van de ziekenhuizen, constateerden dat er een tekort aan maagdarmspecialisten was. In de praktijk betekende dit dat er wachtlijsten waren die tot zes weken konden oplopen. Tot in de eenentwintigste eeuw gebeurde er verder niets mee. Dat tekort was ook bij de overheid bekend. Al in 2007 waren er Kamervragen aan de minister gesteld over de geringe aanpassing van de opleidingscapaciteit, terwijl er sprake was van een 'nijpend tekort'.<sup>68</sup>

Toch meende de minister in 2009 het aantal opleidingsplaatsen te kunnen verlagen, terwijl hij in hetzelfde jaar het advies van de Gezondheidsraad had gekregen een bevolkingsonderzoek naar darmkanker in te voeren. In de komende jaren zou het tekort nog een aantal keren opnieuw 'langskomen'. De kritische Kamervragen over het tekort waren daardoor een terugkerend agendapunt. In 2009 mengden ook patiëntenverenigingen zich in deze kwestie met hun petitie om meer opleidingsplaatsen te creëren.

Vacatures voor MDL-artsen, 2008					
Regio	Noord	Oost	West	Zuid	Nederland
absoluut	12,5	7,0	21,4	14,5	55,4
in %	22,6	12,6	38,6	25,3	100

Bron: Enquête NVMMDL, 2008

## Vacature nood: ook ziekenfondsen werken tegen

De Vereniging van artsen voor Maag-Darm-Leverziekten gaf in 2009 aan aios Hanna Telleman de opdracht het aantal vacatures te berekenen via een enquête onder de afdelingshoofden. Uit dit onderzoek, *Capaciteitsplan 2008* genoemd, kwam naar voren dat er de komende jaren 114 voltijdse vacatures zouden zijn. Het eerste probleem was: waar haal je MDL-artsen vandaan? De instroom vanuit de opleiding was slechts zestig. De uitslag van de enquête noopte ook het desbetreffende ministerie tot herziening van zijn beleid.<sup>69</sup> Mede door de voortvarende aanpak van de MDL-artsen kon nu een verruiming van de opleidingsplaatsen worden verwezenlijkt. De problemen waren echter niet opgelost. In 2012 kon bijvoorbeeld het Jeroen Bosch Ziekenhuis twee vacatures niet opvullen. Door de aankondiging van een patiëntenstop zocht het ziekenhuis de publiciteit. Ook dat had enig effect, opnieuw kwamen er Kamervragen over die ongewenste situatie.<sup>70</sup> De minister verwachtte echter dat 'de komende jaren een stijging van het aantal MDL-artsen te zien zullen geven'.<sup>71</sup>

Het ging overigens om meerdere grote ziekenhuizen; bij de 33 andere vacatures stonden ook drie grote ziekenhuizen in Amsterdam, het Medisch Spectrum Twente (Enschede) en Rijnstate (Arnhem). Door de focus op beperking bleef een andere ontwikkeling onderbelicht. Het ging helemaal niet altijd om een tekort aan MDL-artsen. MDL-arts Ivo van Munster, werkzaam in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, wees op de sterk gestegen vraag. Naar nu bleek waren er in zijn ziekenhuis wel gegadigden voor de open gevallen MDL-plaatsen, maar de ziektekostenverzekeraars wilden daarvoor geen financiële middelen beschikbaar stellen.<sup>72</sup> Ondanks alle tegenwerking groeide het aantal MDL-artsen langzaam maar zeker.



## Praktiserende MDL-artsen naar soort ziekenhuis, in 1996 en februari 2009

Soort ziekenhuis, 1996	Aantal, 1996	Soort ziekenhuis, febr. 2009	Aantal, febr. 2009
Academisch ziekenhuis	36	Universitair Medisch Centrum	79
Perifeer ziekenhuis	37	STZ <sup>1</sup>	120
		Algemene ziekenhuizen	103
Totaal	92		302 325 (eind 2009)

1) Samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen | Bronnen: Archief NVGE, GE 73; Capaciteitsorgaan: Specialisme maag-darm-leverziekten 2009

## Spectaculaire groei

Er wachtte hen een verrassing: alle ramingen waren veel te bescheiden – terwijl er in 2009 325(!) praktiserende MDL-artsen waren. De organisatoren van het eerdergenoemde symposium verwachtten dat evenmin, zij dachten aan een toename met 140 of 150 in de komende jaren. Hoe verder in de eeuw, hoe hoger de schattingen werden. In 2009 schreef voorzitter Ernst Kuipers opgewekt dat hij verwachtte dat de NVMDL zeer binnenkort haar 500<sup>e</sup> lid zou kunnen inschrijven.<sup>73</sup> Optimistisch, want daarvoor was een aanzienlijke verruiming van de opleidingscapaciteit vereist en dat ging niet zomaar. Toch duurde dat niet eens zo lang; begin 2012 schreef de NVMDL met Anke-Marije Zonneveld haar 500<sup>ste</sup> lid in.

De situatie bleef echter precair, ondanks de groei van het aantal aios. Dat lag beslist niet aan de NVMDL en haar leden die bij alle mogelijke instanties acties in gang hadden gezet. Denk hierbij aan uitbreiding van de opleiding naar niet-universitaire ziekenhuizen, overlegbijeenkomsten met het Capaciteitsorgaan, NIVEL en het ministerie, acties om buitenlandse MDL-artsen naar Nederland te krijgen, meer aios. De vacatures bleven echter stijgen en de werkdagen werden langer en langer. Toch is er in 2012 een lichtpuntje te melden: het tekort aan MDL-artsen ‘is licht teruggebracht.’ In de Arbeidsmarktmonitor vierde kwartaal 2012 staat MDL op de vijfde en in het eerste kwartaal 2013 op de achtste plaats.<sup>74</sup>

Maag-darm-leverarts Ivo van Munster wees in 2012 op de sterk toegenomen vraag. De toename van de bevolking (ruim 1,3 miljoen in de periode van 1996 tot 2013) en de stijgende incidentie van ziekten van het spijsverteringskanaal, waren debet daaraan. Hoe het mogelijk was dat het aantal MDL-artsen in de voorgaande jaren jaarlijks met tien procent kon toenemen, ondanks het beperkte aantal officieel toegelaten aios-plaatsen, kunt u lezen in hoofdstuk 24.



Het bestuur van de NVMDL anno 2013. V.l.n.r. staand: Joost Drenth, Kristien Tytgat, Michiel Ledebøer, Ad Masclee (vanaf 2013 de nieuwe voorzitter) en Sybrand de Boer. Zittend: Rob de Man, Jan Kleibeuker, Ernst Kuipers (voorzitter tot 2013), Lucette Schipper (secretaris) en Laurens van der Waaij. | Foto: Eric Borghs, archief NVGE

## Tegenkracht: de overheid

### Meegezogen in een neergaande spiraal

Op elk gebied lagen de maagdarmartsen onder vuur. De visie van de overheid op hun specialisme sloeg echter alles, want de elkaar opvolgende staatssecretarissen en ministers ontkenden hun bestaansrecht. Denk bijvoorbeeld aan de jaren 1987/1988, toen de capaciteitsreductie weer prominent op de agenda stond. Deze beperkte zich nu niet meer tot een forse ziekenhuis- en beddenreductie en een algehele specialistenstop. Alle specialisten zagen verdergaande maatregelen tegemoet, die 'op korte termijn de kosten moeten beperken'.<sup>75</sup> Specifiek voor het maagdarmspecialisme waren de ambtelijke aannames over de status van het specialisme en het benodigde aantal specialisten schokkend. En dat wil wat zeggen, want stilaan waren zij al heel wat gewend. Hen wachtte nog een verrassende toekomst!

### Eind jaren tachtig: maagdarmlieverziekten een overbodig specialisme!

Na al die jaren waren er nu opeens staatssecretarissen die meenden dat 'gastro-enterologie als specialisme overbodig is'.<sup>76</sup> In *Medische specialisten – Vraag en aanbod* (1983), een belangrijke uitgave over de te verwachten capaciteit van de specialismen, werd hun specialisme weliswaar niet genoemd, maar dit was nog veel drastischer.<sup>77</sup> Voorzitter Hans Poen wees de staatssecretaris erop dat zij door hun kennis en kunde de opnameduur van de patiënten in de ziekenhuizen sterk konden bekorten. Dat was relevant omdat de ernstige ziekten waarmee gastro-enterologen te maken kregen, hoog scoorden in de statistieken van morbiditeit, verpleegdagen en ziekteverzuim. Enige maanden later kwam hij erachter dat zijn specialisme door het ministerie eigenhandig bij de beroepsbelangencommissie van de internisten was 'gestald'. Overigens vond een deel van de NVGE-leden dat positief, maar de maagdarmartsen zagen dat toch anders.<sup>78</sup> Een serieus antwoord kreeg je meestal niet, ook Jos Nadorp niet, die de staatssecretaris uitlegde dat er een scheef beeld was ontstaan over het aantal maagdarmartsen. Want vijftien à twintig specialisten die waren opgeleid als internist én als gastro-enteroloog, waren nu (nog) allemaal geregistreerd als internist.<sup>79</sup> Eind jaren tachtig waren de maagdarmartsen, en de LSV, nog geen stap verder gekomen. Het leek er veel op dat hun specialisme een wel heel sombere toekomst wachtte. Want bovenop de capaciteitsreductie kwam er nog een 'functie-reductie', een verhullende term voor een drastische vermindering van het aantal klinisch werkzame specialisten.



Brief van de NVGE naar de staatssecretaris, 1988.  
Bron: Archief NVGE

### Aantal toegestane maagdarmartsen? Nul!

Veel specialismen moesten inkrimpen, een enkele mocht wat uitbreiden. Het was wel schrikken, want daardoor zouden zeker achthonderd specialisten zonder werk komen.<sup>80</sup> Ook hier zaten de maagdarmartsen in de verkeerde hoek. Zij moesten ruim de helft 'afstoten', wat vergeleken met andere specialisten verreweg het grootste aantal was (met uitzondering van allergologie, dat werd opgeheven).<sup>81</sup> Van de in totaal 41 erkende maagdarmartsen moesten er 21 verdwijnen. De 22 gastro-enterologen in de academische ziekenhuizen werden niet gekort, met als gevolg dat

de andere helft, dat wil dus zeggen alle artsen buiten de academische ziekenhuizen, moesten verdwijnen! Terwijl Jos Nadorp nota bene had berekend dat er zeventig gastro-enterologen nodig waren. Die reductie lukte natuurlijk niet, maar het is een typisch voorbeeld van het niet-onderbouwde roep-maar-wat-beleid van de diverse staatssecretarissen (en ministers), waarop wél steeds opnieuw moest worden gereageerd.

De NVGE mengde zich nu ook in deze affaire. In maart 1988 zond zij een motie naar de staatssecretaris waarin de vereniging haar grote ongerustheid uitsprak over de gevolgen van zijn beleid. Als het specialisme in feite werd opgeheven, zou dat aanzienlijke schade toebrengen aan de zorg van de betrokken patiënten.<sup>82</sup> Niemand had toen kunnen denken dat de tijd niet ver meer was dat Kees Huibregtse en Chris Mulder zich tijdens een toonaangevend symposium afvroegen: Is honderd genoeg? (zie hoofdstuk 20).

## Func-tiereductie: hoe lost Leeuwarden het op?

Eén van de eerste gastro-enterologen die met de gevolgen van het functie-reductiebeleid werd geconfronteerd, was Pieter Spoelstra in Leeuwarden. Hoewel zijn ziekenhuis een ‘erkenningsbeschikking’ had, voorzag de staatssecretaris problemen. Hij waarschuwde Spoelstra dat hij daar waarschijnlijk niet kon blijven, want dat hing af van het wel of niet slagen van de beddenreductie in Friesland. Mogelijk gemaakt door garanties van het ziekenhuis werkte hij daar inmiddels als gastro-enteroloog én hij bleef daar.

Het is wat eigenaardig dat het ministerie het erkende specialisme gastro-enterologie op eigen initiatief een andere status toekende. Temeer omdat in datzelfde jaar wel de nieuwe opleidingseisen waren goedgekeurd. Voor de positie van de maagdarmartsen was dit de zoveelste terugslag. Als het ministerie het bij de capaciteitsreducties gemakkelijker vond om alleen internisten te benoemen, waarom zouden de internisten daar dan anders over denken? Sterker nog, het vermoeden rijst dat de staatssecretarissen door internisten op dat idee waren gebracht.

## Gastro-enteroloog in disguise blijkt blessing in disguise

De chaos was compleet, maar de maagdarmarts? Hij overleefde, en dat niet alleen, zijn specialisme was ondanks staatssecretarissen (en internisten) aan een inhaalslag begonnen die zijn weerga niet kende. Ondanks de

specialistenstop. Ineens bleek nu dat gastro-enteroloog in disguise zijn, een blessing in disguise was! Aanwas kon zomaar niet, want waar haalde je die gastro-enterologen vandaan? Dat kon wel door een verschuiving die te danken was aan de overschrijvingen vanuit het ‘moederspecialisme’.<sup>83</sup>

Het aardige is dat in de tijd dat hun specialisme van allerlei kanten werd aangevallen, Jos Nadorp in een van zijn brieven aan het ministerie had berekend dat er in 2005 zeventig gastro-enterologen zouden zijn. Het werden er maar liefst 257!

Aantal gastro-enterologen 1987-1996	
Jaar	Aantal gastro-enterologen
1987	41
1989	49
1991	58
1993	65
1995	96
1996	105

Bron: Archief NWMDL

## Waarom telkens weer die tegenwerking?

De afgelopen decennia stonden vrijwel constant in het teken van wantrouwen en een continue stroom aan ‘oplossingen’. Dat hield in dat tal van nota’s, rapporten en beleidsvoorstellen langskwamen. Elke keer moesten de specialisten reageren en meewerken. Meestal hadden hun gegevens en voorstellen totaal geen effect op het vervolgens ingestelde beleid. Organisatie-managementcursussen geven daar een verklaring voor.

Beide partijen hadden namelijk totaal andere uitgangspunten en zienswijzen ten aanzien van goed beleid, financiering, kwaliteit en wat er verder bij te pas komt. De overheid heeft geen lange-termijnvisie op dit gebied, want het desbetreffende ministerie wil ‘oogsten’ op zijn beleid. Specialistenorganisaties, die steeds verder professionaliseerden, investeerden energie en geld in de beleidsvoorstellen en verzamelden de benodigde gegevens

daarvoor. Als zij dan over die gegevens beschikten, dachten zij zich voorlopig weer op hun ‘eigenlijke werk’ te kunnen concentreren. De aangeleverde gegevens bleken echter achterhaald, want intussen was er een nieuwe minister met een nieuw ‘speerpunt’ en een uitgewerkt draaiboek om dat te bereiken. Het eraan voorafgaande beleid was in een la verdwenen. En dan begon het hele ‘circus’ weer opnieuw.

<b>‘Interne’ medische deelspecialisten, 1985 - 2009</b>							
Jaar	Interne Geneeskunde	Long-ziekten	Cardiologie	Reumatologie	Maag-Darm-Lever	Geriatricie	Totaal
1985	1.639	448	442	119	45	18	2.711
1990	1.904	529	582	143	61	36	3.255
1995	1.762	386	602	130	72	54	3.006
2000	1.666	385	635	161	171	86	3.107
2005	1.854	449	755	200	257	142	3.657
2009	1.963	516	879	244	325	163	4.090

Bron: Samengesteld op basis van informatie van de MSRC. Door verificatie en datering kunnen deze aantallen overigens (licht) verschillen met eerdere uitkomsten uit Jaarverslagen van de MSRC en Capaciteitsplannen.

## Nog een tegenkracht: de internist

### Eén-op-één-regeling

#### *Gevolgen specialistenstop voor opleiding*

De specialistenstop ten gevolge van het reductiebeleid van de overheid had ook consequenties voor het aantal opleidingsplaatsen interne geneeskunde. De Nederlandse Internistenvereniging (NIV) besloot daarop in 1984 dat de verhouding assistenten in opleiding tot specialist (aios) tot de opleiders maximaal één op één mocht zijn. ‘Als opleider wordt alléén verstaan een algemeen internist [...] Het betreft immers een opleiding voor Inwendige Geneeskunde.’<sup>84</sup> In die trant verder geredeneerd telde een maagdarmarts niet meer mee voor het aantal aios dat men per opleidingsafdeling mocht opleiden. De maagdarmartsen legden zich daar niet bij neer.

#### *Reactie maagdarmartsen oftewel gastro-enterologen*

Al in 1984 waarschuwde Guido Tytgat voor de gevolgen van deze stellingname. ‘Mijn grote vrees is dat zij speculeren dat welwillende maag-darmartsen uiteindelijk wel door de knieën zullen gaan’ nu ‘vroegere strijders’ zoals Helleman er niet meer bij betrokken zijn.<sup>85</sup> De NIV zei het te betreuren dat de maagdarmartsen dachten dat zij haar één-op-één-maatregel wilde ‘misbruiken ter suppressie van het aantal gastro-enterologen’.<sup>86</sup> Daar leek het echter wel degelijk op en dat de maagdarmartsen daartegen protesteerden was terecht.

Om de regeling ‘definitief om zeep te helpen’, besloten de maagdarmartsen om niet meer aan de opleiding van internisten mee te werken. Vervolgens wilden zij de samenstelling van het NVGE-bestuur herzien. De maagdarmartsen waren véél te coulant geweest: een internist als voorzitter was wel héél vergaand in de huidige situatie (hoewel die voorzitter, Johan Sebus, voorheen én in de komende jaren algemeen werd gewaardeerd). Van nu af aan was het voorzitterschap uitsluitend voorbehouden aan een maagdarmarts en moesten er minimaal twee maagdarmartsen in het bestuur zitting hebben, zoals ook statutair was vastgelegd. Ook tijdens de vergadering van de NVGE werd dit onderwerp besproken, en, misschien wat onverwacht, het vond daar gehoor. Met algemene stemmen namen de aanwezigen het voorstel aan om de benoeming van de internist-voorzitter alsnog terug te draaien.

Soms leek het alsof de internisten wat inbonden en dat ook gastro-enterologie meer specifieke aandacht zou krijgen. In 1986 berichtte secretaris Kees Huibregtse echter: ‘zoals te verwachten was, is de één-op-één-regeling niet uit de wereld.’ De NIV bleef daaraan vasthouden.<sup>87</sup> Het leek er steeds meer op dat niemand in de artsenorganisatie het maagdarmspecialisme nog zag zitten. De visie van de maagdarmspecialisten werd niet gehoord, niet door

de NIV, niet door het Centraal College en evenmin door de KMNG. De voorstellen om gastro-enterologie een duidelijker specialistenstatus te geven, werden niet eens 'meegenomen' in de diverse besprekingen. Regelmatig bleek dat hun kanttekeningen bij het voorgestelde beleid niet waren bijgevoegd als deze aan andere instanties werden doorgestuurd, waaronder de overheid. Het door internisten gedomineerde Centraal College en de KNMG beantwoordden verzoeken om inlichtingen vaak niet of veel te laat.

### ***Gevolgen één-op-één-regeling in de praktijk van de maagdarmarts***

Dat bleek ook weer bij de één-op-één-regeling, die gevolgen kon hebben voor het functioneren van de maagdarmarts in de praktijk. Jos Nadorp gastro-enteroloog in het Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein, en Gerard van Berge Henegouwen, in het Gemeente Ziekenhuis in Arnhem, konden daarover meepraten.

## **Een betreurenswaardig voorbeeld**

De situatie in het Gemeenteziekenhuis Arnhem, en die van Gerard van Berge Henegouwen in het bijzonder, is een aanschouwelijk voorbeeld van de uitwerking van het NIV-beleid. Voor hem begon de tweespalt in 1985. Hij werkte toen al enkele jaren in Arnhem, voornamelijk als gastro-enteroloog. In dit gemeenteziekenhuis was een volledige opleiding interne geneeskunde. In een brief aan Kees Huibregtse schreef Van Berge Henegouwen dat zijn maatschap hem had gevraagd om zich per 01-11-1985 terug te laten registreren als internist. Dat zou moeten, omdat de NIV de regel had opgelegd dat er per opleider niet meer dan één assistent mocht zijn. Volgens zijn vier collega's zou het ziekenhuis alleen door zijn omregistratie een vijfde opleidingsplaats erbij kunnen krijgen. Van Berge Henegouwen wilde dat helemaal niet. Hij had niet voor niets na zijn opleiding interne geneeskunde de volledige opleiding gastro-enterologie gedaan. Beleid van de NIV of niet, waarom was zijn extra *know how* ineens een belemmering voor de opleiding? Waarom zou juist hij geen assistent kunnen opleiden tot gastro-enteroloog of internist? Hij benaderde daarvoor nog diverse instanties, waaronder de SRC. Hij kreeg daarop een alleszins onverwacht antwoord. Een eventuele overschrijving zou in zijn geval alleen berusten op 'administratieve (opleidings)redenen' en hield geen enkel verband met zijn werkzaamheden als gastro-enteroloog. Bovendien konden collega's de omregistratie niet eens van hem vragen. Omdat u 'meer dan 5 jaar hoofdzakelijk als gastro-enteroloog werkzaam bent', was omregistratie reglementair niet eens toegestaan.<sup>88</sup>

### ***Drogreden***

Andere correspondenties bracht nog meer aan het licht. De opstelling van de Arnhemse internisten bleek erg prematuur. De nota van de NIV was om te beginnen slechts een conceptvoorstel. De opgedrongen één-op-één-regeling was bovendien nog niet goedgekeurd door andere instanties die over dergelijk beleid gingen. Waarom wilden de Arnhemse specialisten dit dan zo hoognodig doorvoeren? Het was toch vanzelfsprekend dat het deelspecialisme gastro-enterologie meedeed in de één-op-één-verdeling, met één assistent per maagdarmspecialist? En dat allemaal om een regeling die volgens de SRC niet eens van kracht zou worden. Zélf het ministerie fiatteerde kort daarna het conceptvoorstel van de NIV niet en sprak in 1986 een veto uit over de regeling. Alleen het Centraal College bleef voorstander van genoemde regeling, die niet op wetenschappelijke gronden was gestoeld maar op de bescherming van de internist. Pas nadat het Centraal College de kunstgreep bedacht om een dubbele registratie toe te staan, gaf het zijn verzet op. Ook dat kon niet op goedkeuring van de maagdarmartsen rekenen, evenmin als de 'aantekening' die internisten hanteerden.

## **Wetenschappelijke argumenten voor een zelfstandig specialisme**

Mochten de maagdarmartsen hebben gedacht dat de oprichting van de NVGE de wrevel tussen de internisten en hen zou verminderen, dan wachtte hen een anticlimax. Nadat in 1932 ook de interne geneeskunde als specialisme was geregistreerd (bijna twintig jaar na maagdarmziekten), keerde het tij voor de maagdarmartsen. De internisten zagen hen nu vooral als concurrent in plaats van als collega. Steeds luider echter lieten prominente maagdarmartsen hun wetenschappelijke twijfels horen over de kwaliteit bij het specialisme gastro-enterologie. Dat begon in de jaren zeventig.



*Elk hunner werkt ongetwijfeld naar beste weten. Maar kan dat beste niet beter?* (Ten Thije, jaarrede 1973)<sup>91</sup>

## Centraal College: wetenschap als grondslag?

Hoewel het in de praktijk er niet op leek, had het Centraal College naar eigen zeggen ‘niet het oog op de maatschappelijke en materiële maar op het wetenschappelijke aspect van een “aantekening”’.<sup>89</sup> Het was moeilijk om deze gedachtegang te volgen. Dat College streefde naar ‘specifieke deskundigheden binnen de maatschappen’, maar slechts een ‘aantekening’ zou al aan dat profiel voldoen.<sup>90</sup> Voor maagdarmsziekten kon deze in alle opzichten sterk variëren. De vele opmerkingen daarover in aanmerking genomen was het wetenschappelijke aspect daarbij niet zo herkenbaar. Voor de NIV gold hetzelfde. Waarom zou alleen een aantekening casu quo dubbelregistratie met GE op ‘kwalitatieve gronden’ juist moeten zijn? Inmiddels was net als bij andere specialismen die dit fenomeen niet kenden, de kennis van dit specialisme zo toegenomen, dat een dergelijke argumentatie van de NIV niet geloofwaardig meer was.

Otto ten Thije sprak over ‘door gastro-enterologische detailkennis niet gehinderde waarnemers’, die zelf aangaven dat het terrein zeer groot was. Jan van Tongeren (Radboud UMC) voegde zich in 1977 in niet meer mis te verstane bewoordingen bij de critici. ‘De realiteit is, dat het algemene specialisme inwendige geneeskunde in al zijn facetten voor één persoon niet te omvatten is in de huidige tijd, zelfs niet zo, dat op de belangrijkste onderdelen van diagnostiek en therapie een adequate aanpak van de patiënt kan worden gegarandeerd.’<sup>92</sup> Ook de pogingen van Guido Tytgat liepen op niets uit. Verder contact daarover met de NIV was zinloos.

Er is zonder meer begrip voor op te brengen dat internisten in het algemeen niet zaten te wachten op de afkalving van hun vak. Toch hadden de maagdarmsartsen een punt. Er waren in ziekenhuizen internisten met

een verouderde kennis, de acties ‘vanuit de maatschappij’ op dit gebied waren niet helemaal op niets gebaseerd. Hierbij ging het niet eens altijd om kleine, periferie ziekenhuizen. De meeste internisten hadden onvoldoende kennis van gastro-enterologie, omdat zij daarvoor niet of niet voldoende waren opgeleid. Gastro-enterologie was niet alleen facultatief bij hun ‘opleiding’; als zij al een stage hadden gelopen, waren daaraan geen strikte voorwaarden gebonden zoals de duur daarvan of de deskundigheid van de opleider. Zelfs de vijf erkende volledige opleidingen tot internist hadden niet allemaal een gastro-enteroloog aangesteld! De maagdarmsartsen stonden overigens niet alleen in hun kritiek. Van tijd tot tijd wezen zij op hun goede samenwerking met andere specialismen.

In 1985, tijdens een ‘delegatie-overleg’ tussen de koepelorganisatie van de maagdarmsartsen en die van de internisten, benadrukte Jan van Tongeren opnieuw dat voor de volledige opleiding tot internist een gastro-enteroloog aanwezig moest zijn. ‘Je vraagt je zelf soms wel af of iemand na drie jaar GE-opleiding dat vak wel aankan.’<sup>93</sup> Wat voor de opleiding voor cardiologie en longziekten verplicht was, gold kennelijk niet voor gastro-enterologie? De maagdarmsartsen kregen echter steeds het verwijt dat zij de kennisoverdracht blokkeerden! Veel verandering was er niet. De ‘opleiding’ die de internisten tot vrij recent als zaligmakend propageerden, bood niet voldoende om de kwaliteit op gastro-enterologisch gebied te waarborgen. Zoals gezegd ging dit eerst vooral over een aantekening, daarna kwam de mogelijkheid tot dubbelregistratie. De vele tegenslagen die de gastro-enterologen daarbij te verwerken kregen, was het interne specialisme eigenlijk onwaardig. Dat de NIV, die zich altijd liet voorstaan op kwaliteit, dergelijke standpunten verdedigde, is een donkere pagina in haar bestaan.

### *Twee soorten gastro-enterologen?*

Intussen groeide de kritiek van de maagdarmsartsen op de wijze waarop hun vakgebied door de internisten werd verkwanseld. En dan hadden zij het nog niet eens over de internisten met de ‘aantekening voor een deelgebied’. Andere specialisten moesten dat zien als een ‘zeker surplus op de bestaande en afgeronde opleiding’.<sup>94</sup> Bij gastro-enterologie echter vond het Centraal College (dat toezag op de opleiding) een korte stage voldoende. Dat leidde tot de ongewenste situatie dat er twee soorten gastro-enterologen kwamen.<sup>95</sup> Onverbloemd gaf het College daarmee te

kennen dat het zich uitsluitend focuste op de bescherming van de internist. In de ogen van de MDL-artsen, met hun op zijn minst driejarige opleiding gastro-enterologie, waren dergelijke internisten te weinig onderlegd. Omdat ook de vertegenwoordigers van de andere specialismen grote vraagtekens zetten bij een aantekening, organiseerde genoemd College in 1990 een bijeenkomst over dit onderwerp.<sup>96</sup> Voor de maagdarmartsen was het probleem nog niet opgelost, het ging nu om de nieuwste ‘oplossing’ van de vereniging van de internisten: de dubbelregistratie internist-gastro-enteroloog, de enige dubbelregistratie in de klinische gezondheidszorg.

## Dubbelregistratie

Met de invoering van de elders genoemde Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG, 1993) was het theoretisch mogelijk voor twee specialismen geregistreerd te staan. Naar verluid was dit ingesteld omdat de NIV bij de overheid had aangedrongen op de dubbelregistratie internist-MDL-arts. Al eerder bleek dat de relatie tussen de NIV (en het Centraal College) en de overheid opmerkelijk ‘innig’ was. Andere specialismen, vooral de qua aantal nog niet zo grote, waren daar de dupe van. De dubbelregistratie leidde tot veel onrust, de NIV wenste de ‘vier plus twee’-opleiding (twee jaar voor gastro-enterologie). Net als bij de aantekening wezen behalve het NGMDL ook vertegenwoordigers van andere specialistenverenigingen op wetenschappelijke gronden een dubbelregistratie af. De NIV vond dat op kwalitatieve gronden daarentegen wel juist.

### *Een gouden randje voor de MDL-arts?*

‘Het centrale probleem met de NIV is nu die dubbelregistratie’, berichtte Jos Nadorp als lid van het Concilium Gastroenterologicum in 2000. ‘De NIV en het NGMDL verschillen volledig van mening daarover: de NIV vindt de dubbelregistratie een gouden randje voor de MDL-arts (“Je hebt ze van Harvard en je hebt ze uit Utrecht”).’<sup>97</sup> De MDL-artsen wezen voor de zoveelste keer op de schadelijke gevolgen van de dubbelregistratie voor de kwaliteit.<sup>98</sup> Deze dubbelregistratie verdween echter pas in 2007 door de herziening van de opleidingseisen. Ondanks hun afwijzing van de dubbelregistratie stelden de MDL-artsen toch een ‘generaal pardon’ in voor een aantal internisten.

### *Generaal pardon*

Zoals eerder gezegd, waren er ook internisten die actief waren op het gebied van de MDL-ziekten, die wel degelijk dit vakgebied beheersten. Vaak ‘runden’ zij een afdeling gastro-enterologie, zoals in Rotterdam. De stap die de voorzitter en de secretaris van het Concilium Gastroenterologicum in 2000 namen, door een aantal internisten de gelegenheid te geven zich te laten omregistreren, werd echter niet door iedere MDL-arts gewaardeerd. Meerdere bestuursleden voelden zich overvallen door dat besluit. Bert den Hartog ‘sprak zijn grote zorg uit over een wel zeer ruimhartige gratieverlening aan internisten die zich willen omregistreren.’<sup>99</sup> Logisch, want hijzelf had net de volledige GE-opleiding voltooid.<sup>100</sup>

Het besluit was echter een rechtstreeks gevolg van de benarde omstandigheden waarin de maagdarmartsen zich bevonden.<sup>101</sup> De reden voor dit ‘generaal pardon’ was wat genuanceerder. Ondanks de aanzienlijke stijging van het aantal MDL-artsen in de laatste jaren, schatten de MDL-artsen een aanzienlijk tekort in voor de komende jaren. De initiatiefnemers waren bezorgd over deze situatie. Mede door de beperkende overheidsmaatregelen bij zowel opleiding als vestiging, was uitbreiding voorlopig niet haalbaar. Om meerdere redenen leek het een strategisch goede zet om bepaalde internisten te laten omregistreren. Daardoor zou het aantal MDL-plaatsen alvast wat toenemen. Als dan een MDL-arts met pensioen ging, was het bijna zeker dat zijn plaats door een MDL-arts werd opgevuld. Zo’n omregistratie was al eerder gebeurd, met als wezenlijk verschil dat die specialisten beide volledige opleidingen hadden gedaan. Bij dit generaal pardon leek het niet verstandig een groep internisten uit te sluiten die actief waren op MDL-gebied. Zij zouden de mogelijkheid krijgen een aantekening MDL of stage voor internisten aan te bieden buiten het Genootschap om. Dat mocht natuurlijk niet gebeuren, zo vonden de meeste MDL-artsen.

De MDL-artsen kregen nóg een tegenvaller te verwerken. Voorafgaand aan de omregistratie hadden zij een beroep gedaan op deze internisten om hun registratie als zodanig te laten vervallen. Zij deden dat niet. Uit eigen ervaring wisten de MDL-artsen dat het niet gemakkelijk was om de internistenregistratie op te geven, maar zij hadden dat wél

gedaan. De houding van die internisten was dan ook een grote teleurstelling. In plaats van harmonisatie ontstond er opnieuw een bron van ongenoegen.

## Overleg koepelverenigingen

### *Nederlandse Internisten Vereniging en de Commissie Maagdarmartsen*

Al met al leken wetenschappelijke motieven niet altijd prioriteit te krijgen en speelden er zeker andere motieven mee. Bij de eerste besprekingen tussen beide partijen over deze kwesties bleek er een diepe kloof te zijn. Het opheffen van het MDL-specialisme was voor de maagdarmartsen natuurlijk onbespreekbaar, daarover hoefde het dus niet te gaan. In eerste instantie was en bleef het grootste struikelblok de 'aantekening' voor gastro-enterologie. Voor internisten was dat voldoende, ook als je opleider was. Er zouden nog veel discussies volgen, praktijkproblemen maakten een oplossing nog ingewikkelder.

Geregistreerde MDL-artsen en internisten 1985-2009				
1 januari	MDL-artsen*	Per 100.000 inwoners	Internisten	Per 100.000 inwoners
1985	45	0,31	1.639	11,34
1986	49	0,34	1.700	11,7
1987	51	0,35	1.751	11,98
1988	55	0,37	1.828	12,42
1989	53	0,36	1.854	12,52
1990	61	0,41	1.904	12,78
1991	61	0,41	1.902	12,67
1992	61	0,4	1.834	12,12
1993	58	0,38	1.674	10,98
1994	67	0,44	1.732	11,29
1995	72	0,47	1.762	11,42
1996	97	0,63	1.688	10,89
1997	124	0,8	1.725	11,08
1998	140	0,89	1.792	11,45
1999	138	0,88	1.659	10,53
2000	171	1,08	1.666	10,5
2001	181	1,13	1.764	11,03
2002	204	1,27	1.798	11,16
2003	215	1,33	1.790	11,05
2004	232	1,43	1.825	11,23
2005	257	1,58	1.854	11,37
2006	275	1,68	1.918	11,74
2007	288	1,76	1.934	11,82
2008	305	1,86	1.965	11,98
2009	325	1,97	1.963	11,91

\*) Inclusief enkele MDL-artsen die geen lid zijn van de NVMDL. | Bron: Capaciteitsorgaan

NB Niet alle geregistreerde MDL-artsen (en internisten) werkten nog, daardoor kan er een gering verschil bestaan tussen de diverse overzichten.



### Rapport 'Gastro-enterologie: basis- of superspecialisme?'

Inmiddels was het bijna 1990 geworden en nog steeds was de relatie met de NIV koel, mag je wel zeggen. Animo om het overleg te hervatten was er niet. Na een gedachtewisseling tijdens de Holland Digestive Disease Week tussen enkele maagdashartsen en internisten gloorde er toch wat hoop. De Commissie Maagdashartsen besloot daarop de impasse te doorbreken en vroeg aan twee deskundige 'buitenstaanders' daarover een voorstel uit te werken. In 1991 verscheen hun rapport: *Gastro-enterologie: basis- of superspecialisme?*<sup>102</sup> In hetzelfde jaar verscheen ook een artikel van gastro-enteroloog Kees Huibregtse en organisatie-adviseur J.G. Meegdes: 'Profilering van het specialisme "gastro-enterologie" noodzakelijk'.<sup>103</sup> Mede daardoor ontstond er hernieuwde aandacht voor de plaats van het specialisme. Door dat rapport beschouwden de Gezondheidsraad en een aantal ziekenhuisdirecties gastro-enterologie als een basisspecialisme.<sup>104</sup>

### Verborgen obstakels

Het bleek echter nog steeds een diep geworteld probleem. Enkele internisten schreven in een reactie op dat artikel dat gastro-enterologie weliswaar een belangrijk specialisme was, maar vervolgens herhaalden zij de overbekende vraag 'Waarom gastro-enterologen in plaats van internist-gastro-enterologen?'<sup>105</sup> Dat zou volgens hen veel voordelen opleveren. Met dergelijke reacties kwamen de partijen echter geen stap verder bij de oplossing van de problemen.

Toch gaven in ieder geval de maagdashartsen het nog niet op. In 1998 probeerden Fokko Nagengast, Frits Nelis en Jeroen Kolkman tot een oplossing te komen. Dat leidde evenmin tot succes, maar nu waren de breekpunten tenminste aangegeven. Dat spitste zich toe op de dienstbevoegdheid van de gastro-enterologen en op het endoscopisch onderzoek. Zolang het aantal maagdashartsen nog klein was, was dat inderdaad een probleem. Hoe regelde je dan de diensten? In de meeste ziekenhuizen maakten de maagdashartsen nog deel uit van de internistenmaatschap. Een maagdasharts moest daarvoor zoveel kennis van interne geneeskunde hebben, dat hij in de interne maatschap de diensten kon meedraaien. In die tijd was bijna iedere maagdasharts nog tevens opgeleid als internist, enkele uitzonderingen daargelaten. Een 'gemengde' dienstbevoegdheid interne en MDL was ongewenst. Het waren immers, of men dat nu wilde of niet, twee aparte specialismen. Na de eerste 'golf' maagdashartsen die zich hadden laten omregistreren (rond 1990), moet dat in een aantal ziekenhuizen toch oplosbaar zijn geweest. (De tweede 'golf' was het gevolg van het generaal pardon.)

Andere ziekenhuizen losten de problemen op met een 'internist-achterwacht' die men voor 'moeilijke gevallen' kon raadplegen. De praktijk bleek helemaal nog niet zo ingewikkeld. Maagdashartsen die dit aan den lijve hebben ondervonden, herinneren zich in ieder geval geen enkele interventie. Het tweede struikelblok, het al dan niet bevoegd zijn om endoscopisch onderzoek te verrichten, was eigenlijk veel groter. Hierbij kwam het dan ook tot een uitbarsting. 'Bevoegdheid' voor 'scopiëren' bleek niet zonder meer een waarborg voor kwaliteit. Deze controversie is nog steeds niet naar tevredenheid opgelost. Gezien de (veel) grotere ervaring van de gastro-enterologen hiermee, was en is er voor internisten slechts een beperkte toepassing weggelegd. Maar zolang dat niet exact is vastgelegd, kun je daarover van mening verschillen. De ontwikkelingen van de endoscopische mogelijkheden zijn spectaculair en hebben dan ook een apart hoofdstuk gekregen.

Op bestuursniveau was er inmiddels van beide kanten aandacht voor de problemen en leek zelfs de wil aanwezig om die de wereld uit te helpen. De maagdashartsen beklemtoonden dat zij een gezamenlijke maatschap voor ogen hadden, de internisten wisten een hele vergadering lang het woord 'aantekening' te vermijden. De leden van de internistenvereniging waren echter nog niet zo ver en - eerlijk is eerlijk - ook niet alle MDL-artsen. Het bestuur van de NIV werd teruggefloten. Bij de MDL-artsen leefde 'onderhuids' het gevoel dat de controversie weleens zou kunnen

## Aansluiting bij een interne maatschap: pragmatisch en praktisch

'Aansluiting bij de interne maatschap was vooral een pragmatische keuze, die maatschappen accepteerden geen aparte maatschap MDL', vertelde een MDL-arts. Bovendien was dat zolang zij maar met weinigen waren, wel zo handig. Met de toename van het aantal maagdashartsen vanaf de jaren negentig, veranderde langzaam ook hun positie in de ziekenhuizen.

escaleren. Aangezien krachtig optreden tegenover de internisten weleens van 'levensbelang' voor de MDL-artsen zou kunnen zijn, leek hen een officiële 'verzelfstandiging' van het Genootschap urgent. Of het zonder die ledenactie wel goed zou zijn afgelopen? De internisten wilden nog steeds dat het MDL-specialisme, nu aandachtsgebied genoemd, een subspecialisme binnen de interne geneeskunde zou worden, wat ongetwijfeld tot nieuwe problemen zou leiden.

### **Pact internisten en maagdarmartsen**

Intussen leek er nu toch wat beweging te komen in deze onaangename situatie, zij het pas in 2002, toen delegaties van beide verenigingen een convenant sloten. Er was 'in volledige harmonie over alle punten een volledige consensus bereikt.'<sup>106</sup> De leden van het NGMDL waren in grote lijnen enthousiast over de wijze waarop dit verlopen was. De verbazingwekkend snelle groei van het aantal maagdarmartsen, van 61 in 1991 naar 204 in 2002, zal de noodzaak van die consensus bij de internisten ongetwijfeld hebben versterkt. Eindelijk waren er nu zo veel MDL-artsen, dat niemand meer om hen heen kon.



Convenant NVMDL en NIV, 2002. NVMDL-voorzitter Paul Fockens en NIV-gedelegeerde Harry van Hulsteijn. Helaas bleek ook dit convenant uiteindelijk niet 'waardevast'. | Bron: Archief NVMDL

Na zestig jaar leek dit boek nu ten lange leste te kunnen worden gesloten. Leek, want het lukte niet op alle fronten: de 'scopieën' bleven opspelen. NIV: 'Wat ons betreft is scopiëren niet alleen voorbehouden aan MDL.'<sup>107</sup> MDL-artsen wezen op de noodzaak endoscopisten systematisch te trainen in coloscopie om hun kennis te 'upgraden' en praktische vaardigheden te ontwikkelen.<sup>108</sup> Onderzoekers in 2012 pleitten ervoor dat de afdelingen ook retrospectief kwaliteitsonderzoek invoerden.

### **Come back van de stage?**

Voor niet-ingewijden toch wat onbegrijpelijk, zegde de NIV in 2009 het convenant eenzijdig op. Aanleiding daarvoor waren de meningsverschillen over de verlenging van de uitvoering van het scopiecertificaat, zoals dat in 1999 was ingesteld. De MDL-artsen zouden niet willen meewerken aan de endoscopie-opleiding voor de korte stage gastro-enterologie binnen de interne opleiding. Volgens de NIV hoefde de verdere samenwerking niet onder deze opzegging te lijden. Gelukkig was de positie van het MDL-specialisme inmiddels zo veranderd, dat een dergelijke actie van de NIV geen nadelige gevolgen meer had.

## **Afgebakende werkterreinen**

Geleidelijk ontstond er een afbakening voor interne en MDL-behandelingen. Internisten waren 'traditioneel goed thuis' in bijvoorbeeld water- en zouthuishouding, infectieziekten en stollingsproblemen'.<sup>110</sup> Dat kwam ten goede aan de collegiale verhoudingen; de onderlinge verschillende meningen hoefden de praktijk niet te bederven. Ondanks de vele ergernissen die in de voorafgaande periode naar buiten kwamen 'kon je heel goed met elkaar een pilsje drinken'.

### **Uiteindelijk komt alles (vrijwel) goed**

Dat het ondanks de 'scopieproblemen' toch verder nog redelijk goed kwam, al was het dan laat, blijkt ook uit een artikel in *Medisch Contact* over het teleurstellend aantal opleidingsplaatsen dat de minister voor 2009 had toegestaan.<sup>109</sup> De voorzitter van het inmiddels tot Nederlandse Vereniging van MDL-artsen gedoopte Genootschap en de voorzitter van het Concilium Gastroenterologicum schreven: 'dat het bestuur van de NVMDL, het Concilium samen met de NIV [...] optrokken. Vrijwel overal in het land hadden internisten en MDL-artsen ernstig last [...] van de tekorten aan MDL-artsen in de gemeenschappelijke maatschappen.'

## Nederlandse maagdashartsen: van commissie via genootschap naar vereniging

**Door de toenemende belangstelling voor het specialisme en de veelzijdige eisen die daaraan werden gesteld, groeide ook de behoefte aan een organisatie met meer aanzien. Terwijl sommige beroepsbelangenverenigingen juist terugkeerden in hun ‘grote vereniging’, besloten de maagdashartsen zich daarvan los te maken. De maagdashartsen verkeerden dan ook in een heel andere positie. De leden van hun koepelvereniging hadden alleen de naam ‘gastro-enterologie’ als gezamenlijke basis.**

Over een eventuele naamswijziging van de commissie was al in 1980 in de huishoudelijke vergadering uitvoerig gesproken, vanwege ‘de verwarring’ die de huidige benaming bij een deel van de patiënten teweegbracht. Besloten was toen de ‘statuten eerst nog eens goed te bestuderen.’<sup>111</sup> Daarna leek het onderwerp vergeten. Eind jaren tachtig, midden in de chaotische jaren rond het bestaansrecht van het specialisme, kwam dit onderwerp opnieuw naar voren. Wellicht zou een naam als Nederlandse Bond van geregistreerde Maag-Darmartsen meer waardering en (h)erkenning voor hun specialisme opleveren?<sup>112</sup> Na nog weer een volgende levendige discussie kozen de maagdashartsen in 1991 ten slotte unaniem voor Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen, NVMDL.<sup>113</sup> In 1995 was de tijd eindelijk rijp voor verandering, alleen was Vereniging door Genootschap vervangen. Dat vonden de aanwezige maagdashartsen, oftewel gastro-enterologen, beter klinken. Het Genootschap opereerde als een organisatie binnen de NVGE. Ook deze geschiedenis is een voorbeeld van een niet-onaanzienlijke tijdsinvestering ten laste van de secretaris, en een papierstroom die zo langzamerhand op elk terrein aan de orde van de dag was.

### Het Genootschap en de NVGE

In eerste instantie was de beoogde samenwerking tussen de NVGE en het Genootschap nog gering, maar die zou er volgens de secretaris van de NVGE zeker komen. Hierbij dacht hij aan bijvoorbeeld initiatieven in de richting van de overheid, public relations en fondsenwerving.<sup>114</sup> Al spoedig bleek dat het Genootschap ‘diverse redenen’ had voor verdere verzelfstandiging. Als gevolg van de door de maatschappelijke en interne instanties gevraagde legitimaties, namen de werkzaamheden steeds verder toe. Dat dreigde het Genootschap in de huidige vorm niet meer te kunnen opbrengen, qua ondersteunend personeel niet en financieel niet. In een herhaald verzoek aan de NVGE verzocht het bestuur om verzelfstandiging van het Genootschap en uitbreiding van de financiële ondersteuning. Dit zou meer recht doen aan de gegroeide situatie. ‘Door de sterke groei van het NGMDL, is een verder[e] professionalisering van het bestuur en het opzetten van een groot aantal projecten in de zeer nabije toekomst noodzakelijk geworden.’<sup>115</sup> De NVGE was niet blij met dat verzoek. Zij meende nog steeds dat de aloude kwestie, deelspecialismen als secties onder de paraplu van de moedervereniging, in dit geval de NVGE, toch het meest optimaal was.<sup>116</sup> Nog afgezien van een eventuele afscheiding zag zij helemaal niet in ‘waarom zij een substantieel bedrag nodeloos moeten uitgeven als we dat liever aan iets anders besteden.’ Het Genootschap zou ook de eigen contributie kunnen verhogen. Dat lokte een krachtig protest uit van de secretaris van het Genootschap. Na veel correspondentie over en weer, legde de NVGE zich erbij neer en besloten de maagdashartsen tot een op het eerste gezicht wat ingewikkelde oplossing.<sup>117</sup> Dat zat zo.

Het uitgangspunt van deze actie was, dat de maagdashartsen hun ‘sterke invloed’ in de NVGE wilden behouden. Zij hadden recht van spreken, want de wetenschappelijke inbreng in de NVGE was, zo schreef secretaris Frits Nelis, ondanks de overmacht van internisten voor negentig procent afkomstig van de MDL-artsen. Hij schreef er niet bij dat het Genootschap juist daarom volledig zelfstandig wilde zijn. De relatie tussen de maagdashartsen en internisten was in die jaren dusdanig dat de maagdashartsen er ernstig rekening mee hielden dat deze zou escaleren. In dat geval zouden de belangen van de maagdashartsen in de NVGE volledig worden weggestemd. De voormalige Commissie Nederlandse Maagdashartsen was in principe ook zelfstandig, maar als zich moeilijkheden voordeden,

had zij niet veel in te brengen én had zij niets anders om op terug te vallen. De maagdarmartsen verkeerden nog in de uitzonderlijke positie geen specifieke koepelorganisatie te hebben zoals de internisten (en andere specialisten) dat hadden. Bovendien wilde het Genootschap de 'geldstromen' beter regelen en zich verder professionaliseren. Om dat alles te realiseren moesten zij zowel lid blijven van de NVGE als ook in alle opzichten zelfstandig hun organisatie kunnen besturen. Na enige notariële bemoeienissen gingen de maagdarmartsen begin 2000 verder als Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen.

## Van gastro-enteroloog naar maag-darm-leverarts

Officieel gingen de maagdarmartsen sinds de invoering van de Wet BIG (1993) door het leven als gastro-enteroloog, maar die naam zorgde voor verwarring bij vooral de patiënten. De alternatieve benaming maagdarmarts klonk weliswaar ook niet erg aantrekkelijk, maar dat begreep men tenminste en was goed te onthouden. Voor gastro-enteroloog gold dat duidelijk niet.

Kees Huibregtse: 'Vraag aan een willekeurige Nederlander welke medisch specialist zich toelegt op de behandeling van hart- en vaatziekten en de kans is zeer groot dat hij binnen een seconde de cardioloog noemt. Stel eenzelfde vraag over de maag-, darm- en leverziekten of spijsverteringsziekten en de kans is groot dat men – na enige bedenktijd – de internist noemt. Stap een willekeurig ziekenhuis in Nederland binnen en de route naar bijvoorbeeld de cardioloog of de internist wordt duidelijk aangegeven. Dit in tegenstelling tot de route naar een afdeling voor gastro-enterologie of maag-, darm- en leverziekten; daarnaar moet in de meeste ziekenhuizen lang gezocht worden. Deze route is er gewoonweg niet of men komt – na enige tijd – op een endoscopie-afdeling uit.'<sup>119</sup>

Huibregtse chargeerde de gebrekkige naamsbekendheid wat, maar het was wel degelijk een preciaire situatie. In de voorgaande jaren was immers gebleken dat de overheid speelde met het idee dat gastro-enterologie geen apart specialisme was, en je wist maar nooit. Als zoveel mensen niet eens wisten wie daarmee werd bedoeld, kon je je als specialist ook niet zo goed profileren. Bovendien was hepatologie een steeds belangrijker onderdeel van het specialisme geworden, zonder dat dit echt tot uiting kwam. In 1999 kwam Chris Mulder daarom met het idee om de naam van het specialisme officieel te veranderen in maag-darm-leverarts. Hij hoopte daarmee het vak inzichtelijk te maken voor het publiek en het specialisme meer bekendheid te geven. De afkorting tot MDL-arts lag goed in het gehoor en zou de naamsbekendheid ten goede komen, precies zoals het was gegaan bij de kno-artsen. Terugkijkend lukte dat bij de MDL-artsen ook. Het officieel maken van de naamswijziging ging echter minder gemakkelijk. Het was inderdaad een prima idee en dus verzocht de secretaris het Centraal College in 1999 om het specialisme gastro-enteroloog in het register te vervangen door maag-darm-leverarts. Er kwam geruime tijd geen antwoord. Het College treuzelde langdurig, zoals de maagdarmartsen dat niet anders gewend waren van het College. Na veel heen en weer geschrijf bleek dat de internisten, leden van de Nederlandse Internisten Vereniging, zich tegen de toevoeging 'lever' verzetten. Nu er inmiddels ook internist-hepatologen waren, zagen deze dat kennelijk als een bedreiging. In 2002 dienden de MDL-artsen opnieuw een verzoek in bij het College. Hun hoofdargument daarvoor was de duidelijkheid die dat gaf bij specialisten, huisarts en patiënt. Pas eind 2002 werd het voorstel officieel

## Gastrologie? Gentrologie?

Dr. Elly Klinkenberg-Knol (VUMC): 'Patiënten konden het woord ook niet onthouden. Gastrologie, gentrologie, je hoorde van alles.' Vanwege de 'moeilijke' naam vervingen veel ziekenhuizen vrij snel de naam van de afdeling Gastro-enterologie in afdeling Maag-, darm- en leverziekten.<sup>118</sup>



Bron: Arend van Dam, MAGMA, 2003;3:2

bekrachtigd, in 2003 verscheen de wijziging in de Staatscourant.<sup>120</sup> Toch was in de praktijk maag-darm-leverarts al eind 1999, begin 2000 de geëigende benaming.

## Houding van CCMS en Centraal College

De Centrale Commissie Medisch Specialismen (CCMS), beargumenteerde haar besluit tot naamswijziging als volgt: 'De huidige benaming van gastro-enteroloog werkt te beperkend, omdat daarmee de suggestie wordt gewekt dat de arts voor maag-darm-leverziekten uitsluitend op het maag-darmgebied aanspreekbaar zou zijn. De arts voor maag-darm-leverziekten is echter deskundig op het totale gebied van de leverziekten, dat wil zeggen diagnostisch, therapeutisch en voor wat het na-traject betreft na bijvoorbeeld levertransplantatie. Dit neemt niet weg dat ook andere specialisten kennis hebben van aspecten van de lever.'<sup>121</sup>

Vooraf de toevoeging dat er ook andere specialisten waren met kennis van aspecten van de lever, haalde de laatste twijfelaars over. De gastro-enteroloog verdween uit het specialistenregister en de vertrouwd klinkende maag-darm-leverarts kwam ervoor in de plaats, ondanks de gewoonte dit af te korten tot MDL. Er was geen twijfel meer mogelijk; de registratiecommissie, inmiddels Centrale Commissie Medisch Specialisme geheten, benadrukte zelfs nog dat het MDL-specialisme niet zomaar een specialisme was, integendeel, het spijsverteringsorgaan was het meest complexe orgaan van het lichaam.

### Definitief: maag-darm-leverarts<sup>13</sup>

De kogel is door de kerk: de gastro-enteroloog heet voortaan officieel maag-darm-leverarts. De naamswijziging van het specialisme heeft het fiat gekregen van de minister na een positief advies van de Centrale Commissie Medische Specialismen van de Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde (KNMG). Het Genootschap van MDL-artsen heeft lang geijverd voor de wijziging van de naam van het specialisme. Duidelijkheid voor de patiënt is het belangrijkste voordeel. In de volgende editie van *MAGMA* meer over dit onderwerp.

Door de voorzichtige toon van het CCMS had dit het einde kunnen betekenen van de negatieve benadering van de maagdarmartsen door het Centraal College. Dat bleek echter niet zo te zijn. In de praktijk bleef de houding tegenover de MDL-artsen als vanouds weinig opbeurend. Tussen internisten en MDL-artsen waren er door de toename van het aantal MDL-artsen enkele praktijkproblemen opgelost. Het lukt het College desondanks nog steeds niet om uit te stijgen boven het niveau van een 'slager die zijn eigen vlees keurt'. Gelukkig is de huidige situatie voor MDL-artsen wel veranderd dankzij hun verbeterde imago bij de andere specialismen die in het College zijn vertegenwoordigd.

## Terug naar de roots: vereniging

Eind 2005 bleek tijdens een herijking van de NVGE dat het Genootschap van Maag-Darm- en Leverartsen nog steeds 'een beroepsgroep in ontwikkeling' was.<sup>122</sup> Het genootschap was relatief onzichtbaar voor medici, KNMG, overheid, verzekeraars en de burger, wat mede kwam door de drie naast elkaar bestaande instanties met elkaar overlappende taken en verantwoordelijkheden, NVGE, NGMDL en de Maag Lever Darm Stichting (MLDS), die alle drie onder meer patiëntenvoorlichting als doelstelling hadden.

Voor de brainstormvergadering voorjaar 2006 stond opnieuw 'naamswijziging' op de agenda. Het bestuur vond dat het woord Genootschap 'naar buiten toe geen 'goede uitstraling' had. Vereniging was 'laagdrempeliger' en sloot bovendien beter aan op de naamgeving van andere specialistenverenigingen. De leden moesten dit echter accepteren en dat kon weleens tot oponthoud leiden.<sup>123</sup> Daarom was het wellicht verstandig om een 'extern persoon' in te schakelen om het voorstel te laten schrijven. Eind 2007 deed columnist 'Bart Elsmann' in het MDL-tijdschrift *MAGMA* een oproep om van het genootschap een 'echte wetenschappelijke vereniging' te maken. 'In tegenstelling tot andere

specialismen, hebben we geen eigen wetenschappelijke vereniging.<sup>124</sup> Pas in de zomer van 2008 maakte NGMDL plaats voor NVMDL (Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen). Daarmee was de Vereniging ten slotte toch weer 'thuis', op het pad dat de voormalige Vereeniging van Nederlandsche Maag-Darm-Arsten geëffend had.

## Onduidelijke situatie: NVMDL en NVGE + NVH



Oude en nieuwe voorzitter van NVMDL: Ernst Kuipers (links) en Ad Masclee in 2013.

Foto: Eric Borghs, archief NVMDL

Volgens voorzitter Ernst Kuipers (2012) bestond er in de buitenwereld echter nog steeds verwarring. Daarmee doelde hij op de te 'losse' verhouding tussen de NVMDL en de NVGE. Naar zijn idee was het naast elkaar functioneren van deze twee verenigingen nadelig voor de MDL-artsen. De belangrijke inbreng en vertegenwoordiging van MDL-artsen en aios in de NVGE-bijeenkomsten was onderbelicht.<sup>125</sup> Hij pleitte daarom voor een nauwere samenwerking, ja zelfs een fusie tussen de twee verenigingen. Of zijn oplossing daarvoor het verlangde resultaat zou hebben, is niet zo waarschijnlijk. In 2013 ziet zijn opvolger Ad Masclee het positiever. Hij vergelijkt de drie verenigingen met schepen die een gemeenschappelijk doel hebben. Het MDL-moederschap vaart voorop met langszij de NVGE- en NVH-fregatten. De schepen varen hun eigen koers, maar moeten uiteindelijk wel in dezelfde haven voor anker gaan.<sup>126</sup>

## Kinderartsen volgden

Terwijl het specialisme kinderarts-gastro-enteroloog officieel in 1999 was erkend, was er al in 1997 een geregistreerde kinderarts-gastro-enteroloog. Door de naamswijziging tot MDL-arts, lag ook die naam nu wel erg moeilijk in het gehoor. De NVMDL had er geen bezwaar tegen dat vanaf 2008 ook de desbetreffende kinderartsen voortaan als kinderarts maag-darm-leverziekten verder gingen. Een stuk sneller dan bij de MDL-artsen, die de weg daarvoor bij het Centraal College hadden vrij gemaakt.

## Toetsing functioneren van specialist

De jaren zeventig hadden nog veel meer in petto want ook op andere terreinen nam de overheidsbemoeyenis toe. Daarnaast was er in de maatschappij een toenemend wantrouwen te bespeuren over de kwaliteit van onder meer het specialistisch handelen. 'Men kan over de juistheid van dit wantrouwen discussiëren, de realiteit van dit wantrouwen blijft bestaan,' schreef Ton Casparie in 1973 in *Medisch Contact*.<sup>127</sup> 'Ingewijden' wisten weliswaar dat niet iedereen goed werk leverde, maar kritiek daarop viel niet in goede aarde. In perifere ziekenhuizen was verdere specialisatie misschien niet onmogelijk maar wel erg moeilijk. Voor zover het de specialist aanging; met een gereguleerde toetsing kon men zijn kwaliteit meer objectief vaststellen. Hierdoor kon het vertrouwen zich dan herstellen. De roep om andere maatstaven klonk steeds luider. Kwaliteit leek in dit verband een nog betrekkelijk eenvoudig begrip, maar met het voortschrijden der jaren bleek dat een grote misvatting te zijn.

### Eerste Nota's Kwaliteitsbeleid

Tien jaar was bij wijze van spreken niets in deze roerige tijden. Niet alleen de overheid, ook de landelijke artsorganisatie en de specialistenorganisatie (LSV) kwamen niet direct met een 'alles' omvattende invulling van 'kwaliteit'. De eerste Nota Kwaliteitsbeleid van de artsorganisatie kwam in 1989, de LSV volgde in 1995. Daarin waren echter nog niet de specialistische kennis en vaardigheden gespecificeerd. De kwaliteit van de faciliteiten bleef nog onbesproken. Toch maakte de nota van de LSV duidelijk dat er van uitstel geen sprake meer kon zijn. In de loop van de jaren negentig werd kwaliteit een kernbegrip en ontwikkelden de wetenschappelijke verenigingen daarin een eigen beleid. Het enige onderlinge verschil was dat de ene vereniging wat sneller was dan de andere. De nieuwe kwaliteitseisen moesten ook worden onderhouden, waardoor men na gedane arbeid niet meer op de lauweren kon gaan rusten. Deze geschiedenis laat zien dat het begrip kwaliteit decennia lang veel vager was dan verondersteld. De vraag wat bijvoorbeeld kwaliteit nu eigenlijk inhield, is niet eenvoudig te beantwoorden.

### Wat heet kwaliteit?

Bij het prediken van kwaliteit ging het niet altijd letterlijk om kwaliteit. Iedere betrokkene schermde met dit begrip. Als de overheid het hierover had, bleek het vooral om een *financiële* invulling te gaan. De Rekenkamer kwam zelfs tot de slotsom dat het de regering helemaal niet om kwaliteit en zorg voor de patiënt ging; het ging uitsluitend om het geld. Het Sociaal Cultureel Planbureau kwam eind jaren negentig tot dezelfde conclusie; het overheidsbeleid was een ad hoc bezuinigingsbeleid.<sup>128</sup>

Welke motieven er ook waren, om zo veel mogelijk het beleid in eigen hand te kunnen houden moesten specialisten reageren. Zij pasten zich uitstekend aan en vrijwel alles wat met hun specialisme te maken had, kreeg het etiket kwaliteit opgeplakt. In eerste instantie was dit vooral een kwestie van aanpassing aan de kennelijk gewenste terminologie, al wordt daarmee niet bedoeld dat het geen serieuze zaak was.

### Alles is kwaliteit

Kwaliteitsbeleid, kwaliteitsproduct, kwaliteitsstoetsing, kwaliteitspijlers, kwaliteitsvisiting, kwaliteits(na)scholing, kwaliteits(her)registratie, kwaliteits(s)slag, kwaliteitszorg, Richtlijnen Kwaliteit, Handboek Kwaliteit, zelfs het jaarverslag werd bij sommige verenigingen een Kwaliteitsjaarverslag. In 1999 publiceerde de Richtlijn Commissie Kwaliteit van de cardiologen haar 'Naar een optimaal kwaliteitsbeleid'. Dit in elk detail uitgewerkte boekwerk vond veel navolging bij de andere specialismen.<sup>129</sup>

Kwaliteitsbewaking was er voorheen niet, al leidden deze initiatieven ook niet direct tot een 'omwenteling'. Een aantal specialisten stond niet zo open voor kritiek, wat ook niet zou veranderen. Ziekenhuizen werkten net zo min mee. Aanpassingen waren soms hard nodig, maar het besef dat kwaliteit niet vanzelfsprekend was en dat dit zich niet beperkte tot het functioneren van specialisten en hun opleiding, won moeizaam terrein. In het begin van de nieuwe eeuw was geaccepteerd dat verantwoording 'normaal' was, de uitvoering daarvan bleek vooralsnog 'in ontwikkeling'. Dit vroeg dan ook veel tijd, inzet en energie. 'Kwaliteit' was en bleef het sleutelwoord, toetsing van het functioneren was daarbij een eerste stap.

Uiteindelijk evolueerde 'kwaliteit' tot een aantoonbaar en meetbaar begrip. Zowel het 'product' als de controle erop waren radicaal gewijzigd. Overheidsoptreden diende bij dit alles als katalysator, zoals het schematisch overzicht Wetgeving en respons van specialisten verderop in dit hoofdstuk illustreert. Kwaliteit besloeg het hele functioneren van een specialist, van toetsing tot richtlijnen, van transparantie tot patiëntgericht. Het betekende ook dat de MDL-artsen veel werk wachtte.

## Wetgeving

Met een reeks wetten wilde de overheid een kwaliteitsborging van het medisch handelen garanderen en de kwaliteit van de zorg optimaliseren. Zowel het functioneren van specialisten als hun opleiding moesten aan 'kwaliteitseisen' gaan voldoen. Voorafgegaan door enkele nota's die dit aanstipten, maakte met name de nota 'Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg' (1980), dat dit onderwerp een vast agendapunt werd voor het ministerie dat de volksgezondheid onder zijn hoede had. Evenals bij de andere overheidsmaatregelen was dit niet van de ene op de andere dag gerealiseerd. Het was wel zeker dat alle betrokkenen, inclusief de overheid, van nu af aan ook op dit terrein heel wat te verwerken kregen.

De daarop volgende wetgeving, in het bijzonder de Wet op de beroepsbeoefening in de individuele gezondheidszorg (BIG, 1993), was een andere ingrijpende verandering. Het uitgangspunt was kwaliteitsbewaking door onder meer registratie en herregistratie (nascholing), voorbehouden handelingen, titelbescherming en tuchtrecht.<sup>130</sup> Een andere wet die een duidelijke verandering inhield, was de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO, 1994). Deze legde de rechten en plichten vast van arts én patiënt. De kwaliteit van het hele specialistische handelen moest worden getoetst en beroepsbeoefenaren moesten verantwoording gaan afleggen van hun medisch handelen.<sup>131</sup> Visitatie van alle ziekenhuizen, protocollaire geneeskunde, intercollegiale toetsing en verplichte nascholing waren daarvoor het gereedschap.

## Externe of intercollegiale toetsing?

Ton Casparie was niet de eerste die begon over toetsing van het functioneren van medisch specialisten en hun ziekenhuis. De LSV bepleitte dat al in 1962. Begin jaren zeventig hadden de meeste grotere ziekenhuizen weliswaar een medische staf, maar de meeste daarvan waren 'nog steeds los gevormd'.<sup>132</sup> Ook in ziekenhuizen die wel stafbesprekingen hadden, waren discussies over het functioneren nog lang geen gemeengoed. Desondanks wist de internist Casparie de intercollegiale toetsing zodanig uit te dragen, dat men er niet goed meer omheen kon. Zijn ziekenhuis, De Weezenlanden in Zwolle, begon hiermee in 1973. Een enkel ander ziekenhuis had dit overigens al. Toen wetgeving op handen leek waarin *externe* toetsing een plaats zou krijgen, kwam dit in een stroomversnelling terecht. De LSV en de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen besloten tot oprichting van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO, 1979).

## Centraal Begeleidingsorgaan (CBO)

Het CBO richtte zich in het begin vooral op toetsing en de daaraan gekoppelde visitaties. In 1982 breidden de werkzaamheden zich verder uit met de ontwikkeling van protocollen, richtlijnen, patiëntenzorg en wachtlijsten tot 'aandachtspunten' en ziekten aan toe.<sup>133</sup> Onder de naam Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg – CBO, groeide het uit tot een allesomvattend referentie- en kennisinstituut.<sup>134</sup> Het was daarmee het eerste kwaliteitsinstituut nieuwe stijl, vele andere zouden nog volgen.



Het CBO stelde modelreglementen op, de Kwaliteitsvisitatiecommissie van de maag-darm-leverartsen boetseerde daarvan een geschikt model. Zij stelden de begeleiding van het CBO 'zeer op prijs'. De activiteiten kwamen bij hen pas in de loop van de jaren negentig goed op gang. Er was eindelijk meer belangstelling voor hun specialisme gekomen, de ledenlijst liet nu een ononderbroken opgaande lijn zien. Ook zij begonnen met de toetsing. De opstelling van protocollen kreeg de minste prioriteit. Overigens is de geschiedenis van de visitatie een heel andere dan die van de opleiding. Maar ja, visitatie was ook het 'eigenlijke werk'! Bij de vele geactualiseerde visitatiereglementen die er verschenen, is de reden voor wijziging steeds: 'nieuw visitatiereglement moet goede patiëntenzorg waarborgen.'<sup>135</sup>

## Toetsing kwaliteit van ziekenhuizen

### Visitatie opleidingsziekenhuizen

De maagdarmartsen hadden sinds 1962 een visitatiecommissie voor opleidingsziekenhuizen, die opleider en ziekenhuis moest beoordelen. Dat stelde destijds niet zoveel voor. Niet alleen omdat er maar een handjevol medici voor maagdarmziekten kozen, het was bijna onmogelijk om eventuele kritische opmerkingen te maken over opleider of ziekenhuis. De 'klinische voorzieningen' waren door de registratiecommissie (SRC) weliswaar omschreven, maar de praktijk voorzag daar niet altijd in. Deze situatie was begin jaren zeventig nog niet veel verbeterd, de meeste aandacht ging naar de endoscopieën. 'In feite bleek er slechts één wezenlijk tekort, nl. onvoldoende gelegenheid voor de assistenten tot zelfstandige beoefening van de endoscopie.'<sup>136</sup> Mede daardoor was er niet zoveel interessants te melden over de wederwaardigheden van de diverse visitatiecommissies.<sup>137</sup> Dank zij de aanstelling van hoogleraren in de gastro-enterologie bij de universiteiten en strengere visitatiecommissies kwam er in de loop van de jaren tachtig meer beweging in. Zowel klinische als instrumentele voorzieningen voldeden steeds meer aan de gestelde voorwaarden. De omvang van de visitatieformulieren groeide mee. Door de meer kritische opstelling kon een ziekenhuis nu eerder een hervisitatie opgelegd krijgen. Zo was er in 1986 een discussie over een *academische* opleiding waar zelfs heel veel niet bleek te deugen (Groningen).<sup>138</sup> Pas in 1994 kreeg deze opleiding tot aller opluchting haar bevoegdheid terug. Ook het enige niet-academisch ziekenhuis met opleidingsbevoegdheid kreeg een zogenaamde maatregel opgelegd.

Een andere bron van ongenoegen was 'Rotterdam'. De internisten van de Erasmus Universiteit hielden zich in 1986, na vroegere problemen, opnieuw niet aan de geldende regels. De afdeling Interne manifesteerde zich als afdeling Gastro-enterologie, hetgeen niet alleen misleidend was maar ook onrechtmatig. Het bestuur van de maagdarmartsen wees de internisten er nogmaals op dat zij geen opleidingserkenning hadden en niet bevoegd waren in de gastro-enterologie.<sup>139</sup> Het duurde tot 1992 voor de afdeling onder Mark van Blankenstein opleidingsbevoegdheid verwierf. In 2000 werd Ernst Kuipers benoemd tot hoogleraar MDL-ziekten, waardoor opleiding en onderwijs veilig waren gesteld. Daarmee kon de visitatiecommissie haar besluit om de universiteitsafdeling de opleidingsbevoegdheid te ontnemen, op het nippertje terugdraaien. Wanneer wij nu, anno 2013, naar de situatie in Rotterdam kijken, dan is het gelukkig meer dan goed gekomen. Eindelijk zijn de negatieve ervaringen waarmee vrijwel alle interne 'deelspecialisten' decennia lang te maken hadden, verleden tijd geworden.

### Visitatie perifere ziekenhuizen

In verband met de aangekondigde Wet BIG kreeg de Commissie Maagdarmartsen in 1992 het verzoek van de LSV om visitaties in de perifere ziekenhuizen te gaan uitvoeren. Die wet verplichtte de herregistratie van specialisten en koppelde dit onder meer aan een gunstige visitatie. De Commissie Maagdarmartsen maakte niet veel haast. Tot in de jaren negentig hadden de maagdarmartsen de neiging bepaalde zaken op hun beloop te laten. Zij hadden wel andere dingen aan het hoofd. De heekkundigen hadden dit al in 1987 ingevoerd, de maagdarmartsen begonnen in 1996 met vijf proefvisitaties van niet-opleidingsklinieken. Daarmee wilden zij ook het 'beoordelingsmodel' toetsen.<sup>140</sup> Rond de eeuwwisseling was visitatie en wat daarbij kwam kijken voor de maagdarmartsen een bijna vast agendapunt geworden. Het werd met enthousiasme aangepakt. Parallel aan die visitaties was ook toetsing op kwaliteitsaspecten buiten de opleiding belangrijk. Voorzitter Rens Bos berichtte over de bevindingen in *MAGMA*.

Waarborging van kwaliteit stond voorop, dat werd tenslotte van de hele samenleving gevraagd.<sup>141</sup> De visitaties van de opleidingsklinieken (negen in totaal) kregen ook een *make over*. In 2001 stond in hetzelfde tijdschrift het verslag van de eerste visitatie die volgens de nieuwe kwaliteitseisen was verricht. Visitatie had het stadium van ‘Kwaliteitsvisitatie’ bereikt. De term ‘verbeterpunten’ deed zijn intrede en dat kon weer tot een her-visitatie leiden.

## Modernisering visitatie (2006) en verdergaande verantwoordelijkheid

Er wachtten nog enkele belangrijke veranderingen. In 2002 was al gebleken dat de kwaliteitscommissies van de wetenschappelijke verenigingen hun visitatiereglement achterhaald vonden. Een drietal verenigingen had daartoe samen met het CBO een nieuw kwaliteitsmodel opgesteld dat meer was gericht op ‘de evaluatie van zorg en het professioneel functioneren’<sup>142</sup> – met een andere manier van visiteren, waarbij men zich bijvoorbeeld niet alleen op het groepsfunctioneren richtte, maar ook op het individuele functioneren.<sup>143</sup> De Kwaliteitsvisitatiecommissie van het NGMDL kwam in 2006 met de ‘Notitie Kwaliteitsvisitatie MDL, 2006-2009’, waarin dit was verwerkt.<sup>144</sup> Dat jaar was ook op ander terrein voor de MDL-artsen een ijkpunt, want op de lauweren rusten was er niet meer bij. ‘Professioneel-zijn’ in brede zin vroeg om een complete herziening. Het andere belangrijke ijkpunt is van recente datum en valt af te leiden uit het geactualiseerde visitatiereglement van 2012, ‘Verantwoordelijk voor het geheel aan zorg’: ‘Wetenschappelijke verenigingen nemen hun verantwoordelijkheid en melden het voortaan bij Inspectie als de patiëntenzorg ondanks herhaaldelijk waarschuwen in het gedrang blijft.’<sup>145</sup>

## ‘Zichtbaar presteren’

Wetgeving en het toenemende aantal maag-darm-leverartsen versterkten de behoefte aan een verdere professionalisering. De bestuursleden van de opvolger van de Commissie, het Genootschap (NGMDL), benadrukten steeds vaker het belang van kwaliteit, ongeacht of het nu ging om visitaties, functioneren in de dagelijkse praktijk of de opstelling van richtlijnen. De aanvaarding van de consequenties van ‘zichtbaar presteren’, die in die tijd vaak in een breder beleidsplan werden gepresenteerd, is eveneens een voorbeeld daarvan. Uitgangspunt was niet meer de eigen overtuiging dat je goed werk leverde, maar dat je laat zien wat je doet en kunt, en wat de patiënt vervolgens mag verwachten.

Wetgeving en respons specialisten in de periode 1993-1996		
Specialist	Patiënt	Ziekenhuis
Wet BIG (1993)	Wet BIG	Wet BIG
WGBO (1994)	WGBO	
	Wet Klachtrecht (1995)	Kwaliteitswet zorginstellingen (1996)
Intercollegiale toetsing	Voorlichting	Certificering ziekenhuis
Richtlijnen	Hulpmiddelen beslissing	Accreditatie
Registratie complicaties		Visitatie van praktijken
Opleidingseisen		
Nascholing, (her)registratie		CQ-index <sup>1</sup>
Prestatie-indicatoren	Tevredenheid	Indicatorontwikkeling

1) De CQ-index is een methode voor ziekenhuizen om hun ‘totaalaanbod’ gericht te kunnen verbeteren.

Bronnen: Notulen vergaderingen maagdarmartsen; prof. dr. JA Swinkels, ‘Van richtlijnen naar zorgpaden, een (on)begaanbare weg?’, AMC 3: 6-13

## Protocollen en richtlijnen

Al het voorgaande was slechts een onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de MDL-artsen. Een andere pijler was de opstelling van richtlijnen om zichtbaar en meetbaar te gaan presteren. Het ging hier om een traag verlopend proces, waarbij het eerst vooral om protocollen leek te gaan. Vooral na de eeuwwisseling namen richtlijnen die

plaats over. Een protocol is niet precies hetzelfde als een richtlijn, maar men gebruikte deze termen steeds vaker door elkaar.<sup>146</sup> Een richtlijn is meer een leidraad waarvan in de praktijk kan worden afgeweken. Hierin komt de onmiskenbare weerstand naar voren die er was tegen de externe bemoeienis en de aarzelende acceptatie van nieuwe inzichten, nu competenties genoemd.

Deze geschiedenis laat ook zien hoe eerdere acties steeds weer in de vergetelheid raakten. Dit was bij de uitwerking van andere kwaliteitseisen evenmin een onbekend fenomeen. Dat leverde dan een aantal 'eerste' dateringen op. De kwaliteitseisen waren vanaf het begin tijdrovend, want zij moesten steeds worden herzien en aangevuld.

Omdat richtlijnen, die weliswaar niet bindend zijn, aangaven hoe te handelen, was een aantal specialisten er huiverig voor. Deze zouden door de invoering van de eerdergenoemde WGBO tot juridische claims en 'Amerikaanse toestanden' kunnen leiden. Die wet benoemde onder meer aansprakelijkheid en *Informed consent*. Dit hield onder meer in dat als de behandelaar van de richtlijn wilde afwijken, hij dat met de patiënt moest overleggen. Belangrijk was dat dit vervolgens nauwkeurig moest worden gedocumenteerd. Een extra probleem daarbij was dat iets wat de MDL-arts als probleem ziet, bij de patiënt een ander beeld kan oproepen. Overigens bleek in de praktijk dat de richtlijnen nauwelijks tot juridisering hebben geleid.<sup>147</sup>

## Een Commissie Protocollen? 'Als de tijd daar is'

Bij 'terugblikken' op hoogtepunten in deze geschiedenis werd de eerste richtlijn in 1982 opgesteld, met als bron het CBO. Deze richtlijn voor bloedtransfusies was echter niet in samenwerking met de maagdarmartsen gemaakt. Er was overigens in dat jaar wel wat gaande rondom de richtlijnen. De vertegenwoordiger in de Wetenschappelijke Raad van het CBO, Dick Schreuder, kwam met het verzoek om onderzoeksbehandelingsprotocollen te gaan opstellen. Hij vond daarvoor bij zijn collega's totaal geen gehoor. Het bestuur wilde dit uitstellen: 'Als de tijd daar is' zal het een protocollencommissie in het leven roepen.<sup>148</sup> Zijn opvolger Pleun Snel kwam evenmin veel verder. Meestal had hij 'weinig te melden op

## Officiële richtlijnen, met medewerking van de NVMDL

Acuut leverfalen (2010)  
Acute pancreatitis (2005)  
Alcohol, stoornissen in het gebruik van (2009)  
Antistollingsgebruik bij endoscopische ingrepen (2005)  
Anuscarcinoom (2012)  
Biologicals, verantwoord gebruik van (2011)  
Bloedingen tractus digestivus (2010)  
Coeliakie en dermatitis herpetiformis (2008)  
Colorectale levermetastasen (2006)  
Coloncarcinoom (2008)  
Cystic fibrosis, diagnostiek en behandeling (2007)  
Diverticulitis, diagnostiek en behandeling (2012)  
Erfelijke darmkanker (2008)  
Flexibele endoscopen, kwaliteitshandboek (2010)  
Gastro-oesofageale refluxziekte (2010)  
Gastro-oesofageale refluxziekte bij kinderen (2012)  
Helicobacter pylori-infectie bij kinderen (2012)  
Hepatitis B-virusinfectie (chronisch), behandeling (2012)  
Hepatitis B, doorverwijsrichtlijn (2012)  
Hepatitis C-virusinfectie (chronisch), behandeling (2008)  
Hereditaire hemochromatose (2012)  
IBD bij volwassenen (2009)  
Maagcarcinoom (2009)  
Maagklachten (2004)  
Morbide obesitas (2011)  
Neusmaagsonde (2012)  
Obesitas, diagnostiek en behandeling (2008)  
Obesitas bij kinderen (2011)  
Oesofaguscarcinoom, diagnostiek en behandeling (2010)  
NSAID-gebruik en preventie van maagschade (2003)  
Ondervoeding (2012)  
Pancreascarcinoom (2011)  
Perioperatief voedingsbeleid (2007)  
Poliepectomie, follow-up (2002)  
Poliepectomie, follow-up, samenvatting door NVMDL (2008)  
Polyfarmacie bij ouderen (2012)  
Prikkelbare Darm Syndroom (2011)  
Primaire tumor onbekend (2012)  
Rectumcarcinoom (2008)  
Sedatie en/of analgesie op locaties buiten de OK (2010)

Bron: website NVMDL (www.mdl.nl, juni 2013)

MDL-gebied'. Dat lag niet aan hem of de Wetenschappelijke Raad, want deze waren behoorlijk actief met 'allerhande activiteiten', maar 'anderen weten dat niet'.<sup>149</sup> Voor maagdarmartsen was het in ieder geval volkomen onduidelijk welke protocollen en/of richtlijnen en werkgroepen er waren. Laat staan dat zij op de hoogte waren van eventuele plaatselijke richtlijnen. Zo langzamerhand leek wat meer duidelijkheid opportuun.

## Kwaliteitscommissie, 'het nut van monnikenwerk'

Twee jaar nadat de LSV daarom had verzocht, kwam in 1994 de bedoelde kwaliteitscommissie er uiteindelijk. Toen bleek dat het bestuur van het Genootschap bij 'kwaliteit' vooral op het handelen van de internisten doelde. Zolang 'de houding van de internisten het imago van het MDL-specialisme kon schaden [...], wilde het bestuur een sterk kwaliteitsbesef ontwikkelen'.<sup>150</sup> De daaropvolgende richtlijn stelde echter teleur. Het was meer een opsomming van de eisen die de wet BIG en WGBO stelden, dan dat het ging om een gericht 'verbetervoorstel'. Bij de Commissie Kwaliteit stonden daarentegen protocollen, standaarden en patiënten-informatie boven aan de lijst.<sup>151</sup> Eén van de commissieleden, Jan Drapers, beschreef in *MAGMA* zijn ervaringen bij de samenstelling van de *eerste* protocollen. Het was je reinste 'monnikenwerk', maar daarmee maakte je wel je werk toetsbaar én zichtbaar, iets wat buiten een beperkte kring niet goed was gelukt. Zijn 'monnikenwerk' resulteerde in de eerste uitgave van het *Compendium Gastro-enterologie* (1997), ook wel *Handboek Gastro-enterologie* genoemd.<sup>152</sup> Dit handboek verscheen overigens vrij laat vergeleken met andere wetenschappelijke verenigingen. Ook met de richtlijnen ging het inmiddels goed; regelmatig was er iets 'tastbaars' te melden, zoals een *follow-up* voor colonpoliepen.<sup>153</sup>

## Nederlandse protocollen of Britse en Amerikaanse?

De Orde richtte zich in het begin van de eenentwintigste eeuw tot secretaris van het NGMDL: zij wilde een 'compleet protocollenboek' uitgeven. De Orde stelde het bestuur voor om daarvoor de bestaande protocollen van de Amerikaanse en Britse Gastro-enterologen te gebruiken. Op zichzelf was dit een prima idee, maar er was toch al veel 'monnikenwerk' verricht op dat terrein? Er waren zowel de protocollen van Jan Drapers en Jan Nicolai als de vele andere die op sommige afdelingen in omloop waren. Diverse voorzitters hadden de afgelopen jaren de leden benaderd om dit te melden en afgaande op de notulen moeten dat er betrekkelijk veel zijn geweest.<sup>154</sup>

## 'Zeer grote vorderingen', maar lang niet bij iedereen bekend

Uit een brandbrief van Jeroen Kolkman van 29 mei 2001 bleek dat het 'kwaliteitsterrein' nog veel breder was dan gedacht. Hij maakte zich 'in hoge mate zorgen over de trage voortgang van een aantal projecten'. Zijn conceptrichtlijn sedatie was na drie maanden nog steeds niet becommentarieerd, hij had bovendien geen flauw idee bij wie deze was blijven steken. Hij ergerde zich daaraan. Daarentegen was Ernst Kuipers, die bij zijn aantreden dacht dat er weinig positiefs te melden was over de resultaten van het kwaliteitsbeleid, het jaar daarop ineens veel positiever (2002). 'Plotseling' bleken er wel en zelfs 'grote vorderingen' op een breed terrein te zijn.<sup>155</sup> Maar als *insiders* dit al niet wisten, dan was het de hoogste tijd om de vorderingen op dit gebied ook voor de maag-darm-leverartsen zicht- en meetbaar te maken.

## Kwaliteit: het centrale thema van de maag-darm-leverartsen

Inmiddels waren er nu enkele structurele problemen opgelost, met als meest opvallende de spectaculaire toename van het aantal MDL-artsen. Daardoor konden ook de bijkomende taken van het NGMDL meer worden verdeeld. Het leek nu een en al kwaliteit wat de klok sloeg. De eerste stappen naar duidelijkheid over die kwaliteit waren al gezet. In 1998 had voorzitter Fokko Nagengast niet alleen kwaliteit tot centraal thema van het Genootschap gepromoveerd, hij gaf ook een voorbeeld hoe deze te verhogen, bijvoorbeeld door een andere vraagstelling. In plaats van het focussen van de aandacht op verrichtingen, die minutieus werden genoteerd, was het beter de *resultaten* ervan te analyseren.<sup>156</sup>

Er is verder nog een hele lijst te maken van voorzitters en secretarissen van het NGMDL en de desbetreffende commissies, die kwaliteit als richtsnoer benoemden. In de jaren negentig was dat nog voornamelijk een antwoord op de bij wet verordende eisen. Een voorbeeld hiervan is 'Aandachtspunten in kwaliteitsbeleid', van Kees Huibregtse in 1996.<sup>157</sup> Na de eeuwwisseling werd het begrip kwaliteit steeds concreter. In 2007 stelde Maurice Russel (Commissie Kwaliteit) dat kwaliteit altijd beter kan. Hij vroeg zich af: wat is kwaliteit, hoe meet je dit, hoe kun je die behouden en verbeteren?<sup>158</sup> Of Willem Moolenaar (2009), die 'het aantonen van kwaliteit een zwaarwegend beroepsbelang' achtte.<sup>159</sup>

Het kwaliteitsbeleid bleef het centrale thema, maar nu van de NVMDL. In een special over Kwaliteit en richtlijnen van MAGMA (2009) achtte ook voorzitter Ernst Kuipers de tijd gekomen om het kwaliteitsbeleid aanzienlijk uit te breiden.<sup>161</sup> Intussen was de situatie toen volledig ten goede gekeerd, met aanpassing aan – of begrip voor – de veranderde maatschappelijke context. 2006 was in deze periode de cesuur. Het bleek dat het altijd nog beter kon.

## Gezonde dosis optimisme

'Zoals menigeen koesterde ook ik [Ernst Kuipers] een gezonde dosis cynisme als het ging om standaarden, kwaliteitsindicatoren, NIAZ-accreditaties, HKZ-certificaties, NKI-modellen, VMS-systemen, Elsevier-enquêtes, AD-ranglijsten en het hele circus daaromheen. Wij en zeker de patiënten zouden niet gebaat zijn bij een oerwoud aan meet- en regelsystemen. We raken de weg er maar in kwijt en zijn niet meer in staat ons ieder naar eigen eer en geweten bezig te houden met waar het echt om gaat: mensen beter maken.'<sup>160</sup>

## In 2006 'Kwaliteit-nieuwe-stijl: kort, krachtig, meetbaar, transparant'<sup>162</sup>

'Als de W[etenschappelijke] V[ereniging] iets propageert, kan er geen twijfel zijn dat dit de kwaliteit van zorg garandeert', schreef Adriaan Tan in 2006. Dat was het begin van de duidelijk aantoonbare professionalisering van alles wat bij de uitoefening en het functioneren van het MDL-specialisme betrokken was. Dit nieuwe elan was overal merkbaar, van het financiële jaarverslag tot en met de agenda en de verslaglegging van het besprokene. Het was ook terug te zien in een langjarige beleidsplanning (2006-2010), klinisch onderbouwde vraagstelling, een procedure voor de opbouw van richtlijnen, prestatie-indicatoren en haalbare doelen mét tijdslijnen. Secretaris Adriaan Tan en voorzitter Melvin Samsom konden dan ook tevreden zijn. Impopulair of niet, het uitgangspunt was verbetering van de kwaliteit van de zorg. Dat viel niet altijd mee, soms kwam het wel heel dicht op het specifieke terrein van de MDL-specialist. 'De politiek heeft de macht gegeven aan de ziektekostenverzekeraars, en dat hield onder meer in dat zij zich nu ook gingen bemoeien met het voorschrijven van medicijnen.'<sup>163</sup>

## Wat heet kwaliteit? – Conclusie

Uitgaande van de vele keren dat hierover was te horen en te lezen was 'kwaliteit' sinds 1970 een belangrijk punt van aandacht. Wat er was bereikt, bleek later echter keer op keer niet duidelijk. Dat het resultaat nog niet zichtbaar was, was toch een teken aan de wand. Zo gaf het bestuur van het NGMDL aan dat 1996 het jaar was van 'grote veranderingen'. Het wees erop dat de maagdarmartsen tot midden jaren negentig meer aandacht hadden gehad voor onderzoek en onderwijs (en 'de internisten'!) dan voor kwaliteitsbeleid. Dat ging volgens het bestuur nu veranderen, niet alleen vanwege de naamswijziging. Het bestuur zou ook maatregelen nemen waardoor de kwaliteit van de MDL-artsen in de toekomst gewaarborgd zou zijn.<sup>165</sup> Zolang dergelijke voornemens niet nader werden gespecificeerd, lijken de kritische opmerking daarover later toch niet geheel onterecht. Zo bleek in 2006 dat patiëntenvoorlichting jarenlang veronachtzaamd was door het NGMDL. Terwijl de Commissie Kwaliteit in 1994 nog zo enthousiast was gestart met een model daarvoor, dat in 1995 onder de leden zou worden verspreid.<sup>166</sup> Hiervoor is nog een excuus te bedenken; ziekenhuizen en patiëntenverenigingen hadden dergelijke brochures inmiddels ook. Vanaf midden jaren negentig maakten de eerste commissies plaats voor kwaliteitscommissies, zoals de Kwaliteitsvisitatie Commissie en de Kwaliteit Subcommissie Richtlijnen. Maar wat dat inhield?

## Dertig nieuwe richtlijnen tussen 2006 en 2011?

De voorzitter van de Commissie Richtlijnen, Rob Adang, dacht met dertig richtlijnen de meest gangbare MDL-ziekten 'af te dekken'. 'Drie jaar nadat de Commissie Richtlijnen aan de slag ging, zijn acht nieuwe richtlijnen vrijwel vastgesteld.' De doelstelling van Rob Adang was om in vijf jaar [2006-2011] dertig nieuwe richtlijnen te kunnen presenteren.<sup>164</sup> Het verliep naar wens, want in 2012 waren er in totaal veertig. De Commissie Richtlijnen bestond echter al sinds 1994. Wat was er, naast het 'monnikenwerk', dan met de protocollenverzameling en andere initiatieven gebeurd?

De indruk zou kunnen ontstaan dat, ondanks wat er wel is bereikt, het bij een aantal kwaliteitsimpulsen meer een kwestie van woorden was dan van daden. In de eerste jaren was het ijveren voor kwaliteit weliswaar meer een reactie op externe prikkels dan een uit overtuiging ingegeven taak. De algemene gedachte was toen immers nog dat verreweg de meeste specialisten kwaliteit leverden. Destijds voldeden de commissies aan de gangbare ideeën over kwaliteit, opzet en uitwerking van de projecten. 'Evidence based' en 'expert opinion' waren wellicht niet als zodanig benoemd, maar werden wel degelijk in praktijk gebracht. De maagdarkartsen beschikten in de jaren negentig behalve over protocollen *casu quo* richtlijnen bij verrichtingen, ook over kwaliteitsnormen. De concrete invulling daarvan ontwikkelde zich eveneens geleidelijk. Voor latere generaties had 'kwaliteit' echter een heel ander betekenis dan in de daaraan voorafgaande jaren. Om die reden is het niet terecht te zeggen dat vorige commissies niet veel om het lijf hadden. Dat doet onrecht aan de inzet en acties van die commissieleden.

In de loop der jaren verbreedden en verdiepten de inzichten over kwaliteit bij de MDL-artsen zich steeds verder, zoals dat ook bij andere interne specialismen gebeurde. Het groeide bovendien uit tot een begrip waaronder zo ongeveer alles viel wat met het beroep en de uitoefening daarvan te maken heeft, tot en met de stelselwijziging en de als zaligmakend beschouwde marktwerking. Dat alles leidde tot veel tastbare zaken. Kwaliteit hoeft overigens niet zo'n ingewikkeld begrip te zijn, maar het is wel een dynamische term. Het betreft iets dat zich blijft ontwikkelen, met steeds voortschrijdende inzichten en nieuwe middelen uit de literatuur als handvat.

## Recente ontwikkelingen: 'levende richtlijnen' voor versnelling, verbreding en vernieuwing

Nog steeds maken het CBO (nu onderdeel van TNO) en de wetenschappelijke verenigingen gezamenlijk de kwalitatief uitstekende richtlijnen. Zij worden eens in de vijf jaar herzien. Het CBO, in de persoon van Hanke van Veenendaal, kreeg echter steeds meer het gevoel dat dit anders moest: 'wij lopen steeds achter de feiten aan.' In die vijf jaar konden belangrijke inzichten zich wijzigen. 'Levende richtlijnen' konden hiervoor de oplossing bieden. Een methode om de belangrijkste onderdelen regelmatig te scannen op veranderingen zou een grote kwaliteitsimpuls zijn.<sup>167</sup> Trefwoorden hierbij zijn 'versnellen, verbreden, vernieuwen'.<sup>168</sup>

Lange tijd waren de richtlijnen het werk van zorgverleners die de nadruk legden op wetenschappelijke, klinische inzichten. In de loop der jaren waren er echter nogal wat organisaties opgericht die buiten de specialisten om richtlijnen voor de zorg gingen ontwikkelen. Daarop wees ook Willem Moolenaar in 2009. Het was, zo schreef hij, niet nodig om richtlijnen en indicatoren geheel op eigen kracht op te stellen. Een frappant detail daarbij is dat hijzelf van mening was dat richtlijnen en prestatie-indicatoren op zichzelf de zorg niet direct beter maakten.<sup>169</sup> Wat bij de multidisciplinaire richtlijnen was begonnen in een samenwerkingsverband tussen MDL-artsen en internisten, chirurgen, buitenlandse organisaties en anderen zoals verpleegkundigen, verbreedde zich tot patiënten en hun organisaties. Eén van die organisaties is ZonMw (Zorg Onderzoek Nederland en Medische Wetenschappen). Deze organisatie heeft een programma samengesteld voor de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Het gaat daarbij om in verhouding grote aantallen. Dat ook de MDL-artsen daarvan kunnen profiteren, en eraan meewerken, is een positieve ontwikkeling voor alle betrokkenen. Een en ander gebeurde in nauwe samenwerking met het CBO. Hoewel de resultaten aanleiding tot tevredenheid geven, zijn er anno 2012 nog wel een aantal 'verbeteringspunten' te benoemen. Zo is bijvoorbeeld nog nauwelijks onderzocht of de invoering van een richtlijn daadwerkelijk de

kwaliteit verbetert. Dat zou volgens Willem Moolenaar dus kunnen tegenvallen.<sup>170</sup> Hierdoor kán men de indruk krijgen dat ook de overheid had meegelisterd, want er viel volgens de overheid, ondanks alle inspanning, nog altijd zelfs veel te verbeteren.

## Nóg een kwaliteitsinstituut?

*Aan de kwaliteit in de zorg valt nog veel te verbeteren* (Kwaliteitsinstituut, 2012)<sup>171</sup>

Naast alle professionele voorzieningen die er inmiddels waren, kwam er in 2012 ook nog een door de overheid aangestuurd Kwaliteitsinstituut. Het was een bundeling van een aantal bestaande organisaties (zonder CBO en ZonMw). Het moest de ontwikkeling van professionele richtlijnen, standaarden en indicatoren stimuleren. Het was niet de bedoeling dat dit instituut de verantwoordelijkheid van de zorgverleners overnam. Dat er nog andere motieven waren, valt intussen bij de overheid wel te verwachten.<sup>172</sup> De minister beriep zich op het gebruikelijke standpunt dat er te weinig aandacht was voor doelmatigheid en verantwoording bij kwaliteit.<sup>173</sup> (Kwaliteit die ‘in overheidskringen’ voorheen altijd een financiële betekenis had.) Door de komst van het Kwaliteitsinstituut zou de kwaliteit sterk verbeteren. De patiënt moest voortaan het uitgangspunt bij de richtlijnen zijn, zijn wensen en zorgbehoefte. De wensen van de patiënt lijken voor het beoogde doel – de kosten beter in de hand te houden – toch niet direct de meest aangewezen weg. Denk daarbij alleen al eens aan nieuwe medicatie.

Hoewel de Orde in een eerder stadium weinig enthousiast leek over nog weer een nieuw instituut, beschreef de specialistenvereniging het nu als ‘een uitdaging voor en ondersteuning van ons eigen kwaliteitsbeleid’. Ook de keuze om de koepelvereniging van de zorgverzekeraars daarvoor in te schakelen, kon op haar goedkeuring rekenen.<sup>174</sup> Er is echter ook sprake van woede. Niet eens alleen vanwege de kosten van dat instituut en de eeuwige slogan ‘doelmatigheid’, maar vooral door de veronderstelde verantwoording van kwaliteit. Hoezo, verantwoorden van kwaliteit?

## Vier-, vijf-, zes- of negenjarige opleiding?

### Centraal College? 'Sukkels'

#### Dezelfde antwoorden op dezelfde vragen

- 1 'Uw vraag "moet worden overwogen het specialisme gastro-enterologie terug te brengen tot de inwendige geneeskunde en is de invoering van een aantekening voor gastro-enterologie wenselijk", moet ontkennend worden beantwoord.
- 2 Uw vraag: "Dient de duur van de opleiding verkort te worden van vijf naar vier jaar", dient eveneens ontkennend te worden beantwoord.<sup>175</sup>

Aldus schreef de secretaris van de Commissie Maagdarmartsen, Dick Schreuder, aan het Centraal College Medische Specialismen (kortweg ook wel CC of College genoemd). De datum doet er hier niet zoveel toe. De secretaris, inmiddels door de wol geveerd, had al vanaf 1973 de pogingen van zijn voorgangers voortgezet om dit College te overtuigen van hun bestaansrecht. Keer op keer stelde het College deze twee vragen in dezelfde bewoordingen, waarop de secretaris dan eveneens in dezelfde bewoordingen reageerde. De strategische keuze voor de oprichting van de NVGE bleek geen enkele invloed te hebben op de houding van het College. De dominantie binnen het bestuur lag bij de internisten, en ook dat veranderde voorlopig niet.

Over de onaangename wijze waarop het College zich tegenover de maagdarmartsen gedroeg, voldoet een verwijzing naar deel II. Er was niets veranderd en er veranderde niets. 'Het gevoelen' van het College was en bleef, dat de verdere afsplitsing van deelspecialismen binnen de interne geneeskunde een ontwikkeling was die niet mocht worden bevorderd, en voor gastro-enterologie gold dat al helemaal. De 'aantekening GE' die het College propageerde voor internisten in opleiding, was van een heel andere orde dan de kennis die nodig was om als maagdarmspecialist te kunnen worden geregistreerd.

#### Opleidingsduur: vier, vijf of zes jaar?

Achter de onderkoelde brieven aan het Centraal College schuilde een bron van irritatie bij de maagdarmartsen. In 1986 vroegen zij zich af in hoeverre er juridische mogelijkheden waren om 'die sukkels' terug te fluiten. Waarom kregen zij op hun brieven anders dan over het bovengenoemde standpunt maar zelden een antwoord?<sup>176</sup> Dat gold ook voor de brief waarin zij verscheidene argumenten hadden aangedragen om de opleiding tot zes jaar te *verlengen*. Dit verzoek was bovendien mede ondertekend door onder meer de cardiologen en de longartsen die wel een zesjarige opleiding hadden. Het maakte allemaal niets uit: 'uw argumentatie heeft echter het CC niet kunnen overtuigen.' Vooral nog bleef bij het College 'het gevoelen' dat vier jaar zou volstaan.<sup>177</sup> Dat 'gevoelen' van het College sloeg echter nergens op. Vier jaar ging sowieso niet door, omdat de Specialisten Registratie Commissie (SRC) minimaal een vijfjarige opleiding voorstond. Slechts één jaar later ging de wens van de maagdarmartsen toch in vervulling: een zesjarige opleiding. Dat kwam dus min of meer uit de lucht vallen, maar dit was niet te danken aan de vraag uit eigen gelederen. 'Europa' was zeker zo belangrijk.

In de praktijk was vijf jaar per slot van rekening volledig achterhaald, niet alleen bij gastro-enterologie maar ook bij andere specialismen. Vrijwel onopgemerkt was er een langere opleiding ingeslopen, assistenten bleken steeds meer tijd nodig te hebben. De zesjarige opleiding werd in 1988 voor de meeste opleidingen officieel. Groot was de verbazing van Schreuder en de zijnen, toen het College berichtte dat het al jaren een zesjarige opleiding wilde,



maar dat de overheid dit niet toestond. Het bezuinigingsbeleid van de overheid beleefde in deze jaren piek na piek en het was dan ook te verwachten dat de opleiding daarbij werd betrokken. De praktijk was echter niet meer terug te draaien, de zesjarige opleidingen bleven bestaan. Als de specialisten volhardden in hun eis, en dat deden zij, had dat consequenties voor het aantal opleidingsplaatsen. Dat gebeurde ook, want een en ander paste wonderwel in het vigerende overheidsbeleid van de specialisten- en beddenreducties.

## Onverwachte uitkomst

Het College bleef moeilijk te doorgronden. Jarenlang benadrukte het 'dat de duur van de opleiding de komende jaren opnieuw in studie zal worden genomen.' Ondanks zijn briefwisseling en houding tegenover de maagdarmartsen was daar later niets van terug te vinden in de diverse herziene opleidingseisen MDL. Hoeveel jaar gedurende die opleiding aan interne geneeskunde en aan MDL-ziekten moest worden besteed, was evenmin voor eens en altijd opgelost. In de jaren negentig gaven 'Europa' en het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen (die de Commissie verving) de voorkeur aan drie jaar interne en drie jaar gastro-enterologie, waarin óók de internisten zich konden vinden. Daarnaast waren er enkele variaties in omloop, zoals de negenjarige opleiding van de eerste golf internist-gastro-enterologen die zich later als MDL-artsen lieten omregistreren.

## Achilleshiel

Het Centraal College trok uiteindelijk aan het kortste eind, maar het was niet de enige organisatie die de wetenschappelijke en andere belangen van de MDL-artsen benadeelde. Ook bij andere organisaties ontmoetten zij tegenwerking. Groei was hier de beste remedie, want hun geringe aantal was de achilleshiel. Intern had dat gevolgen voor bijvoorbeeld de bemanning van de steeds verder uitbreidende commissies en taken. Behalve bij de NIV en het Centraal College was het 'klein-zijn' ook niet gunstig bij het overleg met koepelorganisaties. Zoals in vroegere jaren het geval was bij de LSV, waar dergelijke verenigingen het onderspit dolven ten gunste van de grote specialismen, die veel meer 'voor elkaar kregen'.<sup>178</sup> Of bij de grotere ziekenfondsen, waar kleinere verenigingen in de regel evenmin veel te vertellen hadden.

## Een negenjarige opleiding?

De maagdarmopleiding bleek in de praktijk, zoals vaker gebeurt, een geheel eigen route te volgen. Tot omstreeks 2000 was nog vrijwel iedere MDL-arts ook opgeleid als internist. Dat betekende een negenjarige opleiding (zes + drie). Daar kwam steeds meer kritiek op, onder meer van Stefan Meuwissen: 'Je kunt jonge mensen eigenlijk niet meer vragen negen jaar continu in opleiding te zijn.' Het Concilium Gastroenterologicum en het NGMDL vonden die negenjarige opleiding eveneens 'maatschappelijk achterhaald'.<sup>179</sup> De drie-plus-drie-opleiding tot MDL-arts was optimaal.<sup>180</sup> Toch waren er nog assistenten die de zes-plus-drie opleiding deden, maar dat kwam vooral door de lange wachttijden tijdens de opleiding. Voor promotieonderzoek waren er geen wachtlijsten, zodat zij via die weg wel een plaats konden krijgen. De Leidse hoogleraar Cock Lamers was een geval apart. Hij bleef tot zijn pensionering (in 2009) aan een volledige opleiding interne geneeskunde vasthouden.

In 2005 volgde een fundamentele herziening waarbij twee-plus-vier standaard werd. Dat bood ook meer mogelijkheid tot verdieping in een deelgebied.<sup>181</sup> Redelijk veel inhoudelijke herzieningen, beleidsplannen en rapporten zouden nog volgen. Dan vraag je je af of de daaraan voorafgaande beleidsplannen en maatregelen dan zo slecht waren. Sommige critici leken dat inderdaad te denken, hetgeen zeker vanaf eind jaren tachtig als een enigszins anachronistische gedachte mag worden bestempeld. Zo waren de herziene opleidingseisen in 1988 veel gedetailleerder en uitgebreider dan de daaraan voorafgaande in 1973.

Het herzieningsproces herhaalt zich tot op de dag van vandaag. Vaak waren en zijn dergelijke acties door 'Europa' of door wettelijke bepalingen in gang gezet. Het hoogtepunt hierin was het zogenaamde 'HOM-rapport' (Herstructurering Opleiding Maag-Darm-Leverziekten), met de ondertitel *Eindtermen voor de opleiding tot maag-darm-leverarts*. Voor de opleiding was dit een doorbraak naar een 'nieuw tijdperk'.

## Herstructurering opleiding: HOM-rapport<sup>182</sup>

### Doorbraken 2006: ook in de opleiding

Zonder iets af te willen doen aan de merites van de productieve en intensieve acties in het kader van de herstructurering van de opleiding vóór 2006, zou het besluit om dit opnieuw aan te pakken leiden naar een alom gewaardeerde uitkomst. Zoals eerder ter sprake kwam was 2006 het jaar van de doorbraken en daaronder viel ook het initiatief om de opleiding te herstructureren. Het bestuur van het NGMDL benoemde daartoe een commissie met als voorzitter Frits Nelis, die een jaar later een indrukwekkend, bijna 140 pagina's tellend boekwerk presenteerde, het rapport HOM. (Ter vergelijking: de nieuwe, mede op Europees niveau herziene opleidingseisen telden in 1988 slechts twee pagina's.) Als voorbeeld had het rapport gediend, dat de gynaecologen in 2005 onder het acroniem HOOG hadden uitgebracht. Frits Nelis had daar veel profijt van gehad, toch was zijn werk een prestatie van de eerste orde. Nelis: 'wij hebben er "keihard" aan gewerkt, maar het was ook erg leuk.' HOM was een doorbraak, waardoor de opleiding op een hoger plan is gebracht. In 2008 werd het ingevoerd.

Van zowel opleider als aios werd nu veel meer verwacht dan voorheen was beschreven. De opleider moest voortaan bijvoorbeeld meer gestructureerde aandacht geven aan zijn assistenten, met als trefwoorden observatie, feedback en

### Opleiding met breed spectrum

Het rapport 'Herstructurering Opleiding Maag-Darm-Leverziekten' geeft in bijna honderdveertig pagina's gespecificeerd aan wat een MDL-arts moet kennen en kunnen. De kernpunten uit de opleiding.

De nieuwe opleiding bevestigt dat MDL een belangrijk onderdeel is van de specialistische geneeskunde. Het is een basisspecialisme dat de meeste Nederlandse ziekenhuizen bieden. Het HOM-rapport onderbouwt dat met cijfers: ruim 13 procent van de mortaliteit en 17 procent van de ziekenhuisopnamen zijn het gevolg van een MDL-ziekte.

De opleiding omvat een tweejarige vooropleiding interne geneeskunde en een vierjarige vervolgopleiding in MDL-ziekten. De opzet is competentiegericht. De aios moet zich een groot aantal gespecificeerde competenties eigen maken. Daarvoor zijn achttien thema's ontwikkeld. De structuur bestaat uit een combinatie van modules en leren in de lijn.

De opleider geeft de aios gestructureerd aandacht in de vorm van observaties, feedback en coaching. Toetsing en beoordeling heeft plaats door:

- Voortgangsgesprekken: tijdens de vooropleiding gelden hiervoor de richtlijnen van de Nederlandsche Internisten Vereniging. Tijdens de vervolgopleiding MDL geldt: vier keer in het eerste jaar van de vervolgopleiding en daarna twee keer per jaar.
- Korte Praktijkbeoordelingen (KPB's) gedurende de gehele opleiding.
- OSATS (*Objective Structured Assessment of Technical Skills*) voor beoordeling van onder andere endoscopische verrichtingen gedurende de gehele opleiding.

Dit alles dient in een portfolio te worden bijgehouden.

Schriftelijke voortgangstoetsing wordt geadviseerd en is nog niet ingevoerd.

Communicatie en samenwerking zijn belangrijke onderdelen van de opleiding. MDL-artsen moeten in een breed teamverband kunnen werken: samenwerken binnen het eigen specialisme, met andere specialisten en andere werkers in de gezondheidszorg zoals huisartsen, psychologen, endoscopie-assistenten, diëtisten en fysiotherapeuten. Speciaal de relatie met internisten, internistische aandachtsgebieden alsook medische oncologie, chirurgen, intensivisten en (interventie)radiologen is hierbij van eminent belang.

Samenvatting HOM-rapport van Frits Nelis, dat in 2009 werd aangenomen als fundament voor de opleiding MDL. | Bron: MAGMA, 2009;15:7

*Vroeger: 'Dat is hartstikke fout, dat moet je niet meer doen.'*

*Nu: 'Je hebt een paar dingen goed gedaan, maar er zijn ook een aantal verbeterpunten.'*<sup>184</sup>

In die vroegere jaren waren er ook enkele meer 'democratische' opleiders. Stefan Meuwissen, opgeleid door Guido Tytgat: 'Je kon alles zeggen, maar als je iets fout zei, dan kreeg je alle literatuurverwijzingen over je heen.' 'Je leerde er alles'. 'Ook werden wij blootgesteld aan zijn colleges: 's morgens om 7.30 uur kregen we 60 tot 120 dia's over de meest uiteenlopende onderwerpen.'<sup>185</sup>

coaching. De aios moest zijn eigen ontwikkeling op schrift stellen en actief betrokken zijn bij zijn eigen 'leer- en groeimomenten'. Ten slotte zorgde het HOM-rapport voor meer duidelijkheid over aandachtsgebieden, waarover in voorgaande jaren in een andere context veel te doen was geweest. Het bleek dat de verdieping van het vak als het ware vroeg om aandachtsgebieden waarvoor een jaar moest worden uitgetrokken. Als aandachtsgebieden werden aangewezen: Hepatologie, Oncologie, Neuro-gastro-enterologie en motiliteit en Geavanceerde endoscopie. In het HOM-rapport, dat in zijn geheel online is te raadplegen, wordt dit verder uitgewerkt. De opleidingen in de vier aandachtsgebieden lagen niet voor het oprapen, waardoor niet overal een volledige opleiding mogelijk was. Dat trof ook het VUMC. 'Tot nu toe [2009] heeft slechts één aios van het VUMC een certificaat voor een aandachtsgebied bemachtigd', zei aios Marleen de Leest in een interview. Haar eerste oordeel over de nieuwe opleidingsstructuur was positief. De nieuwe opleidingsstructuur 'schept duidelijkheid en draagt veel bij aan de professionaliteit van het beroep. Omdat nu alles zwart op wit staat, weten opleider en aios precies wat er van hen wordt verwacht.' Naar enkele onderdelen moest nog eens kritisch worden gekeken. 'Wat goed is op papier, past niet altijd in de weerbarstige praktijk.'<sup>183</sup>

## Teaching on the run - HOM in het kort

Ook in de perifere opleidingsziekenhuizen waren opleiders en aios' druk bezig met de implementatie van de HOM. Zoals in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG, Amsterdam), waar opleiders daarvoor een cursus volgden. Gezien de almaar groeiende tijdsdruk, was er 'ooit' het boekje *Teaching on the run* verschenen met een samenvatting van het HOM-rapport. Het gaf handige tips en was 'heel nuttig om van het gevoel af te komen dat opleiden alleen maar tijd kost.'<sup>12</sup> In het OLVG is de opleider in dienstverband een half dagdeel per week vrijgesteld van patiëntenzorg, maar in het algemeen kost dat vaak wel meer tijd. Wat opvalt is dat opleiders, die in de loop der jaren het een en ander aan nieuwe regels hadden zien langskomen, zich in het belang van de opleiding steeds opnieuw ten volle inzetten.

## Na 2008

Ondanks alle inspanningen bleek ook na 2008 nog van tijd tot tijd dat er zaken waren die niet helemaal naar wens verliepen. Na de HOM volgde een frequente herziening van de opleiding, het HOM-rapport bleef echter het uitgangspunt. De opleiding en alles wat daarbij hoort lokte ook veel reacties uit. Hiernaast enkele koppen uit *Medisch Contact* die dit illustreren.

### 'Verbeterpunten'

Verbeterpunten bleven een vaste plaats innemen. Het gebeurde dat, terwijl de Kwaliteitsvisitatiecommissies de nieuwe eisen toepasten, de Medisch Specialistenregistratiecommissie (MSRC, de opvolger van de SRC) deze nog niet had ingevoerd. Dat was 'ontmoedigend' voor alle opleiders en visitatiecommissies.<sup>187</sup> Dit gevoegd bij de beantwoording van andere vragen uit de maatschappij namen de bijkomende werkzaamheden steeds verder toe.

### Wat kopt *Medisch Contact*?

'Onderwijsvernieuwing verdient draagvlak', 'Opleidingen in de etalage', 'Nieuwe opleiden biedt houvast', 'Portfolio: zinvol of betuttelend?', 'Competenties moet je leren, niet afvinken', 'Competentieprofiel kan veel compacter', 'Competentieonderwijs blijft haken', en in 2012: 'MSRC ontmoedigt onderwijsvernieuwing'.<sup>186</sup>

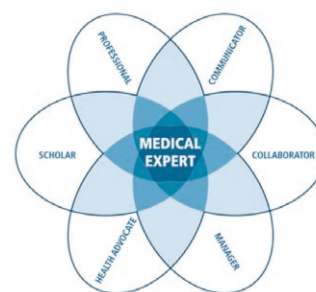


In het vakblad van de NVMDL worden ook opleidingsaspecten veelvuldig belicht. | Bron: MAGMA, 2008;14:73

## Teaching the teacher

Ook het assistent-zijn, met zijn coaching en bewapend met zijn al dan niet betuttelende portfolio, kreeg een andere benadering. Op de keper beschouwd is de aios in de huidige visie 'klant' van de opleiding. Hij mag/moet daarom ook de opleiding en opleiders beoordelen. Een en ander met onder meer het 'SETQ-systeem' (*Systematic Evaluation of Teaching Qualities*). Dat gaat ver: beschikt de opleider bijvoorbeeld wel over de zes competenties?<sup>188</sup> Daarmee nemen de opleiders ten slotte afstand van een langdurige situatie, toen alleen al de gedachte aan een beoordeling van de opleider geen goed idee was.

Er staat nóg een minstens even opvallende omslag in het denken aan te komen.



ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF CANADA | CANMEDS

Het CanMEDS-diagram met de zes competenties voor een goede specialist.

Bron: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada, [www.royalcollege.ca](http://www.royalcollege.ca)

## Een specialistenexamen???

Al in de negentiende eeuw was bij de wetgeving voor de artsenopleiding gesproken over een examen om de bevoegdheid van specialisten te garanderen. Dat viel niet in goede aarde. De artsenorganisatie vond dat een brevet van wantrouwen en het beroep onwaardig. Dit kwam echter steeds opnieuw ter sprake zodra ziekenfondswetgeving 'aanstaande was'. En dat was vaak. Tussen 1904 en 1966 werd een dergelijk wetsvoorstel zeventien keer ingediend (met het Ziekenfondsenbesluit in 1941 als tussenstap). In eerste instantie waren vooral de hoogleraren tegen een examen, en dientengevolge de (K)NMG. In 1921, met de invoering van het zogenaamde Academisch Statuut, zagen sommige specialistenverenigingen daarvoor een mogelijkheid. (De maagdarmartsen lieten zich daarover toen niet uit, zij hadden andere zaken aan het hoofd.) Velen vonden het echter 'niet gewenscht' dat de overheid die taak op zich nam. Nog weer tien jaar later ging ook de politiek zich ermee bemoeien, wat de artsen eveneens als een belediging opvatten. Na 1945 begonnen de ziekenfondsorganisaties nog te pas en te onpas over het examen, maar door hun toegenomen machtspositie hoefden zij dit niet meer zo nodig te verwezenlijken. En dan, voor velen toch nog onverwacht, komt ook hier Europa om de hoek kijken. In 2014 vervalt de huidige wijze waarop een specialist als zodanig wordt erkend. Dat wil zeggen in Nederland, want in andere landen reageerde men altijd al verbaasd op het Nederlandse systeem. Alle aankomende specialisten in Europa moeten voortaan een examen afleggen.

– En dan te bedenken dat dit gaat veranderen nu de tegenwoordige opleiding na jarenlange vernieuwingen en aanpassingen, zo goed als altijd de kwaliteit garandeert van welke medische specialist dan ook!

## Opleidingsziekenhuizen

Jarenlang was de opleiding tot MDL-arts alleen te volgen in de academische ziekenhuizen aangevuld met het perifere Sint Antonius Ziekenhuis. De gewenste groei van het aantal MDL-artsen had echter als neveneffect dat de opleidingen in de academische ziekenhuizen daaraan niet meer konden voldoen. In 2000 wees het bestuur van het NGMDL op dit steeds groter wordende probleem. De vraag naar MDL-artsen liep verder op en om dat op te lossen moesten er veel meer éénjarige perifere deelopleidingen komen, de zogenaamde B-opleidingen, later uitgebreid naar twee jaar. Klinieken waar drie of vier MDL-artsen werkten, konden hiervoor bevoegdheid krijgen.<sup>189</sup> Dat verliep zo voorspoedig dat in 2005 vijftig procent van de MDL-artsen-in-opleiding hun scholing ten dele in een perifeer ziekenhuis volgde. In 2009 pleitte de NVMDL (voorheen NGMDL) wegens het tekort aan MDL-artsen voor uitbreiding van de opleidingscapaciteit, die de minister (opnieuw) had begrensd.



Opleider Arnold Stronkhorst en aios Jennifer Wilbrink (Catharina Ziekenhuis, Eindhoven) vertellen over de opleidingsmogelijkheden in hun niet-academische ziekenhuis.  
Bron: MAGMA, 2008;14:79

Opleidingsziekenhuizen in 2013	
Ziekenhuis	Opleider
Alkmaar MC	M. Klemt-Kropp / *A.H.A.M. van Oijen
Amersfoort Meander MC	J.R. Vermeijden / *M.A. Brink
Amsterdam AMC	U.H.W. Beuers / *P. Fockens
Amsterdam Sint Lucas Andreas	P. Scholten / *P.C.F. Stokkers
Amsterdam OLV Gasthuis	L.C. Baak / *A.M. van Berkel
Amsterdam Slotervaart	A.C.T.M. Depla / *G.M.P. Houben
Amsterdam VUMC	R.A. de Vries / *A.A. van Bodegraven
Arnhem, Rijnstate	P.J. Wahab / *M.J.M. Groenen
Delft Reinier de Graaf Gasthuis	J.T. Brouwer / *C.J.M. Bolwerk
Den Haag Haga Ziekenhuis	J.J. Nicolai / *M.H.M.G. Houben
Den Haag MC Haaglanden	L.E. Perk / *N. Srivastava
Deventer Stichting Deventer Ziekenhuizen	F. ter Borg / *M.A. van Herwaarden
Dordrecht Albert Schweitzer	R.J. Beukers / *P. Honkoop
Eindhoven Catharina Ziekenhuis	A. Stronkhorst / *E.J. Schoon
Enschede Medisch Spectrum Twente	J.J. Kolkman / *M.G.V.M. Russel
Groningen UMC	J.H. Kleibeuker / *H.M. van Dullemen
Haarlem Kennemer Gasthuis	R.W.M. van der Hulst / *J.Ph. Kuijvenhoven
Heerlen Atrium Medisch Centrum	J.G. Goedhard / *L.E. Oostenbrug
's-Hertogenbosch Jeroen Bosch	I.P. van Munster / *D.L. Schipper
Leiden MC	R.A. Veenendaal / *B. van Hoek
Maastricht UMC	A.A.M. Masclee / *Y.C.A. Keulemans
Nieuwegein Sint Antonius	R. Timmer / *M.F.J. Stolk
Nijmegen UMC St. Radboud	J.P.H. Drenth / *M.C.A. Kouwen
Rotterdam UMC Erasmus	R.A. de Man / *C.J. van der Woude
Utrecht UMC	P.D. Siersema / *B. Oldenburg
Zwolle Isala Klinieken	M.A.C. Meijssen / *J. Vecht

\*Plaatsvervangend opleider

## Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen

Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen, kortweg het Capaciteitsorgaan, is circa tien jaar geleden opgericht door een groot aantal veldpartijen uit de zorg. Het Ministerie van VWS subsidieert de stichting. Een van de doelen van het orgaan is het opstellen van ramingen voor de opleidingscapaciteit van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen. Daarbij gaat het Capaciteitsorgaan uit van de te verwachten zorgbehoefte. Het Capaciteitsorgaan kent een plenair orgaan ofwel bestuur, kamers en werkgroepen. Die zijn samengesteld uit organisaties van medische en tandheelkundige beroepsgroepen, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen. Het plenair orgaan ziet toe op een methodisch verantwoorde werkwijze in de Kamers volgens een vastgesteld model voor de ramingen. De kamers en werkgroepen komen tot een inhoudelijk oordeel over de benodigde instroom in de opleidingen. In totaal buigen zo'n tachtig tot honderd deskundigen zich vier keer per jaar over uit te brengen adviezen.

Bron: MAGMA, 2008;14:76

## Europa: van grote invloed

'Europa' had (en heeft) grote invloed op alles wat met het specialist-zijn te maken had. Raamplannen, medisch handelen en toetsing daarvan door visitatie, registratie en herregistratie, opleidingsgarantie, duur opleiding, eindtermen, complicatieregistratie, om maar een deel te noemen, waren daarvan mede het gevolg. Dit was nodig om het beoogde doel, dat al in een verdrag was bekrachtigd, mogelijk te maken: de vrije uitwisseling van medici. In de jaren zeventig leek het erop dat dit 'binnenkort' zou ingaan. Otto ten Thije en Nico Hellemans uitten hun zorgen daarover, zij verwachtten 'een grote toevloed'. Zover was het echter nog lang niet. Niet alleen Nederlandse specialisten maar ook die uit een aantal andere landen waren weinig enthousiast over de mogelijke consequenties. Door die weerstand trad het verdrag voorlopig niet in werking, maar dat wist men toen natuurlijk niet. Dat het zou komen, stond wel vast. Nederland voldeed eind jaren negentig aan alle eisen van de Europese richtlijn. Veel buitenlandse MDL-artsen waren nog niet zover; van concurrentie viel voorlopig niets te vrezen. De indeling en duur van de opleiding varieerde zo ongeveer van land tot land. Nederlandse specialisten hadden niet alleen weinig vertrouwen in medici uit bepaalde landen, zij hadden ook geen vertrouwen in het diploma. De 'eindtermen' van de opleidingen wisselden daarvoor te sterk. Zo mochten Italiaanse MDL-artsen zelfs *zonder* endoscopie-ervaring als MDL-arts aan het werk! Terwijl zijn Nederlandse collega juist grote waarde hechtte aan een intensieve training daarin. Om de opleidingen te harmoniseren moest er eerst een hele reeks kwaliteitswaarborgen worden ingevoerd. Erg vlot verliep dat niet; eind jaren negentig waren er nog steeds 'enorm grote verschillen tussen de Europese landen'. Soms was er eerst een 'cultuuromslag' voor nodig. Officieel konden de specialisten zich sinds de jaren negentig overall vestigen, maar omdat men nog steeds een niveauverschil zag, werd hen dat wel heel moeilijk gemaakt. Voeg daarbij de verplichte taaltoets, waarbij Nederlands een moeilijke taal bleek, en Otto ten Thije en Nico Hellemans hadden zich, voorlopig tenminste, voor niets bezorgd gemaakt. 'Je moet over veel energie beschikken en sterk gemotiveerd zijn', schreef Reinhold Stockbrügger in 1998. Een 'gemeenschappelijke opleiding' zou er nog niet komen.<sup>190</sup> Wel kwam er na de 'europeanisering' van de Oostbloklanden een EUMS-diploma Gastro-enterologie (1998), die de registratie van de desbetreffende MDL-artsen bekrachtigde. Een heel andere ontwikkeling was weggelegd voor Europese organisaties zoals UEG, waarover al in hoofdstuk 18 was te lezen, en de *European Union of Medical Specialists* (EUMS). Deze wetenschappelijk hoog gekwalificeerde organisaties kregen mede door hun kwaliteit én het platform dat zij boden, steeds meer invloed.<sup>191</sup>

Dat 'Europa' al zolang zo'n grote invloed had op het handelen van de medische beroepsgroepen en hun organisaties, realiseren veel MDL-artsen zich waarschijnlijk niet. In eerste instantie verliep dat ook meer via-via (zoals de KNMG, de Landelijke Specialisten Vereniging en het Centraal College). De uitwerking van de Europese regulering vroeg veel inzet, initiatieven én optimisme. Tot begin jaren negentig was het niet direct een 'aandachtspunt' voor specialisten. Mede door organisaties als de UEG werden de Europese activiteiten steeds meer gewaardeerd.

## De lever

### Leverpatiënt: naar een maagdarmarts of een internist?

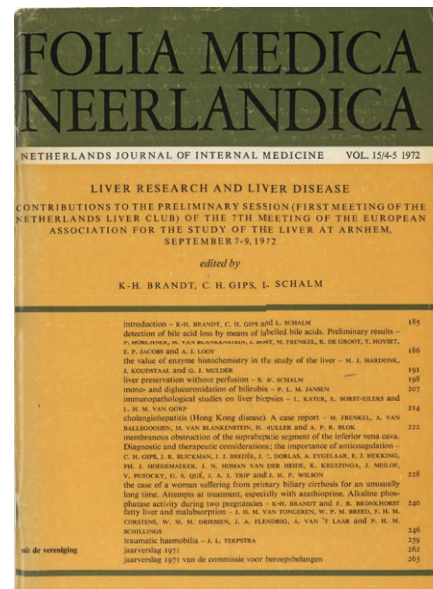
**Dat de internisten een heel andere kijk op het maagdarmspecialisme hadden dan de maagdarmartsen zelf, is in deze publicatie al vaker aan de orde geweest. Die controversie is nooit helemaal verdwenen, al werd het minder. Omdat de lever bij zowel de spijsvertering als stofwisselingsproblemen een belangrijke functie heeft, zou het pad van de twee specialismen zich daar kunnen kruisen. Nu deed zich bij de hepatologie een opmerkelijk feit voor. Stofwisselingsziekten – en dientengevolge de stofwisseling in de lever – waren jarenlang een door de SRC in 1932 erkend terrein van de maagdarmarts. Zo was één van de oprichters van de Vereniging van Nederlandsche Maag-Darm-Artsen (1913), dr. J. Schrijver, specialist in maag-, darm- en stofwisselingsziekten. Spijsvertering en ingewandsziekten waren destijds eveneens een mogelijkheid voor specialisatie, er was zelfs een enkele specialist in stofwisselingsziekten. Een dergelijke specialist was echter geen maagdarmarts.**

Die situatie bleef voorlopig bestaan, want de SRC had in 1931 en opnieuw in 1947 en 1959 Maag-, Darm- en Stofwisselingsziekten als specialisme erkend. In principe zou dat ook de hepatologie kunnen zijn, maar zoals in hoofdstuk 14 over dr. L. Schalm is beschreven, gebeurde er nog niet zo veel op dit gebied. De maagdarmartsen waren daarin nog helemaal niet geïnteresseerd. Wellicht speelde hier ook mee dat de endoscopie zich zo stormachtig ontwikkelde. Maagdarmarts Nico Hellemans had al begin jaren zestig te kennen gegeven dat stofwisselingsziekten, inclusief leverziekten, niet bij zijn specialisme hoorden. Enkele jaren later noemde Hellemans de lever niet eens in zijn overzicht van de aandoeningen op zijn vakgebied. In 1968 maakte het Centraal College deze situatie officieel. Overigens bleef in veel andere landen deze combinatie wel bestaan. Veel internisten zouden in de komende jaren zich vooral met de lever gaan bezighouden. Met de komst van gastro-enterologen, zoals het maagdarmspecialisme gedurende enige tijd officieel werd genoemd, nam de belangstelling voor de lever onder de maagdarmartsen toe. Min of meer automatisch sloop toen de lever weer de wereld van de maagdarmartsen binnen.

Intussen was er door Schalm Sr. en zijn medewerkers het een en ander op dit gebied in gang gezet. Het ging nu vooral over de lever, dat volgens de internisten zo ongeveer het meest duidelijke onderdeel was van hun nogal eens betwiste vakgebied. In de praktijk leverde 'de lever' nog verrassend weinig problemen op tussen internisten en maagdarmartsen. Als er onderafdelingen waren voor gastro-enterologie en hepatologie, werkten deze meestal in goede harmonie samen. Dat kwam vooral omdat de maagdarmartsen zich begin jaren zeventig nog steeds vrijwel geheel afzijdig hielden. In de daarop volgende tijd vond er echter een zo volledige omwenteling plaats, dat de voorgangers die ontwikkeling nooit hadden kunnen bevroeden. Zo kwam het dat degenen die het pad effenden voor het uiteindelijke aandachtsgebied hepatologie, allemaal internist waren. Des te verrassender is het dan, dat toen dit vak uiteindelijk een erkend aandachtsgebied was geworden, de achtergrond van de hepatologen vaker bij de inmiddels als MDL-arts geregistreerde specialisten was te vinden dan bij de internisten.

### Nederlands eerste levercongres

In 1972 was Arnhem gastheer van het zevende congres van de *European Association for the Study of the Liver* (EASL, zie ook hoofdstuk 14)<sup>192</sup> Dit was



Voorzijde van *Folia Medica Neerlandica. The Netherlands Journal of Medicine*, met verslagen van de eerste bijeenkomst van de Nederlandse Leverclub (7th meeting of the European Association for the Study of the Liver) in Arnhem, 1972.

Bron: Privéarchief K.-H. Brandt

het eerste specifiek op de lever gerichte congres in Nederland. Het initiatief daarvoor ging uit van Schalm Sr., Karl Brandt en Chris Gips, de derde enthousiaste en daadkrachtige 'leverspecialist' in die jaren. Zij regelden zowel het programma als de sprekers. Alle daaruit voortkomende artikelen stonden in *The Netherlands Journal of Internal Medicine* v/h *Folia Medica Neerlandica*.<sup>193</sup> De EASL zou nog drie keer naar Nederland komen, in 1986 (Groningen, Chris Gips), in 2000 (Rotterdam, Solko Schalm) en in 2013 (Amsterdam, Ulrich Beuers).



## Een leverclub?

*'De Arnhemse EASL meeting staat voor mij als een monument in de geschiedenis van de Nederlandse hepatologie ...'*, schreef Chris Gips recent aan Karl Brandt.<sup>194</sup> Omdat er over een 'leverclub' was gesproken, leek die te bestaan, maar dat was niet zo; een 'second meeting' bleef uit. De belangstelling nam de daarop volgende jaren wel sterk toe; er verschenen



Chris Gips was in zijn jonge jaren zeer actief in de oprichting van de NVH en bij de contacten met de EASL. | Bron: Privéarchief C.H. Gips

opvallend veel Nederlandse internisten bij de jaarlijkse EASL-congressen.<sup>195</sup> Leveraandoeningen vroegen om een multidisciplinaire benadering en kregen dat nu ook. Geïnteresseerden van diverse pluimage hielden zich er al mee bezig. Ook de relatie met de NVGE leek positief; in 1974 meldde haar secretaris dat de 'leverclub' reeds van zich heeft laten horen door een groot en goed verzorgd programma op de najaarsvergadering te organiseren.<sup>196</sup> Karl Brandt had daaraan toegevoegd dat tijdens deze bijeenkomst tevens 'de oprichting van de Nederlandse Leverclub zijn beslag zal kunnen krijgen.'<sup>197</sup> Hij en Chris Gips hadden van hun buitenlandse contacten geleerd dat het noodzakelijk was om tot een bundeling van krachten te komen. Het beleid van de EASL gaf daarbij de doorslag. Deze regelde sommige zaken alleen als een land formeel was aangesloten, waarschuwde een Deense collega Chris Gips. Gezamenlijk besloten zij toen tot de oprichting van een 'leverclub'. Dat lukte echter niet direct. Er doemden nog een aantal problemen op, waardoor het in 1974 niet verder kwam dan een 'Voorbereidingscommissie Nederlandse Leverclub'.<sup>198</sup>

## Hepatologie als een zelfstandige vereniging?

De weg naar de oprichting van die leverclub zat vol voetangels en klemmen. Binnen het nog vrij kleine groepje actieve hepatologen dacht men verschillend over de status die deze vereniging moest krijgen. Het kostte veel tijd om daarover overeenstemming te bereiken. 'Iedereen' was het ermee eens dat er behoefte was aan een eigen gezicht naar buiten, alleen 'de situering van de NVH ten opzichte van de NVGE' moest nog worden vastgesteld.<sup>199</sup> Dit was terug te voeren op de vraag of de nieuwe vereniging binnen of buiten de NVGE moest komen. De verwarring daarover was alom, sommige voorstanders van de NVGE-versie werden hierdoor vervolgens tegenstanders en vice versa.

In eerste instantie kon iedereen, inclusief Chris Gips, de 'gezworen' voorstander van een zelfstandige vereniging, 'met de gedachte' [meegaan] te komen tot een sectie "hepatologie" in het kader van de NVGE, zo valt op te maken uit een brief van Karl Brandt aan Johan Sebus in 1976. 'Ik geloof dat het inderdaad onverstandig zou zijn om geheel los van de Vereniging voor Gastro-enterologie te opereren.' Dat beaamden ook de andere erbij betrokken hepatologen, Karl Brandt, Gerard van Berge Henegouwen, Rob Grijm, Solko Schalm (Jr.) en Paul Wilson. De wens om ook 'niet-clinici' erbij te betrekken maakte het nog ingewikkelder.<sup>200</sup> Niet veel later bleek echter dat er 'huiverigheid [zou] bestaan onder hepatofiele basisvakkers' om toe te treden tot een specialistenvereniging. Zij hadden 'weinig zin om lid te worden van de NVGE'.<sup>201</sup> De vraag of een 'afscheiding' per se noodzakelijk was, was diverse keren reden voor onderling overleg. Na een intensieve correspondentie en verwijzingen naar de situatie in de VS en Denemarken, waar sprake was van zelfstandige verenigingen, viel de keuze eind 1976 toch op een zelfstandige vereniging.



## Betrokkenheid van de NVGE

Afgezien van de eerste berichten in 1974 tenderden de betrokken hepatologen tot 1976 in de richting van behoud van eenheid. Hun klacht was dat niet eens was gevraagd om één van hen in het NVGE-bestuur op te nemen. Als de NVGE de hepatologie 'zo hoog in het vaandel had staan', waarom had zij daarvan dan geen blijk gegeven? Bijvoorbeeld met een bestuurszetel?<sup>202</sup> Deze kritiek getuigde echter meer van onkunde over de gang van zaken binnen de NVGE, dan op de houding van de NVGE tegenover de hepatologen. Het ging hier gewoon om gebruikelijk beleid: zolang er geen sectie of andere formele groepering 'hepatologie' bestond, zat er ook geen hepatoloog in het bestuur. Er was bovendien wel degelijk het een en ander gedaan om de hepatologen binnenboord te houden. De NVGE had ook 'concessies' gedaan, maar haar voorstel om de NVH als volledig zelfstandige vereniging te laten aansluiten, werd terzijde geschoven. In 1976 verzocht voorzitter Otto ten Thije Karl Brandt nogmaals een en ander te overwegen en hun verlangens en voorwaarden aan de NVGE voor te leggen. De hepatologen begrepen wel degelijk dat de maagdarmartsen dit geen positieve ontwikkeling vonden, zij waren zelf ook allemaal actief (geweest) in de NVGE. Karl Brandt:

'Wij dachten door bundeling van klinische en poliklinische werkers in den lande een goede zaak te dienen. In plaats van 'uitholling' van de NVGE kan juist de hepatologische inbreng van de NVGE worden opgevoerd. Hiermee moge duidelijk blijken [dat] het niet onze bedoeling is om [...] polarisatie op te wekken, wèl om ook in het belang van de NVGE, de hepatologie in Nederland meer reliëf te geven.'<sup>203</sup>

## De NVH

Nadat op 30 september 1977 'na rijp beraad' de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie (NVH) was opgericht, bleek zij in een duidelijke behoefte te voorzien. Binnen drie maanden en nog voor de eerste vergadering, hadden zich over de honderd leden aangemeld. Toch bleef het de daarop volgende jaren wat stil rond deze organisatie. Afgaande op andere bronnen lijkt het alsof de NVH die eerste jaren een enigszins slaperig bestaan leidde. Zo hier en daar wordt er ook gerefereerd aan een 'stoffig imago', maar vanuit wetenschappelijk perspectief was er toch redelijk veel activiteit. De doelstelling van de NVH is, kort samengevat, de kennis van lever en galwegen vergroten en het onderzoek daarnaar bevorderen.

Er waren twee 'hoofdstromen': de basale en de klinische hepatologie. Deze zijn er bij andere specialismen ook, maar voor de hepatologen was dit een extra punt van aandacht. Net als de NVGE was de NVH een soort 'verzamelplaats' voor allerlei groeperingen die bij de lever betrokken waren, inclusief twee secties. Op den duur waren er echter zoveel stichtingen, verenigingen, plaatselijke acties en kenniscentra buiten de NVH, NGMDL en NVGE om, dat verwarring niet was uit te sluiten. Bovendien drong zich de vraag op of die vele 'losse' activiteiten wel zo efficiënt waren. In 1990 bleek dat onderzoekers inderdaad 'langs elkaar heen werkten', men was niet goed op de hoogte van elkaars onderzoek en de resultaten daarvan. Eén ding was zeker, de belangstelling voor 'de lever' – en voor hepatitis in het bijzonder – nam alleen maar toe. Dat was ook hard nodig, want in voorgaande jaren was dit min of meer altijd 'huisartsenwerk' geweest, buiten een enkel centrum om. Tegenwoordig staat hepatitis bekend als de wereldwijd meest voorkomende leverziekte. Hepatitis is *hot*, concludeerde maag-darm-leverarts Philip Friederich dan ook in 2011.<sup>204</sup>



Uitreiking van de Young Hepatologist Award 2012 door NVH-voorzitter Ulrich Beuers aan Ad van der Meer, klinisch onderzoeker van de afdeling MDL-ziekten, Erasmus MC.

Bron: LEVER, Nieuwsblad van de NVH, 2013;37:15

## Focus op eigen onderzoek

Geen oog hebben voor onderzoek buiten de eigen setting was niet erg efficiënt en kon de financiering van het onderzoek belemmeren. De tweedeling die er bestond in basale en klinische leverwerkgroepen bevorderde dat nog eens extra. De hoogleraren Gerard van Berge Henegouwen (Utrecht) en Guido Tytgat (Amsterdam) maakten zich daar zorgen over. Zij stelden voor een onderzoeksschool 'Spijsvertering en Metabolisme' op te richten. Dat zou veel van deze problemen kunnen oplossen, schreven zij aan de voorzitters van de NVGE en de NVH. De zorg bleek algemeen. Beide voorzitters, respectievelijk Stefan Meuwissen en Paul Wilson, vonden 'ons vakgebied' ook erg versnipperd. Een eerste stap was de inventarisatie van wat er allemaal gaande was in het land. De 'onderzoeksschool' kwam er, maar of daarmee ultieme duidelijkheid ontstond?

## Verwarring alom

De vele centra, verenigingen, stichtingen en werkgroepen die erbij kwamen, maakten vervolgens het overzicht weer meer diffuus. Er kwamen onderzoekscentra in verschillende academische centra, diverse patiëntenverenigingen, Leverwerkgroepen en bijvoorbeeld het Centrum (later Tytgat Instituut) voor Lever en Darmonderzoek (CLDO) in Amsterdam (AMC). Rotterdam had al in de loop van de jaren tachtig een stevige positie voor 'de lever' veroverd. In 1985 was de Rotterdamse Leverstichting opgericht (later SLO genoemd) voor zowel klinisch als basaal wetenschappelijk onderzoek. Dit was vooral te danken aan het gefortuneerde 'netwerk' van Solko Schalm, dat ook zijn bijzondere leerstoel Leverziekten financierde. Aanvankelijk werd hem dit vanuit de faculteit niet gegund. Door knap wetenschappelijk werk en de oprichting van de levertransplantatiegroep kreeg Rotterdam in 1987 de status die het verdiende.

## Groeiende aandacht voor de lever

Voorheen schonk men in de academische opleiding tot internist weinig aandacht aan 'de lever'. Van 'oudsher' gold dat vooral in Groningen, waar de desbetreffende hoogleraar geen aandacht wilde besteden aan hepatologie. Anderen namen dit over. In 1970 werd in Groningen de internist en latere hoogleraar Willy Que benoemd tot lector in de Inwendige geneeskunde, in het bijzonder de leverziekten. Het was de eerste leerstoel leverziekten in Nederland. Willy Que werkte toen al samen met Chris Gips. Vooral Chris Gips gaf vorm aan het onderzoek op het gebied van leverziekten. Daaruit vloeide de start van de levertransplantatie voort.

## De NWO Leverwerkgemeenschap, leverwerkgroepen

Wat begonnen was met de FUNGO-werkgroep Lever, maakte plaats voor de NWO Leverwerkgemeenschap (NWO staat voor Nederlandse Organisatie Wetenschappelijk Onderzoek.) In 2001 werd dit overgeheveld naar ZonMw, een publieke organisatie die eveneens onderzoek financiert, maar ook het gebruik van kennis stimuleert ter verbetering van de zorg en gezondheid.<sup>205</sup> Die laatste toevoeging was nieuw; deze organisatie wil met gebruikmaking van de kennis ook de resultaten onderzoeken en zo de zorg verbeteren. Allemaal kregen zij subsidie van de overheid, die echter jaar na jaar kariger werd.

## Interactie basale en klinische hepatologen

In de NHV bepaalde de basale hepatologie in eerste instantie het gezicht van de hepatologie; basaal onderzoek was het terrein 'waar het gebeurde'. Nadat de therapeutische mogelijkheden sterk waren toegenomen, begon ook de klinische hepatologie aan een niet te stuiten opmars. Omdat dit toch twee heel verschillende disciplines zijn, streefde en streeft de NVH ernaar de interactie tussen basale onderzoekers en klinisch werkende hepatologen te bevorderen. Die interactie bleef echter een hardnekkig probleem. In 1996 besloot de NVH mede daarom een sectie Basale Hepatologie en een sectie Klinische Hepatologie in te stellen.

Daaraan was een 'bijzondere bijeenkomst' voorafgegaan, georganiseerd door de NVH en de NWO Leverwerk-

gemeenschap Het doel was een 'betere profilering' van de basale en klinische hepatologie te krijgen én om de betrokkenheid van de leden te vergroten. Tijdens deze bijeenkomst werd een zestal nieuwe, door de NWO gesubsidieerde projecten gepresenteerd. Het middagprogramma stond geheel in het teken van het 'zeer actuele onderwerp *gene therapy*'.<sup>206</sup> Toch bleef daarna de interactie tussen basale research en klinische ziekteprocessen voor verbetering vatbaar. Gerard van Berge Henegouwen wees er in 2005 in zijn afscheidsrede op dat er zeker wat was bereikt. Uitgebreid naar het hele MDL-terrein zag het er eigenlijk wel goed uit. Dit blijkt uit een overzicht in *MAGMA* van de lopende basale academische researchprogramma's.<sup>207</sup> Op MDL-gebied waren er echter bijna geen kandidaten voor het hoogleraarschap hepatologie die over zowel een brede klinische als een goede basale onderzoekservaring beschikten. Harry Janssen (Erasmus MC), die zich inzette voor die brede ervaring, vertrok eind 2012 naar Toronto: 'die aanbieding uit Toronto kon ik niet weigeren.' Daar was de grootste levergroep van Noord-Amerika met veel expertise op zijn vakgebied.<sup>208</sup> Er is in 2012 echter ook hoop in Nederland, in Amsterdam (AMC) met Ulrich Beuers als hoogleraar en nieuwe mogelijkheden door vacatures.

Hoogleraren Hepatologie		
Amsterdam AMC	Peter Jansen, 2002-2011	Ulrich Beuers
Amsterdam VUmc	Geen aparte hoogleraar	
Groningen	Chris Gips 1979-1994	vacature
Leiden	Bart van Hoek 2005	
Nijmegen	Geen aparte hoogleraar	
Rotterdam	Solko Schalm 1984	Harry Janssen 2007-2012
Utrecht	Jan van Hattum, 2001-2004	
Maastricht	Geen aparte hoogleraar	

Bron: Archief NVH

## Andere activiteiten van de NVH

Het wetenschappelijke karakter van de NVH berust op een aantal activiteiten. Vanaf haar oprichting organiseert zij samen met de NVGE een jaarlijkse wetenschappelijke vergadering. Daarnaast verzorgt zij onder meer voor toekomstige MDL-artsen en andere belangstellenden het cursorische onderwijs in klinische hepatologie. Van tijd tot tijd zijn er nog andere wetenschappelijke bijeenkomsten. Dit draagt op het eerste gezicht weinig bij aan de verwezenlijking van de doelstelling van de vereniging. Zonder zelf primair 'wetenschappelijk bezig te zijn', groeide zij echter in haar rol als koepelorganisatie uit tot een platform voor onderzoek en kennis van de hepatologie in al haar schakeringen. Dat betekende concreet een actieve bemoeienis bij de coördinatie van initiatieven, de oprichting van werkgroepen, een proefschriftcentrale en een onderzoekbeurs voor een verdere verdieping van het klinisch onderzoek. Vanuit datzelfde gedachtegoed was zij mede-initiatiefnemer voor de oprichting van het Nationaal Hepatitis Centrum in 1995.

De kracht van de NVH in de jaren negentig en daarna zat in haar vermogen dergelijke activiteiten te benoemen, te combineren en van tijd tot tijd (mede) te organiseren. De *Dutch Liver Week* is daarvan een voorbeeld. Die week is bestemd voor iedere specialist die zich met de lever bezighoudt, en dat zijn er nogal wat. Samen



Uitnodiging voor de Dutch Liver Week 2013.

Bron: Archief NVH

met de Werkgroep Leverchirurgie en later nog met het Nationaal Hepatitis Centrum, organiseerde de NVH in 2009 de eerste ‘leverweek’. De praktijk wees uit dat steeds meer MDL-artsen, internisten en chirurgen zelf abdominale echografieën wilden verrichten. Daarop anticiperend stond een tweedaagse ‘instapcursus abdominale echografie’ op het programma. MDL-arts Rob de Knecht leverde enthousiast commentaar op de werkwijze en het aanbod<sup>209</sup>: ‘De DLW leverde een buitengewoon boeiende week op met een bijzonder programma, dankzij de uitgebreide leverexpertise die in Nederland voorhanden is.’ De reacties van de deelnemers op de ‘leverweken’ in 2011 en 2012 waren eveneens positief, mede omdat alle belangrijke ziektebeelden in de hepatologie ter sprake kwamen. De scholing abdominale echografie was en bleef een ‘topper’ in dit jaarlijkse evenement.<sup>210</sup>

## Het gaat goed met de NVH en haar Nieuwsbrief

De bestuurders van de vereniging waren tevreden. ‘Het gaat goed met de NVH’, schreef de secretaris in 2004. ‘Er is binnen de MDL-ziekten steeds meer interesse in de hepatologie en binnenkort zullen de eerste MDL-artsen officieel het certificaat van het aandachtsgebied hepatologie gaan behalen.’ Nieuwe ontwikkelingen ‘zijn er voldoende binnen onze vereniging’, zoals de instelling van werkgroepen om het klinisch onderzoek in Nederland verder te stimuleren. In haar zevende lustrumjaar bleek dat de vereniging de ‘afgelopen jaren een sterke financiële basis [heeft] gelegd, waarmee we met vertrouwen de toekomst tegemoet’ kunnen zien. Nog steeds was echter de stimulering van de basale belangstelling van klinici en de klinische belangstelling van ‘basalen’ een belangrijk punt van aandacht.

Ten slotte voegde ook de Nieuwsbrief zich bij de ‘voortuitgang’. ‘Uw nieuwsblad LEVER’ groeide zelfs ‘vrolijk met de NVH mee’. Het was omvangrijker geworden en was behalve voor de gebruikelijke aankondigingen, verslagen en een levercasus, bedoeld als medium voor actuele discussies. En ‘buitenstaanders maar denken dat het een saai en in zichzelf gekeerd clubje was.’<sup>211</sup>

Aantal leden NVH 1996-2013	
1996	211
1997	248
1998	280
1999	291
2000	299
2001	309
2002	302
2003	344
2004	366
2011	532
2013	584 (?)

Bron: Jaarverslagen NVH



Het voltallige bestuur van de NVH in 2012 in de Koningshof te Veldhoven. Van links naar rechts: Rob de Knecht, Harry Janssen, Klaas Nico Faber, Coen Paulusma, Saskia van Mil, Akin Inderson, Ger Koek, Hans Brouwer, Steven Olde Damink en Joost Drenth. | Foto: Eric Borghs, bron: Archief NVH

## Virologen, aids, anti-virale middelen en de NVH en NVMDL

Nadat in 1982 het eerste slachtoffer met aids in het AMC was opgenomen en overleden, kwam er een ongekend grote beweging op gang, die zijn weerga niet kent in de Nederlandse medische geschiedenis.<sup>212</sup> Een particulier initiatief, met bekende namen als Roel Coutinho, wist deze ziekte in korte tijd onder de algemene aandacht te brengen. Al in 1984 startten de Amsterdammers een cohortonderzoek. Dit werd een rijke wetenschappelijke (inter)nationale bron, uitmondend in tientallen proefschriften en honderden artikelen. Het landelijk coördinatieteam, dat in 1987 werd opgericht, wist ambtenaren en politici naar zijn hand te zetten. Er werden vrijwel geen financiële barrières opgeworpen voor de financiering van de onderzoeken. Het eerste anti-virale middel dat in 1987 op de markt kwam, bleek echter een teleurstelling. Vanaf begin jaren 1990 kwam er betere medicatie. Het royale overheidsbeleid is te verklaren uit angst voor discriminatie van de doelgroep. Haar eigenlijke taak – behartiging van het algemeen belang – verschoof zij daarmee naar de tweede plaats. En de initiatiefnemers? Zij keken later met verbazing terug op het gevoerde beleid. Een mede-effect was dat virologen daarmee hun plaats in de geneeskunde hadden veroverd, waarbij zij vervolgens weer met de maag-darm-leverartsen in contact kwamen. De NVH profiteert nog steeds van de financiële voordelen die het aids-beleid opleverde.

Virologen kregen zo'n bekendheid dat het bijna jaloersmakend was voor de vertegenwoordigers van die specialismen waarbij dat maar niet lukte, zoals de gastro-enterologen. Virologen beperken zich niet tot aids, op allerlei gebied duiken zij op. Bij de behandeling van virale hepatitis hebben zij met hun laboratoriumonderzoek veel contact met hepatologen. De patiënten met hepatitis profiteerden het meest door de steeds betere anti-virale middelen die er kwamen.

## Maag-darm-leverartsen en hun 'l'

### Bij wie hoort de 'l' nu eigenlijk?

De lever wist een aantal decennia maar weinig belangstelling te wekken bij de maag-darmartsen. Door de belangstelling voor virale hepatitis die in de jaren negentig ontstond, kreeg de klinische hepatologie voor hen meer inhoud. Dat ging echter niet van de ene dag op de andere. In de voorafgaande jaren was het nog zo goed als vanzelfsprekend dat de hepatoloog een internist was. In de academische opleiding viel hepatologie meestal onder Interne en dat veranderde voorlopig niet. Hoogleraren Hepatologie waren er vrijwel niet (zie desbetreffende lijst). Er heersten derhalve zo hier en daar 'archaïsche' toestanden. In 2010 attendeerde Harry Janssen onder de prikkelende titel 'MDL-arts of MD-arts', de lezers van MAGMA erop dat er opleidingen waren waar men weinig oog had voor hepatologie. Op sommige universiteiten zaten opleiders die wel heel weinig prioriteit toekenden aan met name virale hepatitis. Dat lieten zij over aan de internisten.<sup>213</sup> Aan de internisten? In 2010? Helemaal onomstreden was die 'l' dus nog niet. Voor MDL-artsen zoals secretaris Adriaan Tan moet dat een doorn in het oog zijn geweest, voor hem was de toevoeging 'lever' vanzelfsprekend. Vier jaar eerder was hij nog veel positiever: 'De hepatologie blijft stevig verankerd binnen de MDL'. Hij refereerde hierbij aan het concept beleidsplan 2006-2010.<sup>214</sup>



LEVER, het Nieuwsblad van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie, vervult een buitengewoon belangrijke rol voor de informatie van de leden (Redactie: L.C. Baak, M.J. Coenraad, S.C. van IJzendoorn, S.W.C. van Mil en M.J. van Gijtenbeek).

## Maag-darm-leverarts

De lever – en dan ging het vooral over hepatitis – was MDL-terrein. Als een MDL-arts daarbij problemen ondervond, stond zijn Genootschap volledig achter hem. ‘Het hoort bij óns vak en niet bij de internist. Wij zijn de primaire behandelaar bij chronische hepatitis B of C. Bij ernstige complicaties kan alleen een MDL-arts met zijn optimale kennis van leverziekten de juiste behandeling geven.’<sup>215</sup>

Het ging niet slechts om incidenten. In de jaren 2004-2006 was het behoorlijk onrustig in ‘Leverland’, zo schreef Harry Janssen. ‘De belangstelling die internisten, infectiologen en HIV-behandelaars hebben voor de behandeling van chronische virale hepatitis B en C, is groot.’ Virale hepatitis was voor iedere onderzoeker – zo lijkt het – dermate interessant, dat het NGMDL zijn ‘L-terrein keer op keer moest verdedigen. Maar de situatie was wel veranderd; zij konden zo nodig rekenen op steun van de NVH. ‘Ook de NVH staat achter de ‘L’ in MDL.’<sup>216</sup> Sterker nog, uit de capaciteitsenquête van de beroepsvereniging van de MDL-artsen bleek in 2010 dat meer dan *negentig procent* van de geënquêteerde vakgroepen zowel de hepatologie als de virale hepatitis als integraal onderdeel van het MDL-vakgebied ziet.<sup>217</sup> Het belangrijkste probleem was dat er een groot tekort was aan MDL-artsen met als aandachtsgebied hepatologie. In 2010 luidde de NVH daarover ‘de noodklok’, en over de effecten die dit had voor de hepatologische zorg.<sup>218</sup>

Het kan nog meer verkeren. In 2012, niet eens zoveel later, schreef de voorzitter van de NVMDL Ernst Kuipers, dat niet alleen het aantal MDL-artsen bleef groeien, maar dat dit ook gold voor hun werkgebied. ‘Daarbij zijn we echter nog steeds geneigd allemaal alles te willen doen, ondanks meer collega’s, meer pathologie en meer mogelijkheden.’ Hij was het met die neiging niet eens: er blijft sprake van een aanhoudend tekort en het werk blijft toenemen, men denke aan bijvoorbeeld de darmkankerscreening en de oncologie.<sup>219</sup>



---

Aankondiging van The International Liver Congress in 2013 in Amsterdam. Na de eerste keer in 1972 (Arnhem, Schalm Sr.), zou de EASL nog drie keer naar Nederland komen: in 1986 (Groningen, Chris Gips), in 2000 (Rotterdam, Solko Schalm) en in 2013 (Amsterdam, Ulrich Beuers). | Bron: EASL

## Omslag in het denken over patiënten: patiëntenverenigingen

Onder patiënten groeide de behoefte aan een instelling die voor hun specifieke belangen opkwam en tevens een baken kon zijn voor vragen over hun ziekte. De eerste patiëntenvereniging die daaraan voldeed, was de **Nederlandsche Vereeniging van Suikerzieken (nu Diabetes Vereniging Nederland), opgericht in 1945.**<sup>220</sup> Het initiatief daartoe was voor een groot deel te danken aan de diabetesspecialist F. Gerritzen, die zich ook sterk maakte voor de uitzending van diabetespatiëntjes naar zomerkampen. (In die jaren 'hoorde' diabetes nog bij de maagdarmarts.) Anders dan de naam wellicht doet vermoeden, werden patiëntenverenigingen meestal niet door patiënten opgericht, zeker niet in de pre-internetjaren. Patiëntenverenigingen brachten noodzakelijke 'verbeterpunten' aan het licht.

Ten tijde van de oprichting van de 'oervereniging' van de maagdarmartsen had een groot deel van de ziekenhuispatiënten niets te vertellen. Informatie over hun ziekte en duur van de opname kregen zij niet. In de jaren zestig veranderde dat onder invloed van de algemene rebellie tegen gezag en autoriteit, die deze jaren kenmerkten. Mede door de oprichting van belangenverenigingen voor patiënten verliep dit alles ongekend snel. Dat de patiënt mondig was geworden, blijkt ook uit de oprichting van de Algemene Nederlandse Vereniging 'Wacht u voor de arts'. Deze werd in 1973 door een patiënt opgericht en telde ook medici onder de leden.<sup>221</sup> De overheid speelde eveneens in op deze ontwikkelingen, alleen ging het bij haar in eerste instantie vooral om de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt.<sup>222</sup>

In voorgaande jaren was er over het wel en wee van patiënten, op enkele uitzonderingen na, weinig gedocumenteerd. Met de oprichting van patiëntenverenigingen kwamen er steeds meer patiënten aan het woord. Het bleef niet bij enkele verenigingen. Voor vrijwel iedere ziekte kwamen er patiëntenverenigingen, soms meer dan een. Inmiddels bestonden er al diverse andere patiëntenverenigingen, waarbij MDL-ziekten waren betrokken zoals coeliakie (1974), Crohn (1979), cystic fibrosis (1980) of voor mensen met een stoma (voorheen Harry Bacon club, 1967). Zie de websites van de diverse verenigingen of voor een compleet overzicht de Startpagina daarvoor. Deze patiëntenverenigingen behartigen hun belangen, hebben een voorlichtingstaak en zijn een aanspreekpunt voor externe instanties. Een andere belangrijke doelstelling is de financiering van onderzoek om kennis over de specifieke ziekte te kunnen vergaren en vergroten. De benodigde financiering komt uit collectes, een brede groep sponsors (waaronder de officiële Stichting Fondsenwervingsacties en de Giro- en Bankloterij), contributies en een kleine subsidie van het desbetreffende ministerie. Deze verenigingen groeiden uit tot belangrijke, algemeen gewaardeerde kenniscentra.

Van deze verenigingen is ter illustratie een enkele op MDL-gebied wat verder uitgewerkt. Vooral voor de MDL-verenigingen was het een wat moeizaam proces, wat mede te wijten was aan de houding van de 'levermensen' en hun 'maagdarmcollega's'.

## Nederlandse Lever Stichting

Bijna vanaf het begin van de levertransplantaties in Groningen pleitte Chris Gips voor de oprichting van een kenniscentrum voor de lever én een vereniging voor leverpatiënten. In 1981 voegde hij de daad bij het woord en richtte de Nederlandse Lever Stichting op. Een van de taken van de stichting was het beheer van de zogenaamde Margriethuizen, elders wel 'tussenhuizen' genoemd, waarmee in 1984 was begonnen. Deze boden logies aan patiënten en hun familie, voor en na de transplantatie.

## Nederlandse Leverpatiënten Vereniging

Niet alleen patiënten hadden veel vragen over de transplantatie, ook hun familie worstelde daarmee. Het duurde enige tijd voordat Chris Gips de juiste man had gevonden voor een vereniging voor leverpatiënten, maar toen het zover was, was het met Albert Bruin een treffer. Als deskundig familielid was hij op de hoogte van de problemen waar patiënten en hun familie tegenaan liepen. In 1986 kon ook de Nederlandse Leverpatiënten Vereniging in het register worden ingeschreven.<sup>223</sup>

## Nederlandse Lever Stichting → Nederlandse Lever Darm Stichting

Hoe het verder ging met de Nederlandse Lever Stichting is nogal vaag. Het bestuur van de NVGE liep in dezelfde tijd ook rond met het idee een wetenschappelijke stichting op te richten, in dit geval voor maagdarmziekten – overigens zonder enige actie te ondernemen. Na de oprichting van de Lever Stichting kwam dat plan weer op haar agenda. De bestuursleden vonden het geen goede gedachte om én een maagdarmsstichting én een leverstichting naast elkaar te hebben. Eén van de betrokken bestuursleden zei: 'ik denk dat Chris Gips wel een beetje onze ogen heeft geopend voor de toevoeging van de lever in onze voorgenomen stichting.' De pogingen van Guido Tytgat om er één stichting van te maken mislukten echter, terwijl hij toch bekend stond als iemand die veel voor elkaar kon krijgen. Lever bleef Lever.

Door de nog altijd niet echt optimale verstandhouding tussen internisten in de NVH en maagdarmartsen in de NVGE, zijn er ook twee versies over de gang van zaken: tegenwerking van de gastro-enterologen waardoor de Lever Stichting niet echt tot leven kwam, tegenover de versie van de NVGE dat die stichting niet echt 'aansloeg' bij het publiek en daardoor vrijwel geen inkomsten had. Hoe dan ook, het had heel wat voeten in de aarde voor er überhaupt wat in gang kon worden gezet. De bestuurders van de Lever Stichting *casu quo* de vereniging van de hepatologen, zagen de financiering en naamgeving van een nieuwe stichting als onoverkomelijke hindernissen. De financiering was daarentegen voor de NVGE in die jaren geen enkel probleem. De 'leverjongens' wilden onder geen voorwaarde de naam Maag Darm Lever Stichting. En al hadden zij andere overwegingen (de lever mocht absoluut niet achteraan!), het is anatomisch gezien ook geen logische volgorde. Of het allemaal aan de hepatologen lag, is niet te verifiëren. Wel staat vast dat de maagdarmartsen voor Chris Gips onverminderd waardering hadden. Nadat de NVGE

## Chris Gips en 'zijn' Nederlandse Leverpatiënten Vereniging (NLV)

Tijdens de eerste ledenvergadering van deze patiëntenvereniging in 1987, bleken alle aanwezigen betrokken te zijn bij iemand met een leverziekte. Zij spraken vol lof over professor Gips uit Groningen. Hij was altijd en voor iedereen aanspreekbaar voor alle vragen die er waren. Voor bijvoorbeeld hepatitis-B kon je verder nergens terecht met je vragen over je ziekte of je toekomst. Iemand die antwoorden wilde geven, was des te belangrijker omdat in die jaren alle aandacht naar aids ging. Dat destijds hepatitis-B alleen maar leek voor te komen bij homoseksuelen en prostituees, maakte het er niet eenvoudiger op. Met die patiënten liep het in die tijd toch al niet goed af.<sup>224</sup>



Chris Gips, de grote voorvechter van de leverstichting en de patiëntenvereniging, bij zijn afscheid van het UMCG 2007.

Bron: Archief NVH



had aangegeven een substantieel bedrag als startkapitaal te storten als er één stichting kwam, gingen zij uiteindelijk overstag. In 1985 ging de Lever Stichting verder als de Nederlandse Lever Darm Stichting.

## Nederlandse Lever Darm Stichting → Nederlandse Maag Lever Darm Stichting

In 1985 begon de Nederlandse Lever Darm Stichting met haar werkzaamheden, waarbij subsidiëring van wetenschappelijk onderzoek en voorlichting de belangrijkste taken waren. In 1996 volgde er nog een naamsverandering, waarbij ten slotte dan toch nog de maag werd toegevoegd: Maag Lever Darm Stichting (MLDS). Dat gaf ook beter het specialisme weer; de maag is immers ook een spijsverteringsorgaan.



Logo van de MLDS

De MLDS richt zich behalve op patiëntenvoorlichting ook op wetenschappelijk onderzoek en fondsenwerving om het onderzoek te kunnen financieren. Het is tevens aanspreekpunt voor overheid, verzekeraars en 'media'. Alle betrokkenen benadrukken het belang van hun samenwerkingsverbanden. Tegenwoordig werkt de MLDS samen met omstreeks *twintig* andere patiëntenverenigingen. De samenwerking met de vereniging van de MDL-artsen is eveneens intensief. Zo participeert de stichting in de denktank van het Nationaal Hepatitis Centrum om meer zicht op Hepatitis B en C te krijgen.

Door deze activiteiten zou je verwachten dat de MLDS én de maagdarmartsen over hun naamsbekendheid niets meer te klagen hadden. In 2006 echter kampten beide organisaties naar eigen zeggen nog met hun geringe naamsbekendheid.<sup>225</sup> Voor de Maag Lever Darm Stichting lijkt dat nu opgelost, voor de MDL-artsen ligt dat eveneens in het verschiet. De start van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker in 2013 is daarvoor de ultieme methode.

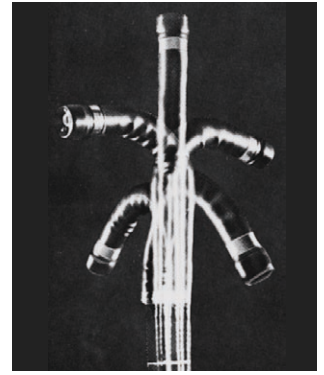


Bij de najaarsvergadering in 1993 schonk de NVGE een groot bedrag aan de MLDS. De directeur van deze stichting, mevr. Jacqueline van Male, ontvangt een check van de NVGE-voorzitter, Cock Lamers.

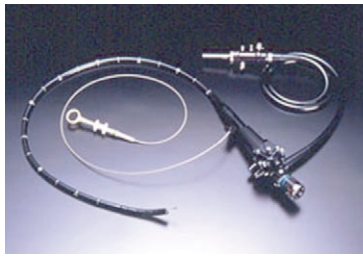
Bron: Archief NVGE/NVMDL

## Instrumenten als diagnostische hulpmiddelen

Deel II eindigde met de komst van de eerste fiberscopen van het Japanse bedrijf Olympus. Deze firma had een belangrijk aandeel in de verdere ontwikkeling en productie van dergelijke instrumenten. De ene verbeterde versie na de andere volgde, waarbij er steeds geavanceerdere endoscopen beschikbaar kwamen. Een jaar nadat de eerste flexibele, veertig centimeter lange oesofagoscoop (1968) was geïntroduceerd, kwam er een versie die ook de twaalfvingerige darm kon bereiken. De verbeterde versie van die endoscoop, die in 1971 in de handel kwam, kon in vier richtingen buigen en had een biopsiekanaal. Dit type endoscopen bleef de standaard voor de oesofagus-maag- en duodenumscopie. Deze ontwikkelingen waren de voorbode van een revolutie in het vakgebied.



Flexibele fiberscoop met een in vier richtingen buigzame tip. | Bron: Olympus Nederland



GIF-K-20-gastroscoop, geschikt voor zowel diagnostische als therapeutische indicaties.  
Bron: Olympus Nederland

Een volgende stap was een dunne endoscoop (1974), die in de eerste uitvoering slechts in twee richtingen kon buigen. Hoewel deze eigenlijk voor kinderen was ontwikkeld, zaten er ook voor volwassenen evidente voordelen aan. Zeker toen deze endoscoop verder geperfectioneerd was en vier buigrichtingen had. Slokdarmtumoren en andere vernauwingen vormden nu geen belemmering meer. De dunne endoscoop was niet alleen populair onder md-artsen; volwassen patiënten dachten, heel begrijpelijk, dat een dunne scoop gemakkelijker was in te slikken. Ervaringen met andere endoscopisten konden daarin meespelen, want er was een belangrijke voorwaarde aan de fiberscoop verbonden: de arts moest er goed mee om kunnen gaan.

## Fiberscopie, een relatief eenvoudig uit te voeren onderzoek?

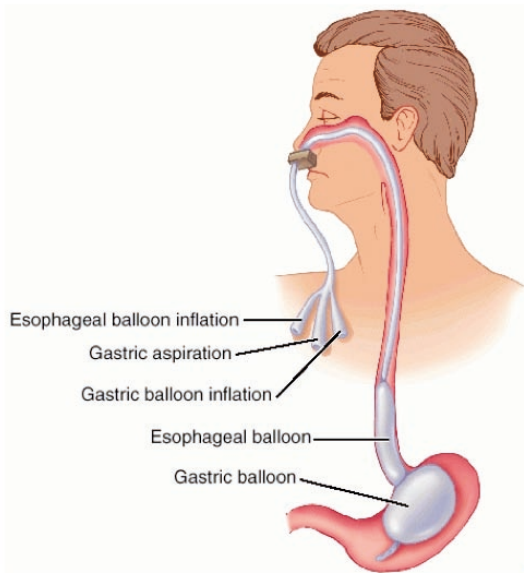
Toen de fiberscopie eenmaal was ingeburgerd, had dat onverwachte gevolgen voor maagdarmarts, chirurg én voor de patiënt (die destijds nog niet zo'n belangrijke stem had). Ook iedere internist die er belangstelling voor had, kon nu met een fiberscoop werken – en deed dat. Het was een volgende bron van onderlinge wrevel tussen internisten en maagdarmartsen. Vooral omdat dit onderzoek wel degelijk om een ervaren endoscopist vroeg. En die ervaring had de maagdarmarts. Het was een steeds belangrijker wordend onderdeel van zijn specialisme, waarmee tevens zijn ervaring was gegarandeerd.

## Therapeutische endoscopie: oraal

Ook de therapeutische endoscopie was in opkomst, deze richtte zich op de behandeling van bloedingen, tumoren en Zenker's divertikel.

### Bloedingen en tumoren in oesofagus

Bloedingen vormden een complicatie die bij veel specialisten werd gevreesd. Bij de slokdarm ging het vooral om bloedende varices. Tot in de jaren tachtig gebruikte de kno-arts daarvoor een starre oesofagoscoop. Sommigen prefereerden de twee-kanalscoop, waarmee het bloed via het bredere kanaal beter was af te zuigen. Met de



Een Sengstaken-Blakemore-balloon in situ, met opgeblazen ballon in maagfundus en in de slokdarm om de bloeding uit de slokdarmvarix te kunnen tamponneren. | Bron: Google Images

starre scoop ging dat niet. Bloedingen stelpste men met een ballontamponade, wat voor de patiënt bepaald geen plezierige ervaring was. Vanaf begin jaren tachtig kwam er een veel betere, flexibele scoop.<sup>226</sup> Daarmee was te zien of de bloeding inderdaad uit de varices afkomstig was, vervolgens kon men dan een actieve bloeding aanpakken. Bloedende varices behandelde men door etsende vloeistoffen in de desbetreffende ader te brengen, de zogenaamde sclerotherapie. De geneeskundige toepassing in de jaren negentig van *rubber banding*, een soort elastiekje, was weer een verdere verbetering.

Tegenwoordig richten de therapeutische activiteiten in de oesofagus zich vooral op tumoren. Zo kunnen bij inoperabele tumoren zelf-uitklapbare metalen stents worden ingebracht. Verwijdering van premaligne Barrett-slokdarmweefsel is een andere indicatie. Hierbij brandt de specialist met een thermische lans het slijmvlies weg. Oprekking van peptische stenosen komt tegenwoordig nog maar weinig voor. Met de komst van werkzame geneesmiddelen bij ernstige maagklachten is deze aandoening nu bijna verleden tijd.

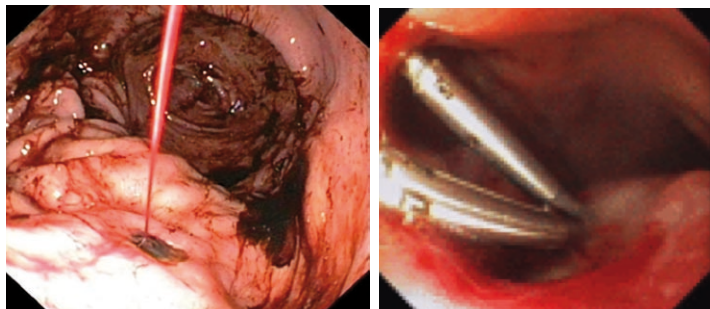
## Ballontamponade

Bij acute bloedingen uit de slokdarmvarices maakte de maagdarmarts ook gebruik van de zogenaamde ballontamponade. Hij bracht de ballon via een neusmaagsonde in de maag. Daarna trok hij de opgeblazen ballon – met een diameter van vijf à zes centimeter – strak in de maagmond, zodat hij de bloeding kon tamponneren.

## Bloedingen in maag en duodenum

In maag en duodenum (twaalfvingerige darm) waren het vooral bloedende ulcera die tot ingrijpen noopten. De rol van de endoscopist beperkte zich eerst, zoals gebruikelijk, tot de diagnostiek. Een chirurg moest dan operatief de bloeding stoppen, waarvoor hij een forse incisie moest maken. Aan de hand van de zogenaamde Forrest-classificatie (indeling van ulcera in verschillende risicotypen) moest eerst worden beoordeeld of onmiddellijk ingrijpen wel noodzakelijk was. Vanaf begin jaren tachtig nam de maag-darmarts dit over. Door zelf bloedingen te stoppen, wilden zij vooral een herhaling én een potentieel zeer riskante spoedoperatie voorkomen. Eerst gebeurde dit nog met de vertrouwde sclerotherapie, later kwam er een groot aantal andere middelen om bloedingen aan te pakken (zie Dichtbranden van bloedingen). Vaak gingen die behandelingen samen met adrenaline-injecties, hetgeen effect heeft, zoals ook recent nog eens bleek. Later onderzoek wees er tevens op dat er altijd nog andere ingrepen vereist zijn. De hemoclip is daar een mooi voorbeeld van (foto).

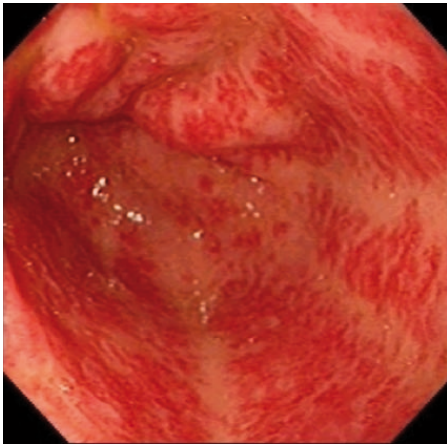
Daarnaast zijn er nog andere, wat minder ernstige ziekten die chronisch bloedverlies



Acute bloeding van maagfundus uit klein ulcus (links) en de behandeling ervan met hemoclips (rechts).  
Bron: M. van Blankenstein, Erasmus MC

## Dichtbranden van bloedingen

Wat bij het dichtbranden van bloedingen begon als een chirurgische handeling, ging over op de MDL-arts. Deze stopte de bloedingen met elektro-coagulatie, gevolgd door multipolaire coagulatie, clips en sclerotherapie, om ten slotte voorlopig (?) te eindigen met de argon-plasmacoagulatielaser. Niet zelden zijn drie modaliteiten nodig om de bloeding te kunnen stoppen. In het algemeen is endoscopische therapie bij actieve bloedingen een grote verbetering, met minder recidief, minder sterfte en minder operaties.



GAVE-lesie (gastric antrum vascular ectasia) met typische hyperemie en roodheid in maagantrum als uiting van portale hypertensie. Bloedingen hieruit kan men met argon-plasmacoagulatie behandelen ('laseren'). | Bron: M. van Blankenstein, Erasmus MC

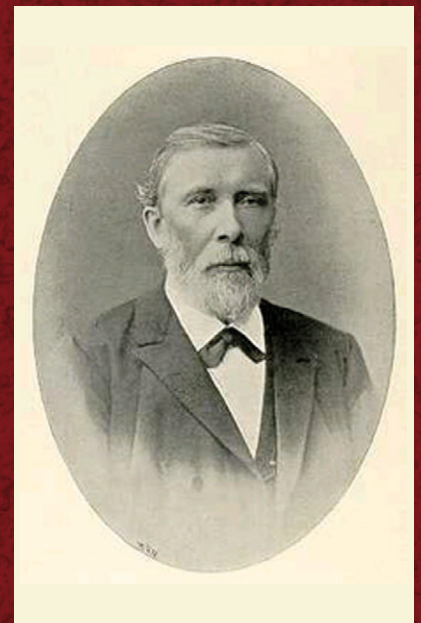
kunnen veroorzaken. Zoals een maagslijmvliesafwijking, GAVE genoemd (gastric antrum vascular ectasia), en een andere, abnormale weefselvorming in de bloedvaten (angiodysplasieën). Beide zijn vaak verantwoordelijk voor ernstig chronisch bloedverlies. Deze laatste kan overigens ook in het rechter colon de oorzaak zijn van occult bloedverlies. De behandeling bestaat tegenwoordig uit argon-lasercoagulatie.

## Zenker's divertikel, 'een brok in de keel'

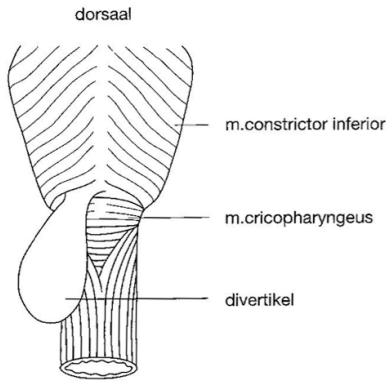
Een Zenker's diverticulum is een zeldzame aandoening in de MDL-praktijk. Door een zwakke plek in de achterwand van de slokdarm kan een uitstulping ontstaan. Dat divertikel is op zichzelf onschuldig. Er ontstaat echter een 'brug' tussen de slokdarm en het divertikel, waardoor voedsel in het divertikel achterblijft. Omdat de klachten heel onaangenaam kunnen zijn, waren er al vroeg chirurgen die het

## Een gevaarlijke truc?

In deze geschiedenis was een 92-jarige patiënte met een Zenker's divertikel aanleiding voor de toepassing van een nieuwe behandelmethode. Zij was in zo'n slechte toestand dat de chirurg en de kno-arts narcose niet meer verantwoord vonden. De vrouw kwam terecht bij de maag-darm-leverarts van het Rijnstate ziekenhuis, Arnhem, wat een schot in de roos bleek te zijn. Het leek deze MDL-arts wel mogelijk om endoscopisch te behandelen, zij het op een bepaalde manier. Guido Tytgat zei desgevraagd, dat het hem een gevaarlijke truc leek. Te gevaarlijk eigenlijk. Tot die tijd was laseren de belangrijkste methode geweest om de klieving te bewerkstelligen. Chris Mulder, de desbetreffende MDL-arts, behandelde de patiënte echter met een *hot biopsy*-instrument, waarbij hij de weefselbrug in drie sessies doorkliefde, waardoor de divertikelzak weer één werd met de slokdarm. Al na de eerste behandeling had de patiënte geen klachten meer. Vooral vanuit Amsterdam (VUMC) ging deze techniek daarna via vele publicaties in internationale tijdschriften de wereld over. De publicaties werden gecombineerd met demonstraties, niet alleen in Europese endoscopiecentra, ook buiten Europa, van Buenos Aires tot Teheran, van Kaapstad tot Toronto en Hyderabad. Daarmee heeft Chris Mulder duidelijk zijn stempel gezet op deze behandeling. Alles bij elkaar genomen behandelde hij toen zo'n duizend patiënten! Tegenwoordig kan de ingreep in principe poliklinisch gebeuren. In het verwijscentrum VUMC wordt dit één à twee per week gedaan.



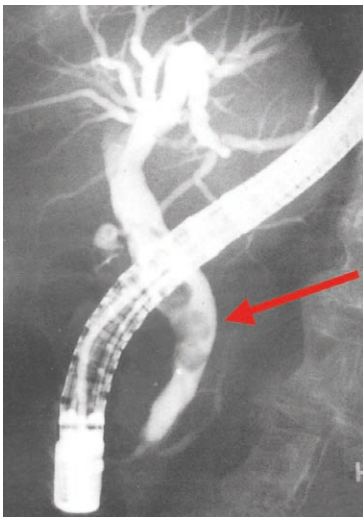
F.A. von Zenker beschreef als eerste het naar hem genoemde divertikel. | Bron: Google Images



Het Zenker's divertikel ontstaat bij de inmonding van de slokdarm in de farynx vanuit een zwak punt in de m. cricopharyngeus. Het divertikel bevindt zich dus direct naast de bovenste slokdarmsfincter. | Bron: Chris Mulder

deed. Met name de kno-arts Jos van Overbeek (Groningen) was een expert op dit gebied, waarover hij ook publiceerde. In de jaren vijftig begon hij met zijn methode om de 'brug' te doorklieven, waardoor het voedsel vanuit de breukzak terug kon vloeien in de slokdarm. De volgende stap in deze ontwikkeling was de introductie van de flexibele scoop in de jaren negentig en dat bracht opnieuw de maagdarmsarts in zicht.

## ERCP, een diagnostische sensatie



ERCP-röntgenfoto van grote galgang met duidelijk zichtbaar de contrastarme galstenen.

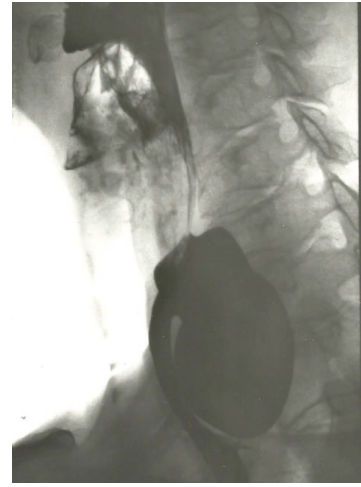
Bron: Archief afdeling MDL, UMC Utrecht

was midden jaren zeventig en in latere decennia een van deze prominenten. Enkele jaren later bleek dat het nut van ERCP vooral therapeutisch was. Na papillotomie (het opensnijden van de papil van Vater) konden hierdoor galstenen worden verwijderd. Bij kwaadaardige pancreasaandoeningen kon men hierdoor buisjes in de grote galgangen plaatsen.

ERCP was de belangrijkste methode voor het in beeld brengen van de galwegen en de pancreasafvoergang, wat de keus voor

divertikel via een incisie in de hals verwijderden. De eerste beschreven chirurgische behandeling daarvan dateert uit 1877. Andere chirurgen volgden, maar tot in de jaren twintig waren de resultaten lang niet altijd bevredigend; er traden nogal wat complicaties op.

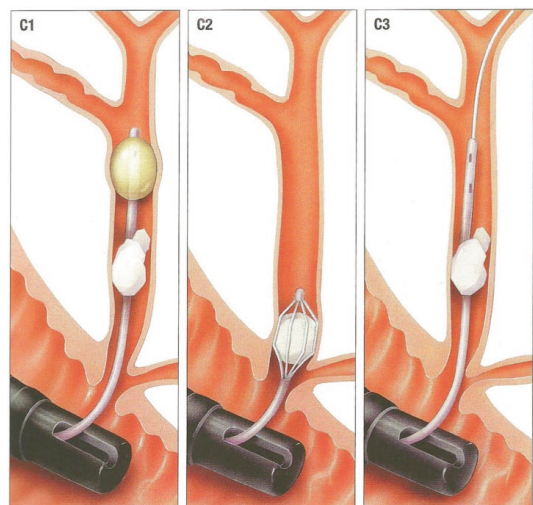
Een andere, veel breder toegepaste methode was de endoscopische, zoals Harris P. Mosher in 1917 beschreef.<sup>227</sup> Hoewel ook chirurgen zoals Mosher oesofagoscopische ingrepen verrichtten, kwam daarvoor geleidelijk de kno-arts in zicht die dit met de starre gastroscop



Dwarse opname van het halsgebied na het slikken van bariumcontrastmiddel. Van bovenaf, vanaf de kaaklijn, is duidelijk het contrastmiddel te zien dat via de pharynx naar de slokdarm loopt met een overloop in het divertikel rechts achter de slokdarm | Bron: Dr. J.J. van Overbeek, KNO-arts n.p, Martini Ziekenhuis, Groningen. Deze KNO-arts was in Nederland een van de eersten die endoscopische operaties (met een starre scoop) deed bij het Zenker's divertikel. Hij heeft hierover veel gepubliceerd.

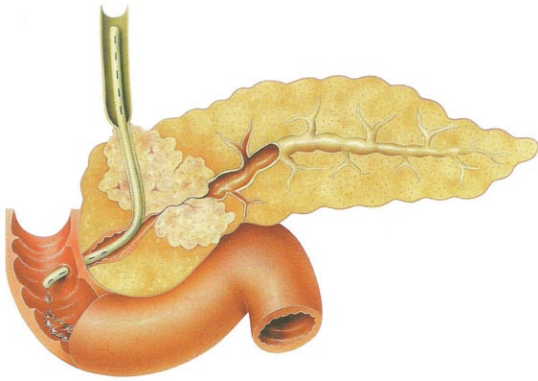
De ERCP (endoscopische retrograde cholangiografie en pancreaticografie) was al in 1971 in Japan ontwikkeld en bleek direct een diagnostische sensatie. Met deze dwars-kijkende duodenoscoop kwam een heel nieuw werkterrein in zicht: de galwegen en de alveesklier (pancreas). Door de verscholen ligging was de pancreas een orgaan waarvan de functie wel, maar de anatomie op geen enkele wijze was vast te stellen. Deze eerste endoscoop bleek echter eigenlijk ongeschikt voor dit doel. Het vroeg om een moeilijke techniek die slechts weinigen 'in de vingers' hadden. Het aantal ERCP-centra bleef daardoor in Nederland beperkt, wat de kwaliteit ten goede kwam.

Wereldwijd ontwikkelden internationale experts deze techniek verder en maakten deze voor maagdarmsartsen geschikt, mits goed getraind. Kees Huibregtse (Amsterdam)



Via ERCP wordt de galweg gecanuleerd, waarna met een ballon of mandje de galsteen eruit wordt getrokken. Dan kan eventueel een stent worden geplaatst als er verdenking op een afvloedebelemmering bestaat.

Bron: Mardeno Atlas, Mardeno Medical Systems, 2003



Bij een patiënt met een obstructie van de galwegen veroorzaakt door een tumor van de alvleesklier is een stent door de tumor in de galweg geplaatst waardoor er weer een goede galafvoer ontstaat.

Bron: *Mardeno Atlas*, Mardeno Medical Systems, 2003

Om die reden valt de keus tegenwoordig op MRCP. ERCP gebruikt men alleen nog voor therapeutische ingrepen. Het aantal in Nederland uitgevoerde ERCP's is daardoor al jarenlang vrij stabiel, terwijl het aantal MDL-artsen sterk is gestegen. Dit heeft weer tot gevolg dat zij niet allemaal voldoende expertise kunnen opbouwen en behouden om deze therapie te verrichten.

## Therapeutische endoscopie: anorectaal

### Coloscopie: van 30 via 185 naar 130 cm

In hoofdstuk 13 is beschreven hoe de fiberscoop in het colon een spectaculaire uitbreiding van het zichtbare gebied teweegbracht. De gebruikelijke starre rectoscoop kwam – met pijn – hooguit dertig centimeter ver. Vanaf 1969 gingen de ontwikkelingen snel. Binnen twee jaar kwamen er twee nieuwe endoscopen die het hele colon konden bereiken (zie foto). De nóg latere, sterk verbeterde modellen hadden aan 130 centimeter voldoende om het uiteinde van de dunne darm te bereiken.

Coloscopie was ook heel geschikt voor het verwijderen van poliepen. Nadat deze met speciale lisjes waren losgesneden, werden zij opgezogen zodat de patholoog-anatoom ze kon



De flexibele CF-101-coloscoop (1.60 m) van Olympus, met biopsiecanule in situ, voor een bereik van het gehele colon. | Bron: Olympus Nederland

een laparoscopische verwijdering van de galblaas bevorderde. Deze methode om galstenen te verwijderen, was een belangrijke verbetering ten opzichte van de veel risicovollere chirurgische. Het duurde dan ook niet lang of ERCP werd hiervoor de eerste keus en bleef dat tot de komst van technieken die nóg meer in beeld konden brengen. Helemaal risicoloos was ERCP overigens niet, er bestond een kleine kans op pancreatitis.

Toen de MRI-scan eind jaren negentig in de handel kwam, was er een ander alternatief om de galwegen en afvoergang van de alvleesklier zichtbaar te maken: MRCP, Magnetic Resonance Cholangio Pancreatography. De beelden daarvan waren aanvankelijk wat minder duidelijk, maar er waren geen complicaties zoals bij het oorspronkelijke instrument.

## ERCP'S centraliseren oftewel de chirurgie achterna?

De jaren verstreken en daarin kreeg ERCP een soort voortrekkersrol. In 2011 haakte de NVGE in op de veranderende ideeën over onder meer het specialistische aanbod in de ziekenhuizen. Zij organiseerde daarvoor een symposium met als thema 'Centralisatie van zorg, nuttig of (on)aangenaam?'. De tendens was dat niet meer elk ziekenhuis alle onderzoeksmethoden moest bieden. ERCP's waren hiervan een goed voorbeeld, 'omdat getalsmatig bij lange na niet kon worden voldaan' aan de ervaringsnorm van honderd. Daaruit volgde eigenlijk vanzelfsprekend de vraag: wat moet een specialist-opleiding kennen en kunnen, ook de MDL-aios moest nu een keuze gaan maken.<sup>228</sup> Voor sommige specialisten was het eveneens slikken, want de consequentie was dat, om aan de norm te kunnen voldoen, niet meer 'overal' een ERCP aanwezig kon zijn. Overigens vinden veel specialisten dat de norm die bijvoorbeeld de ziektekostenverzekeraars de laatste jaren hanteren, wel wat lager kan.

beoordelen. Dit ging wat gemakkelijker toen er in 1976 een twee-kanalencoloscoop kwam. De maagdarmarts kon daarmee voortaan veel kleine poliepen door het wijde werkkanaal naar buiten zuigen. Daarnaast gebruikte men deze coloscoop om patiënten met aanhoudende bloedingen te behandelen. Later kwam er een verstijfbare tip in het instrument, waarmee ook de appendix is te bereiken. Tegenwoordig moet een endoscopist om aan de kwaliteitseisen te voldoen, bij meer dan negentig procent van de patiënten de appendixplooi in beeld zien én vastleggen.

## Progressie in beeldtechnieken

### Video-endoscopie

In de loop van de jaren tachtig kwamen de eerste gastro-intestinale videoscopen op de markt. De techniek was niet nieuw, zowel kno- als longartsen gebruikten dergelijke scopen al enige tijd. Aanvankelijk was de beeldkwaliteit minder dan die van de gebruikelijke fiberscoop; er waren vooral problemen met de wisselende lichtintensiteit en de manier waarop de kleuren werden overgebracht. De video-endoscoop had daarentegen wel een aantal voordelen ten opzichte van fiberoptiek. Deze endoscoop bood namelijk de mogelijkheid afbeeldingen elektronisch op te slaan en uiteindelijk werden deze afbeeldingen van een veel betere kwaliteit dan de opnamen van fiberoptiek. Röntgenologen waren hierdoor in alle opzichten naar de tweede plaats verdrongen. Decennia lang hadden zij hun bevindingen met contrastfoto's op foto vast kunnen leggen, met als voordeel dat zij daarmee ook controleerbaar waren. Röntgenologen hadden weliswaar een videorecorder met een goede opslagmogelijkheid voor filmpjes, maar dat leverde een minder goede beeldkwaliteit op. Zo'n videorecorder was bovendien niet eenvoudig in gebruik, laat staan dat er duidelijke afdrucken van te maken waren. Op elk front 'konden wij meer': maagdarmartsen kregen met hun biopsie en verwijdering van poliepen meer zicht en inzicht dan de inmiddels radioloog genoemde röntgenoloog met zijn dubbelcontrastfoto's.

### Revolutie in resolutie: HD-endoscopie en meer

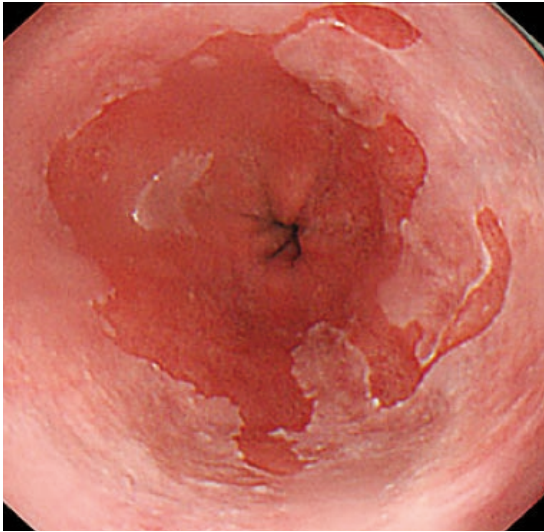
Een nieuwe, eigenlijk voor de hand liggende mogelijkheid van elektronische afbeeldingen is inmiddels tot grote bloei gekomen: de high definition (HD) beeldmanipulatie. Door de hoge resolutie van de beelden kan men op microscopisch niveau bepaalde details verduidelijken, bijvoorbeeld abnormaal weefsel in de Barrett-oesofagus. Het is zonder meer een ongekend grote verbetering van de diagnostische en therapeutische mogelijkheden, bij zowel orale gastroduodenoscopie als coloscopie.



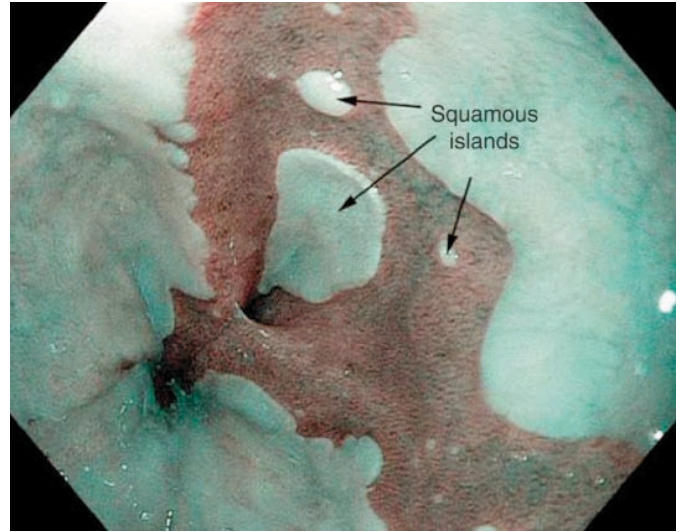
Met behulp van de coloscoop kunnen darmoliepen worden opgespoord en verwijderd door middel van een lis-extractie. De poliepen worden daarna opgevangen om door de patholoog te worden onderzocht. | Bron: *Mardeno Atlas*, Mardeno Medical Systems, 2003

### Eyeopener

Zoals in de loop van deze geschiedenis vaker gebeurde, bleek soms later dat een aangeschaft nieuw instrument, of nieuwe kennis, iets minder nauwkeurig was dan gedacht. Eigenlijk is dat wel logisch, want het nieuwste instrument was vergeleken met het voorgaande vrijwel altijd een duidelijke verbetering. Maagdarmartsen vertelden bijvoorbeeld dat zij met de door hen gebruikte endoscoop 'echt alles konden zien.' Kwam er dan een nieuw type endoscoop, ja, dan dacht je dat je het niet beter zou kunnen zien dan met de vorige endoscoop – om vervolgens snel tot de conclusie te komen dat je met het allernieuwste model toch écht veel meer zag.



Voorbeeld van een HD-plaatje van Barrett-oesofagus. Duidelijk zichtbaar is de ingroei omhoog de slokdarm in van hoogcilindrisch maageptheel. De lage oesofagusfunct (LES) en de middenrifring (anatomische overgang naar maag) zijn duidelijk daaronder herkenbaar. | Bron: M. van Blankenstein



HD-plaatje met Narrow Band Imaging bij Barrett-oesofagus met oplopende tongetjes maagslijmvlies in de slokdarm. De eilandjes van wit weefsel bevatten normaal slokdarmplaveiseleptheel. | Bron: M. van Blankenstein

Naast HD-endoscopie leverde de introductie van andere technieken op (bijna) microscopisch niveau een nog weer betere beoordeling op dan voorheen. Hierdoor was het bijvoorbeeld mogelijk om slijmvliesbeschadigingen beter te beoordelen. Voorbeelden zijn *Narrow Band Imaging* (met uv-licht, zie foto), chromo-endoscopie, autofluorescentieafbeeldingen en confocale endomicroscopie, die diagnostiek en behandeling nauwkeuriger maken.

## Videocapsule-endoscopie voor dunne-darmonderzoek

### *Pillcam: 11 x 27 mm lens, vier ledlampjes, videochip, miniprocessor, transmitter, batterijen*

De videocamera droeg eveneens het nodige bij aan de 'minuscularisering' van endoscopische technieken. Ondanks het huidige tijdperk van hightech visualisatiemogelijkheden, spreekt de videocapsule-endoscopie tot de verbeelding. 'Deskundigen' op internet moedigen in elk geval patiënten aan om dit onderzoek aan te vragen en diezelfde patiënt heeft tegenwoordig een belangrijke stem in zijn behandeling. Hij slikt een draadloos wegwerpminiatuurcameraatje in (à raison van € 500) en vervolgens doorloopt de capsule met behulp van de peristaltiek het spijsverteringskanaal. De capsule maakt omstreeks 50.000 foto's, die daarna via meer gebruikelijke methoden voor beoordeling geschikt worden gemaakt. Men sprak lovend over deze nieuwe vinding: 'revolutionizing the diagnosis small bowel disease'. Een droom was gerealiseerd: voor het eerst kon men de dunne darm in kleur visualiseren.

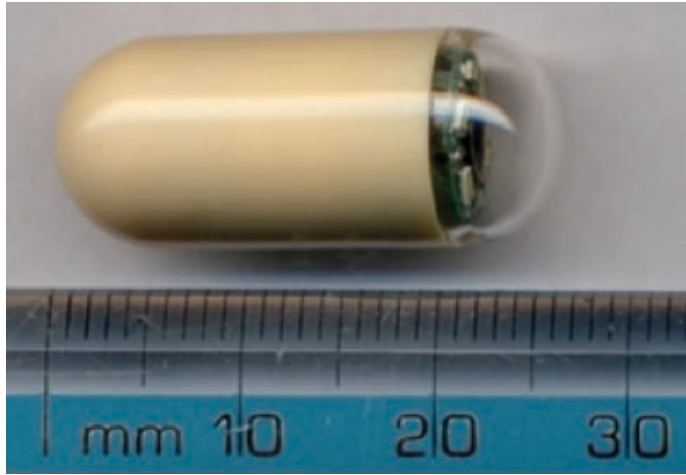
## Gavriel Iddan, bedenker van de camera-endoscoop

In 1999 kwam Given Imaging (Yokneam, Israël) met een cameracapsule, Pillcam genoemd. De bedenker daarvan was prof. M. Shoham, die zeker geen onbekende op technologisch terrein was.<sup>229</sup> Nu wil echter het geval dat hij niet de echte bedenker was van de 'wandelende camera', zoals dat wel vaker gebeurt. Al in 1981 zette Gavriel Iddan (Israël) al de eerste stap daartoe en ja, hij werkte later bij hetzelfde instituut als Shoham. Nadat hij geconfronteerd was met een patiënt met ernstige maagklachten, waarvan de oorzaak niet met de toenmalige onderzoeksmethoden kon worden aangetoond, kreeg Iddan het idee om de ontoegankelijke dunne darm te bekijken met een camera die zelfstandig door het maagdarmkanaal kon wandelen. In die jaren waren er echter nog maar beperkte mogelijkheden voor de productie van zeer kleine instrumenten. Daardoor duurde het tot 1998 voor zijn idee werkelijkheid werd.



### ***Uitbreiding van de diagnostische mogelijkheden naar het hele maagdarmkanaal***

Met een resultaat dat alle twijfel wegnam, hadden Franse onderzoekers met de Pillcam afwijkende beelden gevonden die zij eerder met de gebruikelijke diagnostiek niet hadden opgemerkt.<sup>230</sup> In Nederland kwam deze diagnostiek wat aarzelend op gang, maar dat werd daarna volledig goed gemaakt. Het begon in 2003 en MDL-artsen van het Sint Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, Bas van Tuyl, Mark Stolk en Robin Timmer, gaven daarvoor het startsein. Hun conclusie was dat dit een alleszins superieur onderzoek was.<sup>231</sup> Afwijkingen in de dunne darm zoals zweren, vlokatrofie en kanker waren nu duidelijk herkenbaar. In vrijwel alle internationale tijdschriften prezen onderzoekers de videocapsule aan als een belangrijk diagnostisch instrument, dat wil zeggen, mits men daarvoor de juiste patiënten selecteerde.<sup>232</sup> Een enkele ‘verwende’ commentator vond het wat bezwaarlijk dat er niet gelijktijdig een behandeling mogelijk was.



Een capsule met een mobiele camera voor video-endoscopie van de dunne darm. Belangrijkste indicaties zijn ziekte van Crohn, angiodysplasie-lesies en ulceratieve jejunitis.  
Bron: Given Imaging

Verbeteringen bleven niet uit: vanaf 2005 was het mogelijk om ook de slokdarm met de Pillcam te onderzoeken, later gevolgd door colononderzoek. De magnetisch geleide capsule die in 2010 op de markt kwam, was niet belastend voor de patiënt en helemaal in lijn met de huidige technologische ontwikkelingen, inclusief de joystick.<sup>233</sup>

## **Dubbel-ballonendoscopie**

Intussen was het diagnostische areaal nog verder uitgebreid, namelijk met de dubbel-ballonendoscopie – dit keer als ‘revolutionaire’ techniek bestempeld.

Het eerste Nederlandse (universitaire) ziekenhuis waar op de afdeling Gastro-enterologie de dubbel-ballonendoscopie werd beproefd, was het VUMC in november 2003. Samen met de HSK privékliniek in Wiesbaden (2003) had dit ziekenhuis daarmee de Europese primeur. Spoedig daarna volgde het Erasmus MC. In 2004 presenteerden de desbetreffende twee hoogleraren hun gezamenlijke resultaten in de VS. Deze waren verkregen met het respectabele aantal van 125 patiënten en waren inderdaad bijzonder, alleen al omdat er nog zo weinig dubbel-ballonendoscopen waren. In 2004 hadden in Europa verder alleen Parijs en Rome een dubbel-ballonendoscoop, daarbuiten beperkte dit zich tot Japan en Canada.

### ***‘Double balloon enteroscopy, safe and effective’?***

Zoals gebruikelijk, moest er eerst ervaring mee worden opgedaan. Daarnaast moest worden onderzocht bij welke aandoeningen deze diagnostiek, met eventuele behandeling, het meest in aanmerking kwam. De eerste jaren waren de berichten zeer positief. Men leek er ook de hele dunne darm goed mee in beeld te krijgen en het zou veel minder belastend zijn voor de patiënt. Het ging immers onder volledige sedatie?

## **Verdere verfijning**

Met een fluorescentie-endoscopie kan men met een speciale endoscoop de binnenzijde van de slokdarm, maag of darm bekijken. Bij een fluorescentie-endoscopie wordt het slijmvlies met een speciaal soort licht (meestal ultraviolet of blauw) beschienen. Chromo-endoscopie werkt met speciale kleurprocedures. Omdat normaal weefsel en kankervorstadia licht verschillend weerkaatsen, zijn deze nu veel beter van elkaar te onderscheiden. Metastasen in de lymfklieren rond oesofagus, maag en pancreas waren al eerder vast te stellen door de komst van ingebouwde echoapparatuur in fiberscopen (vanaf 1984). Ook Crohn is beter te diagnostiseren door de komst van MRI-enteroclyse enkele jaren geleden.

Zelfs bij dit als ‘grote doorbraak’ en ‘revolutionair’ beschouwde instrument ontstonden er enkele jaren later ook de eerste twijfels. Weinig belastend? Er waren wel degelijk contra-indicaties vanwege ‘te grote belasting’. Ook op het onderzoeksgebied kwam kritiek, in de meeste gevallen kon men er niet meer dan zestig procent van de dunne darm effectief mee onderzoeken. Desondanks heeft deze methode haar effectiviteit bewezen voor de dunne-darmdiagnostiek en -therapie, vooral bij het opsporen van verborgen bronnen van bloedingen. Dubbel-ballonendoscopie is op dit moment in vijftien Maag-Darm-Lever-afdelingen mogelijk.

## ***Double balloon-enteroscopy, endoscopists' dream of observing the small intestine***

Nadat de Japanner Hironori Yamamoto in 2001 had gepubliceerd over het door hem bedachte instrument, was dat vrijwel onmiddellijk wereldnieuws. Ondanks zijn nog ‘prille’ ervaring ermee, bij slechts drie patiënten, ging deze techniek vanaf het eerste begin verder in termen als: ‘two balloons revolutionised the world’. Yamamoto’s uiterst dunne scoop kon door de ballonnen op te blazen en leeg te laten lopen zelf door het spijsverteringskanaal wandelen. Weliswaar stapvoets, want de proto-typen hadden daarvoor vier tot vijf uur nodig. In 2002 demonstreerde hij dit voor een internationaal gezelschap in Toronto.



---

Dubbel-ballonendoscoop. De endoscoop bestaat uit een binnendeel en een buitenmantel, met aan elk deel een ballon. Door de ballonnen telkens om de beurt op te blazen kan het ene deel gefixeerd worden en naar de andere ballon worden gebracht. Op die manier kan de darm als het ware om de endoscoop gestroopt worden en kunnen lange stukken darm worden bereikt. De techniek wordt met name gebruikt voor onderzoek van de dunne darm. | Bron: Fujinon Nederland

## **Opnieuw rechtvaardiging van het maagdarmliverspecialisme!**

De fiberscopen stonden begin jaren zeventig nog aan het begin van spectaculaire ontwikkelingen. Voor MDL-artsen en hun voorgangers nam endoscopie een steeds belangrijkere plaats in bij hun dagelijkse werkzaamheden. Uiteindelijk nam het ongeveer veertig procent van hun tijd in beslag. Dat alleen al illustreert hun ‘gelijk’ bij de problemen met de internisten, zoals deze eerder zijn verwoord. Als er één verrichting is waarvoor ervaring is vereist, dan is het dit wel.

De vernieuwingen beperken zich niet meer tot vooral fiberscopen; de huidige instrumenten volgen de vele technologische ontwikkelingen op de voet. Vooral nieuwe diagnostische en therapeutische toepassingen zoals endoscopische echo’s, ballonenteroscopie, de Pillcam, het stelpen van bloedingen en de poliepverwijderingen in het colon kunnen alleen met voldoende opleiding en ervaring worden verricht!

## Toenemende betrokkenheid maag-darm-leverartsen

Oncologie speelt een grote rol in de praktijk van de MDL-arts. Inherent aan zijn brede werkterrein ontmoet hij vele vormen van kanker. Vooral in de laatste jaren hebben zich daarin aanzienlijke epidemiologische veranderingen voorgedaan. Zoals te lezen in hoofdstuk 15 stond bijvoorbeeld maagkanker als veroorzaker van maagzweren, vóór de ontdekking van de *Helicobacter pylori*, met afstand op de eerste plaats. Tegenwoordig is dat dikke-darmkanker. Overigens krijgen nog steeds tweeduizend mensen per jaar de diagnose maagkanker.

### Maag-darm-leverarts en oncologie: van reservebank tot spelverdeler? (2003)<sup>234</sup>

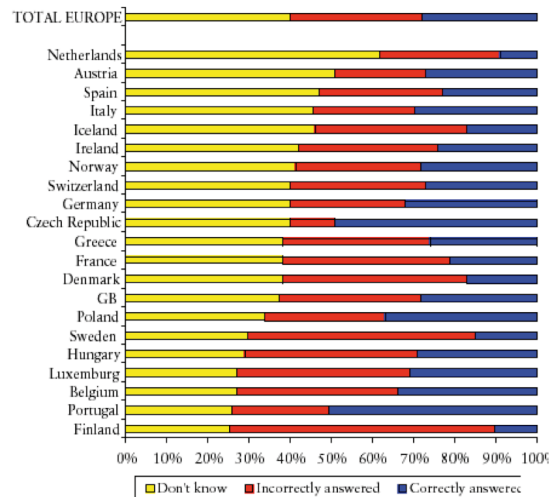
Gedurende vele jaren – om precies te zijn tot 2004 – beperkten de werkzaamheden van de MDL-arts zich bij kanker tot het diagnostische traject. De behandeling was in die jaren in handen van de chirurg en de internist-oncoloog die daarvoor onder meer chemotherapie tot zijn beschikking had. Nadat in de opleiding tot MDL-arts aandachtsgebieden waren ingesteld, waaronder oncologie, kwamen er ook MDL-oncologen. Dat gastro-enterologie-oncologie bij MDL ‘hoorde’, was toen nog niet vanzelfsprekend. In 2010 pleitte Gerrit de Groot daarvoor: ‘als GE-oncologie niet in het MDL-pakket komt, vind ik dat een gemiste kans.’<sup>235</sup> Ook de NVGE had hierin een rol. Door

de oprichting van de sectie Oncologie in 2012 werd ook de chemotherapeutische behandeling van tumoren binnen het werkgebied van de MDL-arts getrokken. Toen het eenmaal zo ver was, wachtte er veel werk. Ongeveer één vijfde van de gediagnostiseerde maligniteiten zit in het spijsverteringskanaal. Tegenwoordig staat in de gastro-intestinale oncologie de MDL-arts centraal, samen met de MDL-chirurg.<sup>236</sup> Een van de kenmerken is dat het aantal daarbij betrokken disciplines steeds verder toeneemt. Dit is natuurlijk voor het vakgebied een goede zaak.

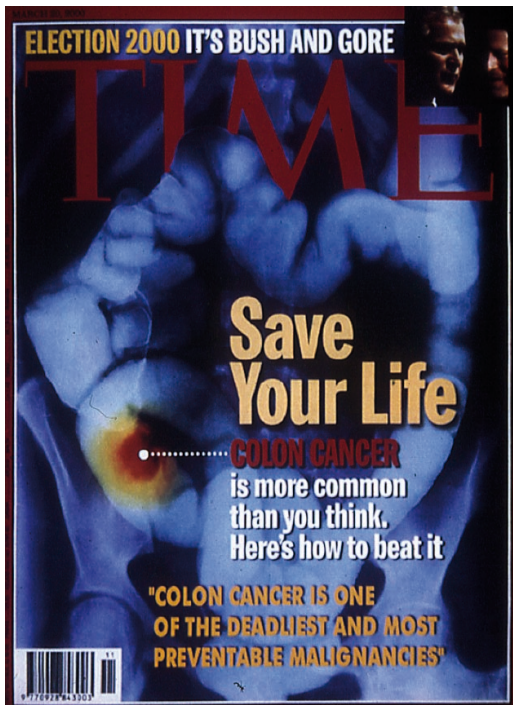
Met de *public awareness* voor deze vormen van kanker en in het bijzonder dikke-darmkanker was het in 2003 niet goed gesteld, gezien de lage plaats van Nederland in de enquête van de United European Gastroenterology (UEG). In het buitenland wordt dit vaak beter aangepakt (zie figuur hierboven).

Al is de precieze oorzaak van veel kankersoorten nog niet achterhaald, er is wel steeds meer over bekend. De algemene toename is vooral te wijten aan de vergrijzing van de bevolking. Daarnaast wijst men een verkeerde leefstijl (weinig beweging) en voeding (bepaalde vetten, alcohol) aan als een predispositie voor kanker. De sterftcijfers zijn significant.

Awareness of the importance of colorectal cancer



Kennis van darmkanker bij het grote publiek is van groot belang. Resultaat van de UEG-enquête 2003, gerapporteerd tijdens UEGW-congres te Madrid in 2003. Nederland staat het laagst genoteerd. Bron: UEG 2003



Je vraagt je af: wordt kennisverbetering in het buitenland beter aangepakt? Bron: Oratie C.J.J. Mulder, 19 december 2003, VUMC

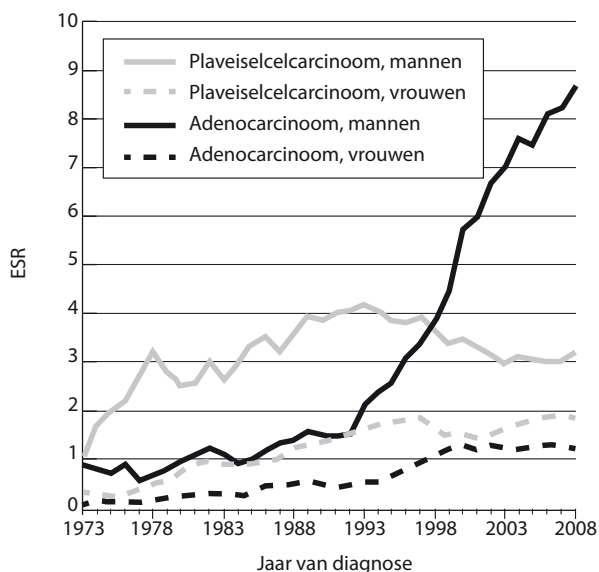
## Doodsoorzaken kanker bij mannen en vrouwen in 2009

Mannen		Vrouwen	
1 Longkanker	6.427	1 Longkanker	3.533
2 Dikke darm, endeldarm	2.566	2 Borst	3.180
3 Prostaat	2.492	3 Dikke darm, endeldarm	2.295
4 Alveesklier	1.178	4 Alveesklier	1.201
5 Slokdarm	1.149	5 Eierstok	1.006

Bron: : Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), 2010

## Slokdarmkanker

Als er enkele hoopvolle ontwikkelingen waren, zoals het sterk teruglopen van het aantal nieuwe gevallen van plaveiselcelcarcinoom in de slokdarm, kwamen er soms andere voor in de plaats. Zo nam in de slokdarm het adenocarcinoom toe (zie figuur Aantal nieuwe patiënten met slokdarmkanker, en inzet over SONCOS), wat overigens wereldwijd een trend is. Toch zijn er enkele positieve ontwikkelingen te noemen. De vrij recente instelling van gespecialiseerde behandelcentra voor slokdarmoperaties bijvoorbeeld, verbeterde de overleving van patiënten met slokdarmkanker.<sup>237</sup> De afname van maagkanker was eveneens een gunstige ontwikkeling.<sup>238</sup> De Maag Lever Darm Stichting verwacht zelfs een sterke daling van de sterfte daaraan.<sup>239</sup> Behalve de *Helicobacter pylori* noemt de stichting onder meer hygiënische verbeteringen en betere behandelingsmethoden als reden voor die daling. Centralisatie van de behandeling, zoals dit door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde in gang is gezet, zal daaraan een belangrijke impuls geven.



Aantal nieuwe patiënten met slokdarmkanker, leeftijdsgestandaardiseerd, per 100.000 inwoners, in de periode 1973-2008. ESR = European Standardised Rate.

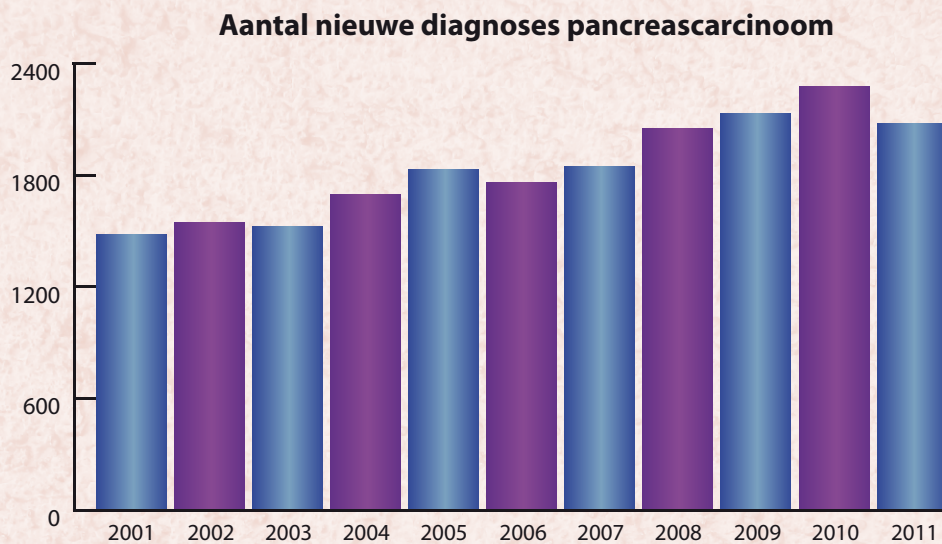
NB Omwille van de weergave van de trends in de jaren '70 en '80 van de vorige eeuw is in deze figuur gebruikgemaakt van gegevens van de reeds langer lopende Kankerregistratie van het Integraal Kankercentrum Zuid. De incidentie in deze regio is vergelijkbaar met de rest van Nederland, met een iets hogere incidentie in het noordoosten en zuidwesten van het land. | Bron: Oncoline.nl

## SONCOS en snel veranderend zorglandschap

In 2009 werd de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) opgericht, een platform voor interdisciplinair overleg tussen de bij oncologie betrokken specialisten. De stichting, waar de MDL-artsen overigens nog niet in het bestuur vertegenwoordigd zijn, richt zich op de hoogst mogelijke kwaliteit van de behandeling van de meest voorkomende tumoren. Dit heeft al aantoonbaar positieve gevolgen gehad. Het houdt wel in dat er aan centralisatie niet valt te ontkomen. Dat dit werkt, blijkt uit de kwaliteit van slokdarmoperaties. Nederland doet het echter niet goed qua sterfte na de maagoperatie en bij de vijfjaarsoverleving. Een van de criteria voor een verantwoorde werkwijze is het aantal behandelingen die op jaarbasis in een ziekenhuis worden verricht. Bij maagkanker bijvoorbeeld, moet er in dit verband bij 53 ziekenhuizen wat veranderen en bij rectumcarcinoom bij 24. Volgens voorzitter Koos van der Hoeven (internist-oncoloog) voldoen die ziekenhuizen niet aan de norm van twintig maagoperaties per jaar, een groot deel zal er dan ook mee moeten stoppen.<sup>240</sup> Wat overigens recent weer werd gerelativeerd: 'Ziekenhuizen die onder de volumennorm scoren, behandelen niet per se slechter.'<sup>241</sup> Tegelijkertijd dient zich een nieuw groot probleem aan: de omzetgroei in een ziekenhuis mag niet groter zijn dan tweeënhalf procent.

## Pancreascarcinoom, 'Van diagnose tot palliatie'<sup>242</sup>

Pancreascarcinoom neemt eveneens toe. Zowel bij arts als patiënt is het een zeer gevreesde ziekte. Waarom blijkt alleen al uit de bovenstaand kopje. Zonder therapie is de gemiddelde overleving slechts vier tot zes maanden. De stadiëring is weliswaar sterk verbeterd, maar de relatieve overleving na de behandeling gaat slechts langzaam iets vooruit. Daar komt dan ook nog bij dat vroege pancreaskanker uiterst moeilijk is op te sporen, al geldt dat ook voor veel andere tumoren. De diagnose wordt in een relatief laat stadium gesteld, waardoor klinisch vroege tumoren vaak biologisch late tumoren blijken te zijn. Nog steeds verwachten medici dat verandering van levensstijl uitkomst zou kunnen bieden, maar kennelijk is juist dat voor veel mensen moeilijk. Levensstijl is bovendien niet een erg concreet begrip. Marco Bruno wees er in zijn oratie (2011) op dat roken de enige onomstotelijk bewezen risicofactor voor deze kanker is.



Pancreascarcinoom komt relatief vaak voor, met een incidentie van 7,6 per 100.000 inwoners per jaar in West-Europa. Daarmee neemt deze tumor 2,5% van alle nieuw gediagnosticeerde kwaadaardige tumoren voor zijn rekening en 5% van de totale sterfte aan kanker. In Nederland komt dat neer op ongeveer 2.000 nieuwe patiënten per jaar.  
Bron: [www.cijfersoverkanker.nl](http://www.cijfersoverkanker.nl) en [www.LWHfoundation.com](http://www.LWHfoundation.com)

Er zijn eigenlijk maar enkele kankervormen waarbij het pre-maligne stadium goed is te herkennen: het adenocarcinoom van de slokdarm en het colorectale carcinoom (CRC). Dit maakt screening mogelijk, alhoewel het bij het adenocarcinoom van de slokdarm de vraag is of dat veel oplevert. Bij risicogroepen voor darmkanker is vroege opsporing daarentegen zeker relevant.

## Erfelijke dikke-darmkanker, een volgende verraderlijke ziekte

Een belangrijke ontdekking bij darmkanker was dat poliepen een voorstadium zijn voor colorectaal carcinoom. Dat had de Londense patholoog Basil Morson al begin jaren zeventig aangetoond.<sup>243</sup> De kans op darmkanker neemt sterk af door deze poliepen preventief te verwijderen. Daarvoor waren wel een paar attitudeveranderingen nodig. Om te beginnen moest daarvoor bij huisarts en bevolking *symptom awareness* worden gekweekt. Bij de Nederlandse bevolking is die *awareness* echter nog steeds voor verbetering vatbaar. 'Nederlander weet niets van dikke-darmkanker', staat in een bewaardossier uit 2003 van MAGMA voor de huisarts over dikke-darmkanker. Ook zijn er verhalen van patiënten uit voorgaande jaren waarbij de huisarts de diagnose miste. Nu is dat laatste hopelijk wat beter geworden, maar ondanks alle – niet geringe – inspanningen zijn MDL-artsen en andere betrokkenen treurig over het gebrek aan kennis op dit terrein. Toch is er de laatste jaren wel veel meer aandacht gekomen op dit terrein.

De aandacht richtte zich in eerste instantie op de erfelijke vormen van darmkanker. Familiële adenomateuze polyposis (FAP) bijvoorbeeld, waarbij zich ontelbare hoeveelheden poliepen in de dikke darm ontwikkelen, en Lynch-syndroom, dat eveneens dominant erfelijk is. FAP treft naar schatting ongeveer honderdvijftig families, Lynch-syndroom is de meest voorkomende erfelijke vorm van colorectaal carcinoom. De eerste jaren was de gangbare term voor dit syndroom *Hereditary non-polyposis colorectal cancer* (HNPCC). Bij beide ziekten kunnen ook buiten de dikke darm tumoren ontstaan, maar het komt vooral voor bij Lynch-syndroom. Ook darmziekten zoals Crohn en colitis ulcerosa, tegenwoordig meestal inflammatoire darmziekten genoemd, geven bij ruim een derde van de patiënten een verhoogd risico op darmkanker, vooral bij oudere patiënten en zelfs sneller dan verwacht (zie hoofdstuk 9).<sup>244</sup> Hoewel bij deze laatste categorie ook duidelijk is aangetoond dat jarenlange behandeling met anti-inflammatoire middelen preventief kan werken.

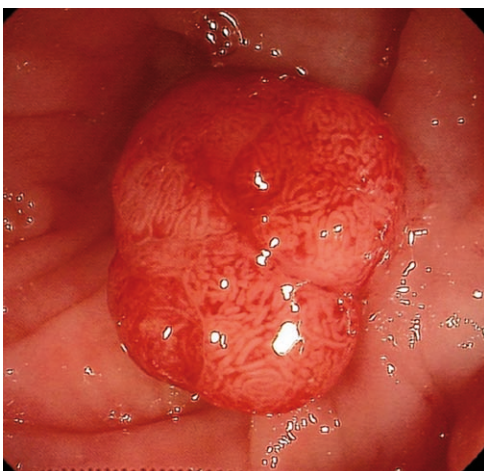


In een artikel in *MAGMA* willen MDL-artsen Annemiek Cats en Gerrit de Groot dat de MDL-arts zich meer in de zorg rondom GE-tumoren gaat profileren. | Bron: *MAGMA*, 2011;17:68-6

## Lynch-syndroom?

Henry Lynch zelf noemde deze ziekte *Cancer family syndrome*. Het ziektebeeld was echter niet nieuw.<sup>245</sup> De eerste beschrijving is waarschijnlijk van de chirurg Sir James Paget (1857), die een aantal kankersoorten beschreef waaronder *endometrial cancer*. Alfred Scott Warthin, bekend geworden door Warthin's tumor (in de speekselklieren), beschreef dit ziektebeeld in 1913 aan de hand van de wederwaardigheden van de familie 'G', aangevuld met een follow-up in 1925. Hij was al in 1895 op dit spoor gezet door zijn naaister, die net als haar andere familieleden jong overleed aan kanker.<sup>246</sup> Lynch vulde het ziektebeeld van de familie G en enkele anderen verder aan. Auteurs die na hem kwamen, refereerden aan Lynch-syndroom. Warthin-syndroom zou weliswaar meer op zijn plaats zijn geweest, maar Warthin was beslist niet de enige die dat overkwam.

Dat FAP en Lynch-syndroom erfelijke ziekten waren, had de ervaring al lang geleerd, ook dat deze zich op relatief jonge leeftijd konden openbaren. Lynch-syndroom is van een recentere datum. Nadat Henry Lynch (Omaha, Nebraska) in 1966 dit ziektebeeld had beschreven, duurde het enige tijd voordat het algemeen bekend werd – wat evenmin ongewoon is in de medische geschiedenis. Met als gevolg dat er in de opleiding ook nog geen aandacht voor was. Begin jaren tachtig verschenen de eerste Nederlandse verwijzingen naar deze ziekte. Enkele specialisten hadden zich toen al wat eerder afgevraagd hoe het mogelijk was dat er jonge patiënten en hun familieleden waren die aan



Vroeg stadium van colorectaal carcinoom, intramucosaal adenocarcinoom. | Bron: Archief afdeling MDL-ziekten, UMC Utrecht

## Impact Lynch-syndroom

'Kanker heeft altijd een grote plaats ingenomen in onze familie. Mijn moeder, negen van haar broers en zussen, mijn oma, mijn broer, nichten en neven zijn op jonge leeftijd (tussen 32 en 54 jaar) aan deze ziekte gestorven. Natuurlijk onnodig om te zeggen dat dit in onze familie diepe sporen heeft achtergelaten'. In korte tijd onderging de schrijfster zelf drie operaties, met bijbehorende nabehandelingen. Na een behandeling met radiotherapie bleven nieuwe kankers weg. Dat is inmiddels acht jaar geleden. Het is slechts een van de vele trieste verhalen die op de site van de patiëntenvereniging is beschreven.

colonkanker waren geopereerd, terwijl zij geen familiale poliepenwoekering hadden. Op hun zoektocht naar de oorzaak stuitte zij toen uiteindelijk op 'Lynch'. De eerste maagdarmtussen die dit uitzochten, moet men zoeken in de 'periferie'. Er wachtte hen soms een lange speurtocht in de familiegeschiedenis om de diagnose te kunnen stellen. Meer bekendheid kreeg het AMC, waar Frieda den Hartog Jager, samen met Guido Tytgat en de chirurg Emiel van Sloten, 'heel erg met dit syndroom bezig' waren. Patiënten met vermoedelijk Lynch-syndroom bleven vervolgens onder controle, wat begin jaren tachtig nog een individuele handeling van de desbetreffende specialist was.

## Diagnostische criteria

Om de continuïteit van het periodieke onderzoek te waarborgen en de kennis te vergroten, hadden Emiel van Sloten en enkele andere artsen in 1983 de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (STOET) opgericht. In 1986 ging zij aan de slag.<sup>247</sup> Begin jaren negentig was er van een eventuele terughoudendheid over deze ziekte in Nederland geen sprake meer. Hans Vasen (internist, directeur STOET) en anderen toonden bijvoorbeeld aan dat er zich bij een driejarige screening regelmatig intervalcarcinomen aandienen, een tweejarige screening kon dat voorkomen.<sup>248</sup> Een meevaller was dat de kosten-batenanalyse voor dit screeningsprogramma aantoonbaar gunstig was. De stichting organiseerde in 1990 een bijeenkomst van de *International Collaborative Group on Hereditary Non-Polyposis Colon Cancer* in Amsterdam. Dit mondde uit in de opstelling van de zogenaamde Amsterdam-criteria. De onderzoekers spraken af voortaan volgens dezelfde diagnostische criteria te gaan werken om uniformiteit in de klinische studies te krijgen. Van tijd tot tijd worden deze aangepast, de eerste keer in 1999, de Amsterdam-criteria II genoemd. De gemiddelde leeftijd waarop het Lynch-syndroom wordt gediagnosticeerd, is 45 jaar. Met pathologisch onderzoek kunnen er tegenwoordig 'aanzienlijk meer patiënten met een verhoogd risico op Lynch worden opgespoord'.<sup>249</sup>



Logo van de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (STOET)  
Het logo laat een stamboom van een familie zien; de donkere stippen zijn aangedane familieleden (mannen en vrouwen) in verschillende generaties.

## Verdieping kennis

Vanaf de jaren negentig past men bij erfelijke darmkanker onder meer DNA- en gendiagnostiek toe. Dit nam een grote vlucht en meerdere 'verantwoordelijke' genen werden opgespoord: een gen voor FAP (APC-gen) in 1991 en vanaf 1993 genen voor Lynch. Bepaalde mutaties zijn niet uniform, het risico op kanker is mede afhankelijk van het gen dat gemuteerd is.<sup>250</sup> Lynchpatiënten hebben ook een verhoogde kans op dunne-darmcarcinoom. Tot voor kort waren er geen mogelijkheden om de dunne darm te bekijken, maar dat verbeterde sterk met de komst van de videocapsule-endoscopie en de dubbel-ballonendoscopie. In 2009 startte een landelijk onderzoek naar erfelijke colonkanker vanuit het UMCG. Hoofdonderzoekers in deze Celsius-studie zijn Jan Jacob Koornstra en Jan Kleibeuker.<sup>251</sup>

## Ander belangrijk Nederlands onderzoek

Na de ontdekking van een aantal verantwoordelijke gendefecten is de kennis van dit ziektebeeld enorm toegenomen. Het is nu bekend dat deze ziekte drie tot vijf procent van de gevallen van darmkanker veroorzaakt, dat zijn ongeveer 480 patiënten per

### En de oorzaak?<sup>253</sup>

Het syndroom wordt veroorzaakt door een kiembaanmutatie in één van de 'mismatch repair'-genen, te weten in MLH1, MSH2, MSH6 of PMS2, of in EPCAM. Ieder kind van een ouder met Lynch-syndroom heeft vijftig procent kans op deze mutatie en dus op het syndroom van Lynch. Familieleden die drager zijn van een mutatie in één van deze genen hebben een sterk verhoogd risico op dikke-darmkanker, meestal zonder dat er veel poliepen aanwezig zijn. Hun cumulatief risico daarop ligt tussen de dertig tot zeventig procent.

jaar (bron: IKF). In 2009 ontdekten Nederlandse onderzoekers bijvoorbeeld dat het MSH2-gen ook kan worden uitgeschakeld door een fout in een naburig gen. Presentaties tijdens de bijeenkomst van the *International Society for Gastrointestinal Heredity Tumours*, in San Antonio voorjaar 2011, gaven een eerste aanwijzing dat er bij Lynch-syndroom sprake is van een versnelde kankervorming. Recent onderzoek liet eveneens zien dat er na behandeling van de eerste darmtumor een aanmerkelijk risico bestaat op een tweede darmtumor. Bij een langere follow-up bleek echter aspirine een significant preventief effect te hebben.<sup>252</sup> Tijdens dit congres verzorgde Nederland meer dan twintig procent van de presentaties. Hans Vasen, die daarover verslag doet in *MAGMA*, is trots op die prestatie. Ook de Nijmeegse onderzoeker Fokko Nagengast en de Groninger Jan Kleibeuker hebben een grote rol in dit onderzoek.

## Bevolkingsonderzoek darmkanker

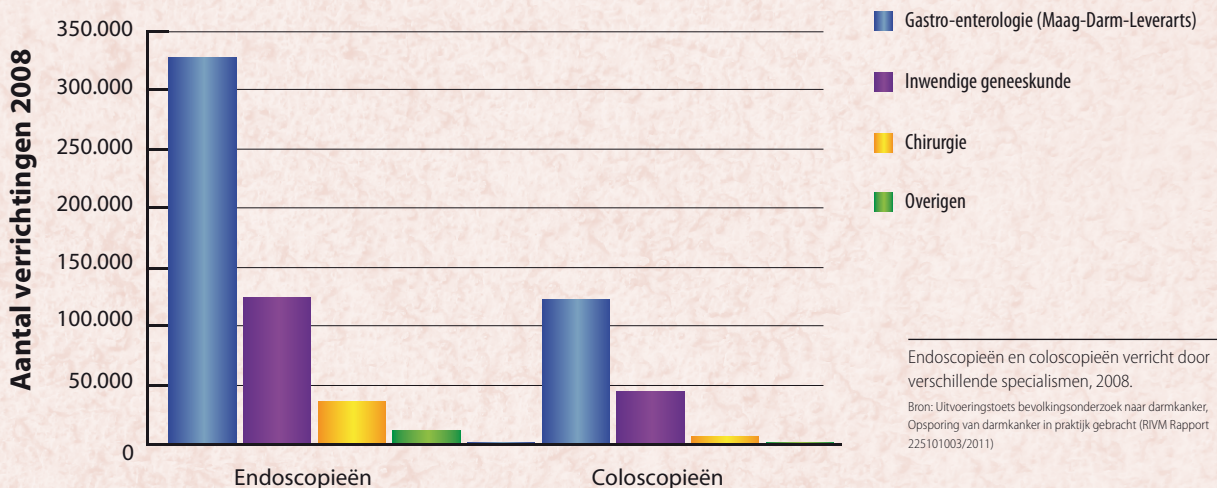
### Rotterdamse actie

De screening van patiënten was eerst nog het initiatief van de behandelende specialist. Door de oprichting van de landelijke stichting voor de opsporing van dergelijke vormen van kanker, was dat veel beter geregeld. Een bevolkingsonderzoek naar darmkanker zou veel meer impact hebben dan alleen de screening van families met erfelijke darmkanker. Daarover waren ook gegevens beschikbaar. In de VS, Engeland en Denemarken waren al in de jaren tachtig diverse langjarige pilot studies naar het effect daarvan gedaan. Met duidelijk aantoonbaar resultaat. Begin jaren negentig gingen er ook in Nederland stemmen op die pleitten voor een bevolkingsonderzoek om zo dikke-darmkanker terug te dringen. In Rotterdam begon men in 1995 maar alvast aan een 'voorstudie'. Met hun simulatiemodel wilden zij het natuurlijke beloop van dikke-darmkanker leren kennen en betrouwbare schattingen kunnen maken van de kosten en effecten van bevolkingsonderzoek. Het bevolkingsonderzoek liet echter nog op zich wachten, ondanks een reeks initiatieven in de loop der jaren.

### Rapporten van de Gezondheidsraad en andere acties

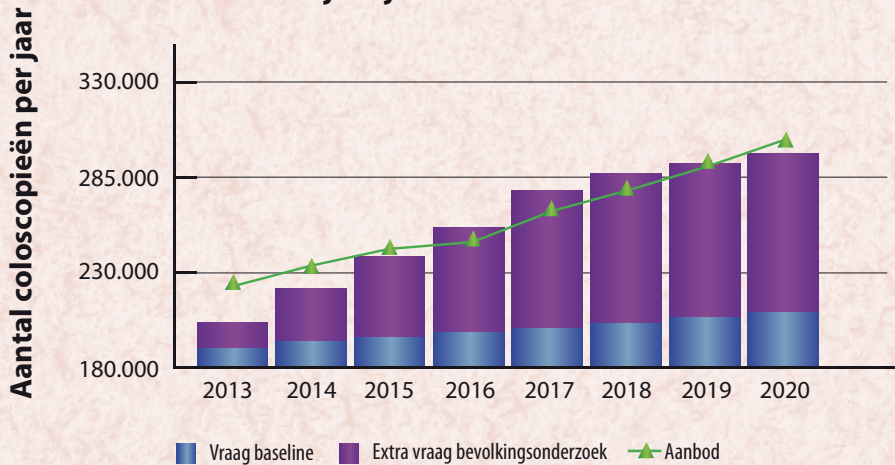
De Gezondheidsraad was in haar eerste rapport in 2001 niet zo positief over een bevolkingsonderzoek als het alleen de erfelijke vormen van dikke-darmkanker betrof. Dat zou slechts een bescheiden toename in de overleving opleveren. Screening op niet-erfelijke dikke-darmkanker daarentegen, zou de ziektelast en sterfte substantieel verminderen. Deze screening verdiende derhalve een 'serieuze overweging'. De 'personele aspecten' waren eigenlijk de grootste zorg van de Raad.<sup>254</sup>

**Endoscopieën en coloscopieën vooral door MDL-artsen uitgevoerd**





## Tijdelijk tekort aan MDL-artsen?



Uitgaande van de ramingen van het Capaciteitsorgaan en niet rekening houdend met mogelijke substitutie-effecten of efficiëntieverbeteringen in de toekomst, zal er in het derde jaar na invoering van het bevolkingsonderzoek (in 2016) voor het eerst sprake zijn van een tekort aan MDL-artsen. Het tekort is in 2017 maximaal en betreft dan 11.132 coloscopieën per jaar. Vanaf 2019 is geen tekort meer te verwachten.

Bron: Uitvoeringstoets bevolkingsonderzoek naar darmkanker, Opsporing van darmkanker in praktijk gebracht (RIVM Rapport 225101003/2011)

Inmiddels was het bevolkingsonderzoek zelf ook betrouwbaarder geworden. In 2003 adviseerde de Europese Commissie haar lidstaten te starten met het bevolkingsonderzoek. In hetzelfde jaar hield de NVGE een lustrumsymposium over dit onderwerp. In 2005 meldde Paul Fockens in *MAGMA* enthousiast: 'We gaan screenen.' Hij baseerde dat op de bijeenkomst die de publieke organisatie ZonMW op verzoek van het ministerie had georganiseerd. De Gezondheidsraad kwam met haar tweede rapport in 2005, waarin zij een proefonderzoek had beoordeeld. In 2006 startte een proef met het bevolkingsonderzoek in Amsterdam, Rotterdam, Nijmegen en Maastricht. Ernst Kuipers heeft daarbij een belangrijke rol gespeeld.<sup>255</sup> In totaal kregen 20.000 mensen tussen de 50 en 74 jaar daarvoor een oproep. Het onderzoek was bedoeld om te beslissen welke test het meest geschikt was, waarna de keuze viel op twee verschillende Faecal Occult Blood Tests (FOBT's). Men verwachtte een respons van vijftig procent. Eveneens in 2006 stelden Kamerleden vragen over het uitblijven van het landelijke bevolkingsonderzoek.

### 'Er ligt een grote verantwoordelijkheid op onze schouders'<sup>258</sup>

Daarna kwam dan toch de aanloop tot wetgeving. Met nieuwe trials om bij een eventueel vervolgonderzoek de te volgen methode te bepalen: de zogenaamde CoCos-trial, een samenwerking tussen Erasmus MC en AMC, met CT-cografie of coloscopie. Er kwam een nieuwe stroom rapporten op gang, die allemaal aandrongen op invoering. Die rapporten kwamen niet alleen van de betrokken specialismen, ook van ZonMw, KWF, Gezondheidsraad en RIVM. Naast de CoCos-trial waren er nog capaciteitsonderzoek, kwaliteitsborging, een uitvoeringstoets nodig, en ga zo maar door.<sup>259</sup> Intussen waren er bovendien nieuwe organisaties bij gekomen. En – eindelijk – komt het bevolkingsonderzoek zelf dichterbij.

Er is nog steeds een tekort aan MDL-artsen, er moest dus zorgvuldig worden bekeken hoe het

## Nederland laat met de invoering van het bevolkingsonderzoek, Kamervragen 2006

'Hoe komt het dat in tal van landen, waaronder Canada, Duitsland, Tsjechië, Israël, Noorwegen, Finland, Frankrijk, Polen, Italië en de VS, vergelijkbare cijfers over sterfte hebben geleid tot introductie van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker en dat in Nederland eerst weer een nieuw onderzoek moet worden afgewacht, terwijl de incidentie van darmkanker in vergelijking met andere Europese landen hoog is?' De desbetreffende Kamerleden waren echter niet zo goed op de hoogte.<sup>256</sup> Het bleek dat veel landen nog niet echt waren begonnen en dat het, als er al gescreend werd, de vraag was of het voldeed aan de eisen.<sup>257</sup> De minister antwoordde dat capaciteitsproblemen de oorzaak waren voor het uitstel in Nederland. Ingewijden gaven echter aan dat de kosten ervan steeds opnieuw het belangrijkste motief waren.

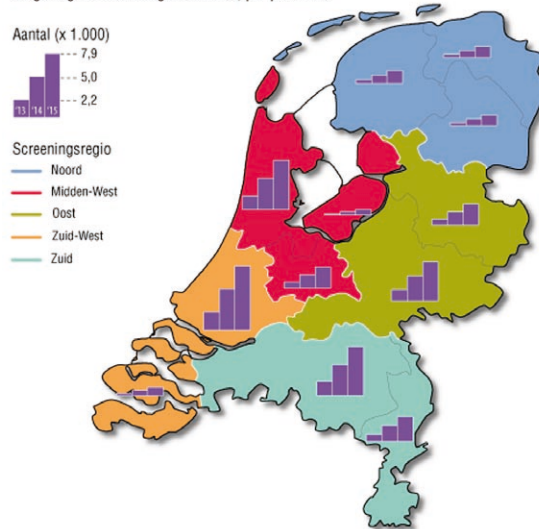
## ‘Niemand had nog goed naar de gezonde darm gekeken’

En daarom besloot Hans Clevers (moleculair geneticus, hoogleraar UMC Utrecht, thans voorzitter Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen) dat te gaan doen. Dat leverde zoveel op, dat hij prestigieuze prijzen ontving, zoals de Spinozaprijs (2001), de dr. A.H. Heinekenprijs voor de Geneeskunde (2012) en de *Breakthrough Prize in Life Sciences* (2013). Hij begon met het kweken van zowel kwaadaardige als gezonde darmcellen. In 1996 ontdekte hij met zijn team in het Hubrecht Instituut (Utrecht) welk gen tot de ongeremde celdeling aanzette. Daardoor begrepen wij het ontstaan van darmkankerstamcellen. Het lukte ook om darmstamcellen te kweken. Zijn nieuwste ontwikkeling is het opzetten van een *living biobank* (UMC Utrecht). Daarmee zijn bijvoorbeeld duizend middelen te testen in plaats van één geneesmiddel per trial. Ook ‘kunnen wij veel beter naar nieuwe middelen zoeken’ en de verschillen tussen tumoren uitpluizen. Uit bijna elk orgaan krijgen wij nu de stamcellen te pakken en kunnen deze op kweek zetten.<sup>263</sup>

bevolkingsonderzoek moet worden georganiseerd. Kon dat eigenlijk wel? Mede daardoor was er een toenemende belangstelling voor de inzet van verpleegkundig endoscopisten, die een waardevolle bijdrage konden leveren.<sup>260</sup>

In MAGMA blijkt de spanning bij de MDL-artsen toe te nemen. Voor de één, die zich eerder had afgevraagd ‘Hoe lang willen we nog wachten?’, kan de vlag uit (Ernst Kuipers), een ander is eveneens optimistisch ‘Kunnen wij dat aan? Ja!’ (Michiel van Haastert), maar anderen zijn voorzigtiger: ‘Kunnen we het aan? Wellicht ...’ (Jochim Terhaar ofwel Droste en zijn VUMC-collega’s).<sup>261</sup> De voorzitter van de Commissie Implementatie CRC-screening, Michiel van Haastert, verwacht dat als het in 2013 gefaseerd wordt ingevoerd, het screeningsprogramma kan worden uitgevoerd. ‘Er ligt een grote verantwoordelijkheid op onze schouders.’

Aantal verwachte extra coloscopieën 2013-2020  
als gevolg van bevolkingsonderzoek, per provincie



Screening voor darmkanker en het te verwachten aantal coloscopieën per provincie. | Bron: RIVM, Bevolkingsonderzoek darmkanker, 2013



MDL-arts Evelien Dekker is vanuit het AMC nauw betrokken bij het bevolkingsonderzoek. | Foto: Mark van den Brink

De verwachting is dat er ongeveer 79.000 extra coloscopieën moeten worden gedaan. De verwachte opkomst voor het onderzoek is zestig procent. Omdat de opkomst bij bevolkingsonderzoeken varieert en soms teleurstelt, varieert ook het geschatte aantal gespaarde mensenlevens, van vijftienhonderd tot 2400 (RIVM) bij een opkomst van zestig procent. Ook kranten gingen zich ermee bemoeien, zoals recent *de Volkskrant*: ‘Sterfte dikke-darmkanker kan 50 procent omlaag’.<sup>262</sup> Dat klinkt in ieder geval positief.

Dit megaproject begint in het jubileumjaar 2013. Precies honderd jaar geleden konden de oprichters van de Vereniging van Nederlandsche Maag-Darmartsen niet vermoeden dat hun vak zou uitgroeien tot wat het nu is. Het zou Schrijver, Schalijs, De Groot en anderen die zich in de loop der jaren hebben ingezet om het MDL-specialisme een stevige wetenschappelijke basis te geven, ontzettend trots hebben gemaakt dat hún specialisme nu zo centraal en belangrijk is geworden.

## Laparoscopische cholecystectomie

### Carl Langenbuch en zijn open cholecystectomie

In 1882 verwijderde Carl Langenbuch (Berlijn) bij een patiënt niet alleen de galstenen maar ook de galblaas, de zogenaamde open cholecystectomie. Tot dat moment verwijderde een chirurg alleen de galstenen en naaide vervolgens de galblaas weer dicht. Langenbuch wees er echter op dat verwijdering van de galstenen geen enkele zin had, omdat deze door de galblaas werden veroorzaakt. Langenbuchs naam raakte eerst wat in de vergetelheid, maar rond de eeuwwisseling had hij veel collega's overtuigd van de waarde van zijn methode. In 1897 was deze operatie al bij bijna honderd patiënten toegepast, met een voor die tijd erg lage mortaliteit van twintig procent. Zijn vinding is meer dan een eeuw een heel veilige standaardtechniek geweest voor galblaasoperaties.<sup>264</sup>

### *'A remarkably simple, safe and quick method'*<sup>265</sup>

De introductie van de laparoscopische technieken bij buik- en slokdarmoperaties was een doorbraak van de eerste orde. Laparoscopie was geen onbekende term in de geneeskunde; als diagnostisch instrument kwam dit al in deel II ter sprake. Gynaecologen pasten laparoscopie, na diverse belangrijke verbeteringen, vanaf 1966 algemeen toe. Zij deden dit zelf, want algemene chirurgen durfden dat toen nog niet aan.<sup>266</sup> De eerste laparoscopische cholecystectomie was in 1985 en staat op naam van E. Mühe, die dit een opmerkelijk eenvoudige en veilige ingreep vond. Dat was toch wat dubieus. In 1990 kwam er meer vaart in door de resultaten van laparoscopische ingrepen bij grotere groepen patiënten, zoals de 330 laparoscopieën die Franse onderzoekers beschreven.<sup>267</sup>

In alle opzichten bleek de laparoscopische ingreep te verkiezen boven de open cholecystectomie. De eerste Nederlandse chirurgen (Eindhoven) kozen in 1989 voor deze techniek. Het leek erop dat men in die stad niet voor elkaar wilde onderdoen, want uit alle drie de grote ziekenhuizen kwamen berichten over laparoscopische operaties: Willem van Erp in het Diaconessenhuis, Cornelis Bruyninckx in het Josephziekenhuis en Jack Jackimonicz in het Catharina Ziekenhuis.<sup>268</sup>



Cursisten en instructeurs tijdens de eerste laparoscopie cursus in Nederland, in Maastricht, 1990. Op de voorgrond herkenbaar de organisatoren Dirk Gouma (met stropdas) en Peter Go (met windjack). | Bron: Peter Go, Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein

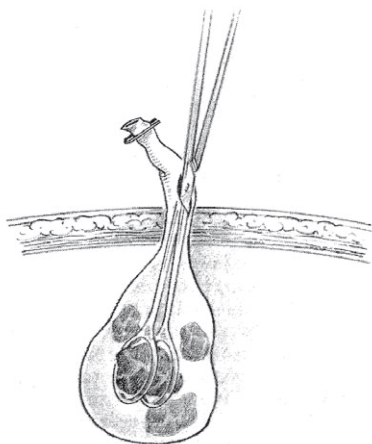
## Enquête-respons van honderd procent!

De Amerikanen Spaw, Reddick en Olsen en anderen hebben een grote invloed gehad op de popularisering van de techniek.<sup>269</sup> In het algemeen waren Nederlandse chirurgen tot begin jaren negentig nog steeds wat terughoudend ten opzichte van dergelijke nieuwe technieken, maar vanaf 1990 gingen zij *en masse* over op de laparoscopie. Eerst moest men daarvoor vooral in de perifere ziekenhuizen zijn. Om het aantal ingrepen, complicaties en resultaten daarvan te kunnen aangeven, stuurden de Maastrichtenaren Peter Go en Dirk Gouma een enquêteformulier naar alle -138! - chirurgische afdelingen in Nederland. In de periode 1990 tot 1992 ondergingen bijna zeventuizend patiënten deze behandeling. Bij iets minder dan een procent waren galwegletsels opgetreden (een percentage dat niet kon worden verbeterd), ruim vier procent kreeg complicaties en bijna zeven procent van de patiënten moest alsnog een open procedure ondergaan. Met deze uitkomsten konden de Nederlandse chirurgen zich heel goed meten met internationale collegae. Hoogstwaarschijnlijk uniek was de reactie die zij op hun enquête kregen: 'the response rate was 100 percent', schreven zij in het *British Journal of Surgery*.<sup>270</sup>

## Unieke geschiedenis

Niet alleen een reactie van honderd procent was uniek. Ook was nooit tevoren een nieuwe chirurgische techniek zo snel over de hele wereld algemeen geaccepteerd. Dit was mede te danken aan de instrumentenfirma's die snel met nieuwe en verder verbeterde instrumenten kwamen. Voor galblaaschirurgie werd binnen vijf jaar na de introductie laparoscopie in 1993 de gouden standaard.<sup>271</sup> De patiënten bleven evenmin achter, hun keuze stond vrijwel van begin af aan vast. Een knappe dokter die hen van het ondergaan van een laparoscopische behandeling kon afhouden. Vandaag de dag worden er bijna geen open galblaasoperaties meer gedaan, maar helemaal verdwenen is 'Carl Langenbuch' nog niet. Bij extreme adipositas, ernstige verklevingen en na eerdere abdominale chirurgie of een langer bestaande cholecystitis met infiltraatvorming, wacht de 'ouderwetse' open operatie met een voor tegenwoordige begrippen 'enorm' litteken.

## Pro's en contra's

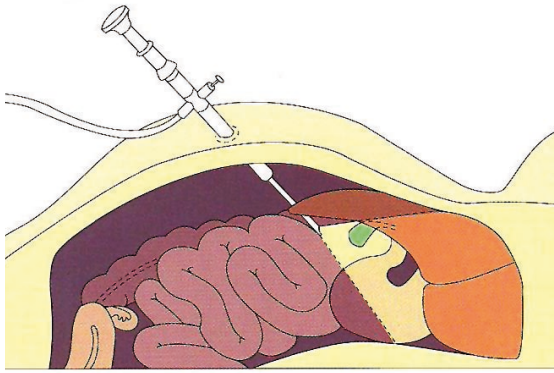


De galblaas is in de buikwand getrokken en geopend. Vervolgens verpulvert de chirurg de concremenen met een klem en zuigt hij gruis en gal af. Tot slot wordt de galblaas als een leeg zakje door de opening naar buiten getrokken. | Bron: *NTvG*, 1991;7:276.

De minimale incisie was een groot voordeel van de laparoscopie. De voordelen hiervan voor de patiënt waren evident. Zo had hij in het algemeen minder pijn door de kleine wond en herstelde sneller. In plaats van een ziekenhuisopname van tien of meer dagen kon de patiënt al na drie dagen naar huis, tegenwoordig zelfs na een dag. De patiënt kon weer sneller rondlopen. Dat bevorderde de longfunctie en dat kon weer een longontsteking voorkomen, een gevreesde complicatie na deze operatie. Ook de darmfuncties herstelden zich sneller.

Nadelen waren niet helemaal uitgesloten, er bleef een risico voor galwegletsels. Willem Bemelman (AMC) wees er in 2007 in zijn inaugurele rede op dat deze gevreesde complicatie nog steeds twee keer zo vaak voorkomt als na een open ingreep.<sup>272</sup> Dat lot trof honderdvijftig patiënten per jaar. Een ander probleem waren de kosten van het instrumentarium, maar dat is bij de verwijdering van de galblaas hooguit een minpuntje.<sup>273</sup> Gezien het aantal patiënten met 'galsteenlijden', tegenwoordig gemiddeld vijftienduizend per jaar, kunnen die kosten ten dele worden gecompenseerd met de veel kortere opnames.

Yolanda Keulemans en Dirk Gouma wezen nog op een andere ontwikkeling. Door de snelle en zeer succesvolle introductie van de laparoscopische cholecystectomie heeft een aantal niet-chirurgische behandelingen om galstenen te verwijderen, die eerst veelbelovend leken, nooit meer inhoud gekregen. De oplosterapie met ursodeoxycholzuur is hiervan een voorbeeld (dat inderdaad niet-verkalkte kleinere galstenen kan oplossen, al neemt dat jaren in beslag).



Schematische tekening van laparoscopische operatie met het zichtbaar maken van het leverbed en het galblaasgebied.

Bron: Mardeno Atlas, Mardeno Life Systems, 2003

Bovendien bleef het recidiepercentage voor galstenen zeer hoog.<sup>274</sup> Vanwege het grote succes bij het vergruizen van nierstenen was het een logische gedachte om dit ook bij galstenen te gaan doen. Bij galstenen deden zich echter te veel problemen voor om dit blijvend te kunnen inzetten.

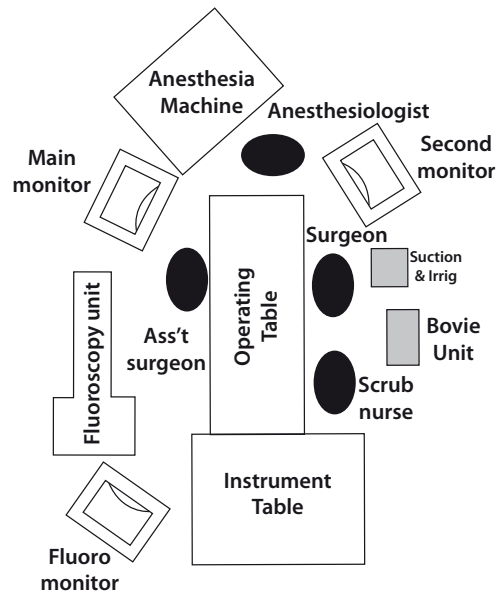
## Laparoscopische colonoperaties

De laparoscopische darmresectie werd niet eens zoveel later geïntroduceerd, hoewel aarzelend. Want was zo'n ingewikkelde ingreep met die methode wel medisch verantwoord bij dikke- en dunne-darmoperaties? De invoering van laparoscopische technieken op andere

terreinen was gewoon een kwestie van tijd. Minimale invasieve ingrepen waren duidelijk veel minder belastend voor de patiënt. De verwachting was dat zij ook breed toepasbaar zouden worden bij colonchirurgie, chronische darmontstekingen en carcinomen. Tom Janssen (Sint Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein) verrichtte in 1991 de eerste laparoscopische darmresectie in Nederland.<sup>275</sup> Ondanks de eerdere bedenkingen was dat vroeg; buitenlandse publicaties waren daarover eveneens nog beperkt.<sup>276</sup>

Een andere reden voor terughoudendheid was dat chirurgen zich een heel andere techniek eigen moesten maken, wat vroeg om een lange leercurve. Voor hen was dat kennelijk geen prioriteit. De aarzeling kwam mede door de complexiteit van de ingreep en de onzekerheid over de oncologische radicaliteit, vooral bij patiënten met darmkanker. Berichten over uitzaaiingen die in die jaren verschenen, maakten extra voorzichtig. In 1997 was slechts twee procent van de darmoperaties laparoscopisch, in 2007 tien procent, wat evenmin veel is. Naar later bleek waren de eerste slechte uitkomsten ook toe te schrijven aan 'technische onvolkomenheden'.

Vermeldenswaard is hier dat het Medisch Centrum Leeuwarden al in 2000 voor darmkanker de laparoscopische benadering als standaard invoerde. Waar anderen zich nog vertwijfeld afvroegen of dit wel een juiste keuze was, vroegen die specialisten zich af of deze methode inderdaad een positieve uitwerking had op de langetermijnoverleving. Was bijvoorbeeld de eigen afweer van het lichaam hierdoor minder gecompromitteerd? Internationaal waren er nu ook enkele langetermijnresultaten beschikbaar,



Klassieke opstelling voor laparoscopische operaties in de OK.

Bron: Archief afdeling Heelkunde, UMC Utrecht

## 'Open-minded' chirurgen

Laparoscopische operaties vroegen onder meer om een andere oog-handcoördinatie. Het was een soort superspecialisatie waarvoor een langdurige training nodig was. De eerste galblaasoperaties waren lang niet altijd vlekkeloos verlopen. De resultaten van de eerste ingewikkelde darmoperaties waren volgens Willem Bemelman zelfs niet eens bemoedigend. Chirurgen moesten er bovendien aan wennen dat deze operaties veel meer tijd innamen dan open operaties. Maar daar wendden zij aan, de chirurgen waren 'open-minded' geworden. Zij konden dan ook niet ontkennen dat laparoscopie voor de patiënt veel minder belastend was.<sup>277</sup>

zowel met positieve als minder aantoonbare uitkomsten.<sup>278</sup> In Europees verband was die onzekerheid reden voor de start van een groot onderzoek daarnaar.

De hooggespecialiseerde training die voor deze ingrepen is vereist, maakt dat deze in een beperkt aantal ziekenhuizen kan worden uitgevoerd.<sup>279</sup> Naast geavanceerde, gecombineerde endoscopische en laparoscopische technieken voor complexe operaties, was er ook zoiets eenvoudigs als het aanbrengen van tatoeages tijdens een endoscopie door de MDL-arts om de laparoscopisch chirurg precies aan te geven waar letsels in het colon zaten.

## Soms óók lijdende chirurgen

Sommige chirurgen kregen een pijnlijke nek, rug en duim door de niet direct ergonomische omstandigheden tijdens de operatie. Ook dat verbeterde sterk. Het UMC Utrecht had in 1999 als eerste in Nederland een robot (de Da Vinci-robot) en bovendien nog een tweede in het laboratorium voor chirurgie. Daarmee opereerde de chirurg niet aan de operatietafel, maar op afstand. Deze telechirurgie deed ook bij andere operaties zijn intrede. Daarmee kon men tal van nieuwe procedures ontwikkelen, vooral als de operaties complex waren.<sup>280</sup> Het zorgt voor een ideale ooghandpositie en geeft de chirurg veel zogenaamde vrijheidsgraden waardoor een groot aantal van zijn bewegingen wordt overgenomen door de polsgewrichten van de instrumenten. Driedimensionale schermen die een tot tien keer vergroot HD-beeld geven, zijn een ander pluspunt van deze moderne technieken. Met de Da Vinci's fungeerde Utrecht in die jaren wereldwijd als trainingscentrum. Zoals tegenwoordig valt te verwachten, wordt er door de ziektekostenverzekeraars flink tegen geageerd vanwege de immer oplopende operatiekosten. Kort geleden kwam er echter ook kritiek uit eigen gelederen, zo blijkt uit een artikel in *Medisch Contact* en het *NTvG*.

Inmiddels waren de laparoscopische colonoperaties aan een relatief kleine inhaalslag begonnen. Toch konden de grote voordelen van de laparoscopische chirurgie niet zomaar in 'daden' worden omgezet. Johan Lange schatte in zijn oratie (Erasmus, 2012) dat er in de Nederlandse ziekenhuizen zestig procent van de colonchirurgie met de laparoscopische techniek wordt verricht. In absolute getallen ziet dat er wat anders uit: tienduizend dunne- en dikke-darmoperaties. Dit voor Lange te lage percentage komt door een tekort aan goed opgeleide chirurgische teams in de algemene ziekenhuizen. Waarschijnlijk net zo belangrijk is dat de kosten van de apparatuur voor aanschaf, installatie en sterilisatie zo'n 1,5 miljoen euro bedragen. Desondanks loopt Nederland wereldwijd voorop. Een grote verbetering is dat de laparoscopische colonchirurgie nu tot standaard in de opleiding van de gastro-intestinaal chirurg is opgenomen. Inmiddels zijn in Nederland twintig Da Vinci-robots in gebruik. Maar of deze operaties per se met de 'Da Vinci' moeten?



De Da Vinci-robot in actie: de apparatuur is in de patiënt ingebracht, alle onderdelen zijn steriel afgedekt; de operateur zit opzij, geheel apart, aan de bedieningsconsole.

Bron: Afdeling Heelkunde, UMC Utrecht

## Da Vinci-robot: 'Exnovatie?'

De in alle opzichten verbeterde mogelijkheden en resultaten zijn voor een belangrijk deel te danken aan technologische innovaties. Maar niet elk technologisch apparaat dat de bewondering opwekt van velen, is voor iedereen een hoge prijs waard. Of dat ook geldt voor de Da Vinci, is nog niet te zeggen. In de medische literatuur blijkt echter wél dat er 'een onthutsend en bijna compleet gebrek aan gerandomiseerde trials [is] waar de effectiviteit van de Da Vinci-robot uit zou kunnen blijken.' Evenmin is uitgezocht of er met deze robot betere resultaten te verkrijgen zijn, of een kortere opnameduur. Zoals het er nu uitziet, lijkt dit apparaat volgens deze critici nauwelijks iets toe te voegen terwijl de kosten veel hoger zijn.<sup>281</sup>

Heelkundige specialisten kwamen hiertegen in het geweer: binnen de chirurgie is dubbelblind placebogecontroleerd onderzoek lastig te realiseren. 'Gelukkig is chirurgie praktisch en hoeft iets wat logisch is niet per se te worden bewezen.' Een specialist die ontspannen achter de console zit met 3D-beeldvergrotingen en trillingsvrije microchirurgische instrumenten, krijgt een betere uitkomst qua opnameduur, bloedverlies en functioneel herstel.<sup>282</sup> Toch voelden sommigen zich aangesproken. In Nijmegen is in het UMC recent de 'ok als academische afdeling' ingesteld. De bedoeling daarvan is dat men in een breed samenwerkingsverband nieuwe technieken gaat onderzoeken op toegevoegde waarde en kosteneffectiviteit.<sup>283</sup>

## Robotchirurgie?

Miguel Cuesta (VUMC) zag veel in de robot: een precisiehulpmiddel waardoor een chirurg oneindig veel meer kan dan handmatig mogelijk is. Hij had echter wel bedenkingen tegen de term robot. Een robot associeer je met een apparaat dat onafhankelijk functioneert en zover was het nog niet. En ingewikkeld? Na tien minuten weet je hoe robotchirurgie werkt.<sup>284</sup> De Da Vinci was er toen overigens nog niet.

## Thoraco- en laparoscopische operaties van de oesofagus

De laparoscopische techniek heeft een grote vlucht genomen. Dit is mede te danken aan andere nieuwe technieken en zeer gespecialiseerde instrumenten zoals tangetjes en miniatuurvideocamera's. Dit alles aangevuld met een betere manier om gas in bijvoorbeeld de buikholte te brengen en door verbeterde sterilisatietechnieken. MDL-artsen wijzen nogal eens op technische hoogstandjes van chirurgen op hun gebied, zoals de nieuwe operatiemethode bij achalasia, een aandoening in de slokdarm die ernstige passageproblemen veroorzaakt. Achalasia is een nieuw MDL-terrein; in de jaren veertig begon men eigenlijk niet eens aan een slokdarmoperatie.<sup>285</sup> In het AMC behandelde het team deze passageproblemen met een laparoscopische myotomie (in/doorsnijding van spier). Het team van Richard van Hillegersberg (UMC Utrecht) behandelde slokdarmkanker door via een thoracoscopisch-laparoscopische ingreep in de borstkas een deel van de slokdarm te verwijderen, eveneens een 'technisch hoogstandje'.<sup>286</sup> Het VUMC liet zich evenmin onbetuigd, daar zorgde het team van Miguel Cuesta voor de popularisering van de laparoscopische techniek door deze niet via de borstkas uit te voeren maar via de opening in het middenrif. Deze werd later ook overgenomen door het team in het AMC.

Na al deze chirurgische ontwikkelingen lijkt de MDL-arts wat uit het zicht verdwenen. Deze operaties leenden zich evenwel uitstekend voor een goede samenwerking, zoals dat ook bij de levertransplantaties meestal naar aller tevredenheid verliep. MDL-artsen hadden ook meer met chirurgen te maken dan met internisten. Wat dit verder voor hen betekende? Het was vooral een verruiming van het diagnostisch vakgebied, waarbij bovendien direct daarna een operatieve behandeling beschikbaar was. De patiënt wordt in één traject geholpen en dat alleen al is minder belastend. De rol van de MDL-arts is daarnaast belangrijk voor de palliatie, bijvoorbeeld door stents te plaatsen als tijdelijke oplossing.

## Hoopgevend?

Na de eerste levertransplantaties (in 1966, Leiden, en in 1968, Arnhem, zie hoofdstuk 14), duurde het nog geruime tijd voordat anderen zich in Nederland daaraan waagden. Het sterftcijfer was hoog, wat nog eufemistisch is gezegd. In 1976 waren er ‘wereldwijd’ nog slechts twaalf patiënten in leven van de 130 die tussen 1963 en 1975 een levertransplantatie hadden ondergaan. Dit waren de resultaten van dertig centra, want onder chirurgen was er veel belangstelling voor deze operatie. In het begin richtten zij zich vooral op verbetering van de chirurgische technieken, het voorkomen van een onbehandelbare bloedstolling en een betere orgaanpreservatie. Ook de onderdrukking van het immuunsysteem behoefde nog veel aandacht. Chirurg Niels van der Heyde detecteerde desondanks toch één hoopgevend resultaat. Vanuit Denver (Starzl) berichtte hij in 1967 dat ‘slechts één van de veertien gestorven patiëntjes een afgestorven lever had’. Er zouden nog jaren met vooral teleurstellingen volgen. Onderzoekers en klinici legden daarmee in de loop van de jaren zeventig en tachtig wel de basis voor een essentiële kennistoename, waarna uiteindelijk een omslag op het gebied van levertransplantaties kon volgen.

## Belangrijke oorzaak van de teleurstellende resultaten

De matige resultaten van de transplantaties kwamen niet alleen door de achteraf gezien nog gebrekkige kennis en technieken. Dat de ontwikkeling hiervan wat langzamer vorderde dan wellicht mogelijk was geweest, was mede te wijten aan de overheersende positie van de chirurgen in dezen. In de twee belangrijkste centra, Denver (Starzl) en Cambridge (Sir Roy



Calne), was dit een vrijwel exclusieve chirurgische gebeurtenis. Het trok chirurgen aan, niet alleen omdat de lever een ingewikkeld orgaan was, maar ook omdat deze operatie ‘een van de meest fascinerende chirurgische verrichtingen’ was.<sup>287</sup>



Sir Roy Calne (boven) en Thomas Starzl, die in 2012 de Laskar-DeBakey Clinical Medical Research Award kregen. | Bron: JAMA 2012;308:1512

Bij dergelijke ingewikkelde ingrepen kwam nog veel meer kijken, en in Groningen begreep men dat. Men ‘begreep’ daar ook dat hepatologie meer aandacht in de opleidingen moest krijgen. Toen het Academisch Ziekenhuis Groningen (AZG) in 1979 de eerste levertransplantaties uitvoerde, was het mondiaal het vijfde centrum waar dit mogelijk was. Bij al deze operaties nam de chirurg de hele lever weg en plaatste de donorlever op de zelfde plek.

### Alleen chirurgen? Niet in Groningen!

Aan die eerste levertransplantatie in 1979 was al het een en ander voorafgegaan.<sup>288</sup> Zoals eerder is beschreven had de medische faculteit in Groningen als enige academisch centrum sinds 1968 een afdeling Leverziekten. Daarmee kwam er tevens een onderscheid tussen maagdarmsziekten en leverziekten. De afdeling stond onder leiding van internist-hepatoloog Chris Gips. Voor de eerste daadwerkelijke transplantatie

### Het eerste ‘succes’

De eerste, niet in korte tijd lethaal verlopende orthotopie levertransplantatie (OLT, waarbij de volledige lever wordt weggehaald) staat op de naam van Thomas Starzl (Denver) in 1967. Zijn patiëntje van anderhalf jaar overleefde de operatie en bleef daarna nog dertien maanden in leven.



trokken enkele hepatologen en chirurgen naar het King's College in Londen, waar zij met Sir Roger Williams samenwerkten. Eenmaal terug in Groningen begon een team van deskundigen in het AZG met de voorbereidingen – met militaire precisie uitgevoerd en tot in het kleinste detail. Vooral Chris Gips was sterk betrokken bij het hele proces. In tegenstelling tot andere centra was het in Groningen geen exclusief chirurgen'feestje', van in dit geval Ruud Krom (later 'weggekocht' door de Mayo Clinic) en Gauke Kootstra, die weer plaatsmaakte voor Maarten Slooff. In ruim een jaar verrichtten zij zes levertransplantaties, waarvan drie patiënten binnen veertig dagen overleden.<sup>289</sup> Deze eerste ervaringen waren vergelijkbaar met die van Starzl (inmiddels werkzaam in Pittsburg).

Daarna verbeterde de situatie wat, te oordelen naar de resultaten van een cohortonderzoek tussen 1979 en 1986 (Chris Gips, 1986). De gevolgde procedures bleken hun vruchten af te werpen. Met een vijfjaarsoverleving van 56 procent was dit aanzienlijk beter dan bij andere centra, hoewel sommigen dit tegenspreken.<sup>290</sup> Op een totaal van vijftig patiënten overleden er echter nog 22. Ook de oorzaak daarvan werd door de levertransplantatiegroep van het AZG gepubliceerd.<sup>291</sup> Het AZG-onderzoek liet zien waar de grootste problemen lagen. Dergelijke gegevens leverden belangrijke informatie waar ieder transplantatieteam baat bij kon hebben. Dergelijke harde, eerlijke analyses waren echter niet vanzelfsprekend, het was zelfs zeer ongebruikelijk.

Overleving na levertransplantatie		
Jaar	Aantal patiënten	Percentage
Voor 1967	..6	..0
1967-1969	19	26
1969-1971	25	24
1971-1973	25	32
1974-1976	36	33
1977-1979	60	33
1980-1983	178	65
1984-1987	-	76

Resultaten (1-jaarsoverleving) van orthotope levertransplantatie, 1963-1983, Starzl en medewerkers te Colorado en Pittsburg. | Bronnen: Cu86, EV88d, Ma89

## Biliaire cirrose en immunosuppressie-protocol

'Achteraf gezien waren de betrekkelijk goede resultaten in Groningen mede te danken aan de indicatie voor de transplantatie. Het team transplanteerde vooral kinderen met biliaire cirrose (ontstekingen in de galkanaaltjes). Patiënten met primaire biliaire cirrose hebben een betere prognose dan bijvoorbeeld bij acuut leverfalen of levercirrose ten gevolge van hepatitis C. De prognose was bij kinderen sowieso beter dan bij dan volwassenen. Ook het door Chris Gips bedachte immunosuppressie-protocol zal hoogstwaarschijnlijk hebben bijgedragen aan die resultaten.' (Robert Porte). In ieder geval is één van de langst overlevende patiënten ter wereld in 1979 in Groningen getransplanteerd. 34 jaar later is deze patiënt nog steeds in leven.

Bij de eerste transplantaties in Leiden en Arnhem waren eveneens kinderen betrokken. In buitenlandse centra kregen daarnaast enkele volwassenen met alcoholische cirrose een donorlever. Het AZG startte in 1982 met levertransplantaties bij kinderen. Deze transplantaties werden het 'speerpunt van Groningen'. Het is nog steeds het enige kindertransplantatiecentrum in Nederland. Dat er vervolgens een Levertransplantatiecentrum in Rotterdam zou komen, lag eigenlijk al in 1985 zo goed als vast.

## Levertransplantaties en alcoholcirrose

Wereldwijd hadden de eerste transplantatiepatiënten vooral een chronische alcoholcirrose. Die keuze zou wellicht te wijten kunnen zijn aan de zeer ongunstige prognose van de eerste transplantaties. Na de eerste aanloop kwam er echter een heftige discussie op gang of deze groep patiënten wel voor een transplantatie in aanmerking mochten komen. Zij hadden hun kwaal immers aan zichzelf te wijten? Op den duur kon dat standpunt niet helemaal worden gehandhaafd; medisch gezien is er zo veel aan jezelf te wijten. De publiek opinie bleef echter een grote rol spelen. Bovendien, voor een levertransplantatie is een donor nodig, wat een eventuele weigering door de donor om af te staan aan een alcoholist in een heel ander daglicht plaatst.

Aanvankelijk dacht men dat het eindstadium voor alcoholische patiënten een levercarcinoom was. In 2012 leverde onderzoek bij Deense patiënten met alcoholische levercirrose echter onverwachte resultaten op. Het liet zien dat deze patiënten juist een laag risico (ongeveer een kwart procent per jaar) hebben op de ontwikkeling van levercarcinoom. Dit leverde maar een beperkte bijdrage aan de hoge mortaliteit in deze patiëntenpopulatie.<sup>292</sup> In Nederland is men tegenwoordig wat liberaler geworden met transplantaties bij alcoholcirrose, dat wil zeggen bij voormalige alcoholisten.

## Toenemende vraag naar levertransplantatiecentra: overheid aarzelt

Intussen waren er ook andere ontwikkelingen gaande in ‘transplantatieland’. Om te beginnen was daar de overheid die, zoals ook elders is beschreven, steeds meer de kosten van de gezondheidszorg onder controle probeerde te krijgen. Zij zag deze operaties alleen maar toenemen en wilde voorkomen dat ‘ieder’ ziekenhuis dit ging aanbieden. Zeker nu er in 1986 een patiënt die in Groningen vanwege zijn slechte toestand voor transplantatie was geweigerd, in Rotterdam wel een kans had gekregen. Specialisten in een enkel ander medisch centrum vroegen zich af waarom alleen Groningen zou mogen transplanteren. Groningen lag ook nog eens allesbehalve centraal. Ook de Nederlandse Lever Darm Stichting (1985), de Nederlandse Leverpatiënten Vereniging (1986) en de Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid Zuid-Holland mengden zich in deze kwestie.

De Gezondheidsraad kreeg de opdracht te onderzoeken of de huidige regeling was toegesneden op de huidige stand van wetenschap. In de jaren 1985-1993 verschenen van de Raad meerdere rapporten over transplantaties, over nut, kosten en de benodigde voorzieningen. Met het rapport *Levertransplantatie verbetert levenskansen* (1989) zette de Raad de toon. Zij concludeerde dat levertransplantatie een reguliere, algemeen geaccepteerde behandeling was. Bij al haar volgende adviezen rapporteerde zij dat er twee, wellicht drie centra nodig waren. Zij was wel kritisch over de hoge kosten ervan. De Geneeskundige Inspectie van de Volksgezondheid Zuid-Holland kwam tot de slotsom dat een concentratie van de transplantaties in Groningen zo’n grote belasting voor het ziekenhuis zou zijn, dat dit ten koste zou gaan van de andere onderdelen.

In 1993 koos het ministerie desondanks voor één levertransplantatiecentrum op grond van ‘kosten en effectiviteit’.<sup>295</sup> De praktijk was echter dat het ministerie achter de feiten aanliep; er waren inmiddels zelfs drie centra. Het ministerie propageerde een rigoureuze aanpak: twee centra moesten worden gesloten. Zelfs de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, die zich zelden mengde in dergelijke zaken, liet toen weten dat sluiting ongewenst was. Daarmee zou immers de specifieke deskundigheid die in Rotterdam was opgebouwd, verloren gaan.<sup>296</sup> Zowel uit medische en bereikbaarheidsgarantie als uit politieke overwegingen besloten de betrokkenen in Rotterdam en Leiden tot een vergaande samenwerking: het Levertransplantatiecentrum West-Nederland. Zo kon staatssecretaris Hans Simons zijn brief aan de Tweede Kamer afronden met: ‘er zijn momenteel redelijke aanwijzingen dat [...] een tweede centrum wenselijk zal zijn.’<sup>297</sup> Aanwijzing van dit centrum zou bovendien tot een betere spreiding leiden. En zo geschiedde. Terug naar Rotterdam, waar een dubbele herkenning wachtte: Solko Schalm én de auxiliaire levertransplantaties van zijn vader Jim Schalm.

In 1985 schreef de Commissie Levertransplantatie van de Gezondheidsraad in een van haar adviezen: 'Het is te verwachten dat binnenkort in dit centrum [Rotterdam, Dijkzigt] de eerste transplantaties zullen worden uitgevoerd.'<sup>299</sup> Een jaar later transplanteerde het team van chirurg Onno Terpstra daar inderdaad zijn eerste patiënt. Ook hier waren de internist-hepatologen erbij betrokken, waaronder Solko Schalm en Herold Metselaar. In 1988 volgde de officiële erkenning van het Rotterdamse centrum.

## Levertransplantatie, twee methoden

De handelwijze in de centra Rotterdam en Leiden verschilde op enkele punten met die in Groningen. Daar transplanteerde het team geen patiënten met acute leverinsufficiëntie, in Rotterdam en later Leiden deed men dat wel. Zij haalden echter niet de hele lever weg, zoals gebruikelijk was. De kans dat het op die manier slecht afliep was destijds bijna zeker. Hun eerste patiënt had de meest ongunstige prognose op de gebruikelijke schaal volgens Child. De Rotterdammers werkten volgens de methode Schalm Sr., die op een willekeurige plaats een tijdelijke ondersteunende lever had aangebracht (heterotoop, ook wel auxiliair genoemd, afgekort HLT resp. ALT).<sup>300</sup> Zelfs in het eindstadium van chronische leverinsufficiënties behaalden zij met deze methode goede resultaten.<sup>301</sup> Een stroom van publicaties volgde. Levertransplantatie was geen experimentele behandeling meer, maar was uitgegroeid tot een effectief laatste redmiddel.<sup>302</sup>

## Kosten levertransplantatie

De Gezondheidsraad schatte de kosten van een levertransplantatie op f 180.000 (variabele en vaste kosten, inclusief ligdagen). De nieuwkomers, het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (AZR) en het Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL) 'zijn bereid dit te doen voor f 100.000, waarmee alleen de variabele kosten zijn gedekt.' De Raden van Bestuur van beide ziekenhuizen gaven toestemming voor twintig transplantaties per jaar. Het AZG had de eerste jaren eveneens zelf de transplantaties gefinancierd, maar kreeg vervolgens van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen een subsidie, in 1984 nam de Ziekenfondsraad dat over. Het ziekenhuis kreeg f 250.000 per transplantatie.<sup>293</sup> De financiering in het AZG moest vooral duidelijk maken wat precies de kosten en effecten waren.<sup>294</sup> In 1994 kwam levertransplantatie in het verstrekkingenpakket van de basisverzekering. Deze ingreep – en alles wat erbij komt kijken – kost nog steeds omstreeks 250.000, maar nu in euro's. Er is behalve de operatie bijzonder veel onderzoek vooraf en nazorg nodig. Daarnaast is er een lange lijst van gespecialiseerde medisch deskundigen en hulpverleners bij betrokken.

## Wie moet dankbaar zijn? De chirurg??

Het is hier nu niet eens de patiënt die onvoorwaardelijk dankbaar moet zijn, zoals medici nog niet zo heel lang geleden van hem verwachtten. In het interim-advies van de Commissie Levertransplantatie van de Gezondheidsraad (1984) was nadrukkelijk aanbevolen het Groningse levertransplantatiecentrum veilig te stellen. Het desbetreffende ministerie nam dit advies over, zodat men in Groningen rustig kon blijven doorwerken. 'Iets waarvoor men helaas tegenwoordig dankbaar moet zijn', schreef chirurg Niels van der Heyde in zijn bespreking van weer een volgend advies van deze Commissie.<sup>298</sup>

*Op één na produceerden alle (18) transplantaten gal direct na de transplantatie.* (Bart van Hoek, 2012)

De eerste jaren werkte het toen al Rotterdamse-Leids genoemde team vrijwel alleen volgens de methode van Schalm Sr. Zes van de achttien patiënten die deze ingreep tussen 1986 en 1991 hadden ondergaan, verlieten na drie tot vier weken het ziekenhuis met een normale leverfunctie. Zes patiënten overleden door een infectie, maar dat verschilt

mogelijk weinig met de uitkomsten na verwijdering van de hele lever, afgekort als O(rthotope)LT. 'Op basis van deze ervaringen stellen wij dat HLT een alternatief kan zijn in de behandeling van patiënten met een chronische leverinsufficiëntie. De aantallen zijn echter nog te klein om een definitieve vergelijking met OLT mogelijk te maken.'<sup>303</sup>

## Child Pughscore C

Voor de prognose van een chronische leverziekte gebruikte men de Child Pughscore, aanvankelijk alleen om de sterftেকans tijdens de operatie vast te stellen. De eerste patiënt in Rotterdam hoorde tot de C-groep volgens Child, de slechtste. In het meerjarige overzicht tot 1991 hadden elf van de achttien patiënten diezelfde slechte score. In het AZG transplanteerde men dan niet. Desondanks waren de resultaten in Groningen en Rotterdam vergelijkbaar. Later werd deze score gebruikt om de prognose, behandeling en noodzaak van een transplantatie vast te stellen. Later kwamen er nog andere, meer verfijnde methoden, zoals de huidige MELD-score (zie verderop in dit hoofdstuk).



Explanaat van de lever bij 42-jarige patiënte die getransplanteerd werd i.v.m. acute leverinsufficiëntie door HELLP-syndroom tijdens zwangerschap.

Bron: Prof. Herold Metselaar, Erasmus MC, MAGMA, 2013;1:25

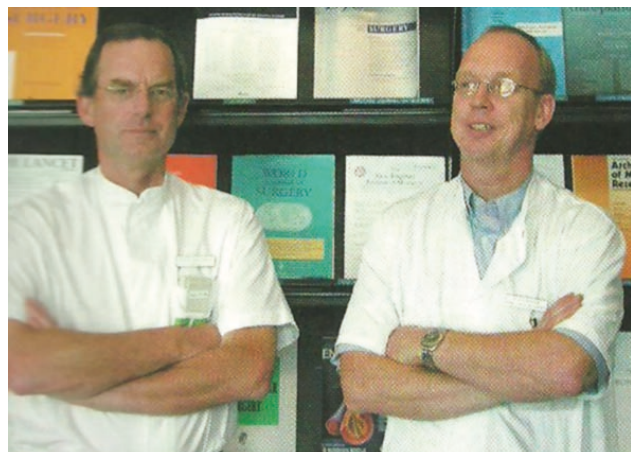
## Exit auxilliair?

Toch veranderden de inzichten. MDL-arts Herold Metselaar en de andere leden van de Rotterdams-Leidse Levertransplantatiegroep hadden er in een artikel van 1991 al op gewezen dat de resultaten na wegneming van de hele lever 'in de afgelopen tien jaar sterk waren verbeterd.' Theoretisch bood een extra lever een aantal voordelen. Wereldwijd was dat tot 1986 toegepast bij in totaal omstreeks vijftig patiënten. De resultaten waren echter teleurstellend, terwijl deze bij verwijdering van de hele lever steeds beter werden. Bij patiënten met ernstig leverfalen verdiende nu de orthotope methode voorkeur. 'De heterotope methode werd dan ook verlaten', zo is in het artikel uit 1991 te lezen. Het tegendeel is echter waar. In Leiden transplanteert het team sinds 1993 tot op de dag van vandaag zowel volgens de orthotope als de auxiliaire methode.

## Splitsing Rotterdam - Leiden: orthotoop - auxilliair

De 'verhuizing naar Leiden' van Onno Terpstra in 1992 heeft daartoe zeker bijgedragen. Niet dat hij zich tot de auxiliaire methode beperkte. Hij wees alleen veelvuldig in woord en geschrift op de voordelen ervan bij patiënten met de juiste indicatie ervoor. Als de eigen lever zich kon herstellen, wachtte een grote winst door het onnodig maken van anti-afstotingsmedicatie. Want dat gebeurt daadwerkelijk. Uit onderzoek in 1999 bleek dat 'twee derde van de overlevenden na ALT voor acuut leverfalen [...] uiteindelijk zonder transplantaat kon' en dus zonder immuunsuppressieve therapie.<sup>304</sup>

Rotterdam bleef wat 'verweesd' achter, er was namelijk geen opvolger voor Onno Terpstra. Chirurg Huug Tilanus dacht bij zichzelf: 'dat moet te leren zijn' en vertrok naar een Brits centrum om ervaring op te doen. Drie maanden later was het transplantatieteam weer compleet, nog steeds met ondersteuning van de hepatologen in Dijkzigt onder leiding van Solko Schalm. Sjoerd de Rave en Rob de Man hadden dit



Chirurg Huug Tilanus en MDL-arts Herold Metselaar (rechts) en van het Erasmus-MC-transplantatieteam. | Bron: MAGMA, sept. 2002

team inmiddels versterkt. Bij dit team overheerste de mening dat verwijdering van de lever superieur was.<sup>305</sup> De chirurgen beperkten zich hier dan ook toe.

Onno Terpstra en hepatoloog Bart van Hoek, die in 1993 was aangenomen om samen met de chirurgen in Leiden een zelfstandig levertransplantatiecentrum op te zetten, namen als het ware de auxiliaire techniek mee. Een nieuwe techniek daarvoor volgde in 2006. Het grootste probleem leek eigenlijk: waar haal je een lever vandaan? Ondanks een aantal nieuwe mogelijkheden voor transplantatie bleef er een nijpend tekort aan donoren.

## Tekort aan donoren

### 'Chirurgen blij met resultaat, niet met operatie' – dilemma's en complicaties

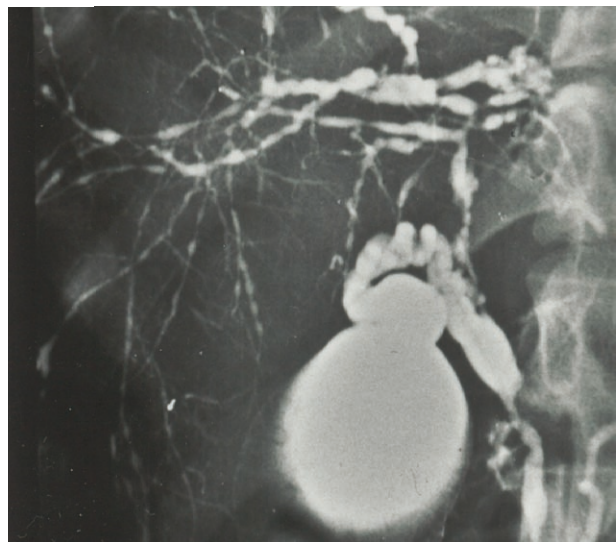
Één van de nieuwe methoden is de *split-liver*transplantatie, waarbij men één donorlever kan gebruiken voor twee patiënten. Een andere is de 'levende donor'. In 2004 transplanteerde het Groningse team de eerst levende donorlever van vader naar kind. Op de voet gevolgd door het Rotterdamse team dat een week later twee volwassen familieleden transplanteerde en spoedig daarna nog een derde.<sup>307</sup> De chirurgen van het Erasmus MC hadden daar echter gemengde gevoelens over: 'We zijn blij met het resultaat, maar geven de voorkeur aan postmortale donoren.' De transplantatie van volwassene naar volwassene is dan ook veel risicovoller, vooral voor de donor die maar liefst 65 procent van zijn lever verliest.<sup>308</sup> Ten slotte is er de mogelijkheid van hergebruik van het transplantaat (2007), dat eveneens een belangrijke ontwikkeling is om de problemen met het donoraanbod te kunnen verlichten.<sup>309</sup>

## Nederland vaart eigen koers

Vrijwel alle nieuwe ontwikkelingen doorlopen een periode van *trial and error*. Veelbelovende technieken leverden dan meer dan eens onverwacht slechte uitkomsten op. Hoewel de complicaties ondertussen sterk waren gedaald, zijn zij nooit helemaal uitgesloten. Dat was niet alleen het geval bij de leversparende methode, ook bij de *splitliver*-techniek en zelfs de familiedonor kon dat voorkomen. Plotseling verschenen daarover berichten uit de VS in onder andere de *Journal of Hepatology*. Alarmerende berichten, want daarbij was niemand minder dan het team van Thomas Starzl betrokken, dé pionier op levertransplantatiegebied.<sup>310</sup> Terwijl de éénjaarsoverleving van het transplantaat met levende donoren wel als heel goed was aangegeven, was het aantal (biliaire) complicaties toegenomen.<sup>311</sup>

## Wachlijsten

Een toenemende behoefte aan levertransplantaties bij een gelijk blijvend donoraanbod maakt de wachlijsten steeds langer. In 1990 kwamen er in Nederland 73 voor transplantatie geschikte donorlevers beschikbaar, terwijl de behoefte aan donorlevers in de toekomst tussen de 35 en de 126 per jaar zou liggen. In 1994 waren er 'slechts' twintig wachtende patiënten, in 2002 ruim 100, 188 in 2011 en ten slotte 121 in 2012. De behoefteeraming voor kinderen is zo'n vijftien à twintig per jaar. Alternatieve methoden zijn hard nodig. Niet meer dan ongeveer twintig procent van de Nederlanders geeft bij leven toestemming voor transplantatie na overlijden.<sup>306</sup> Toestemming van partner of familie levert evenmin veel op, 67 procent wil geen orgaandonatie.

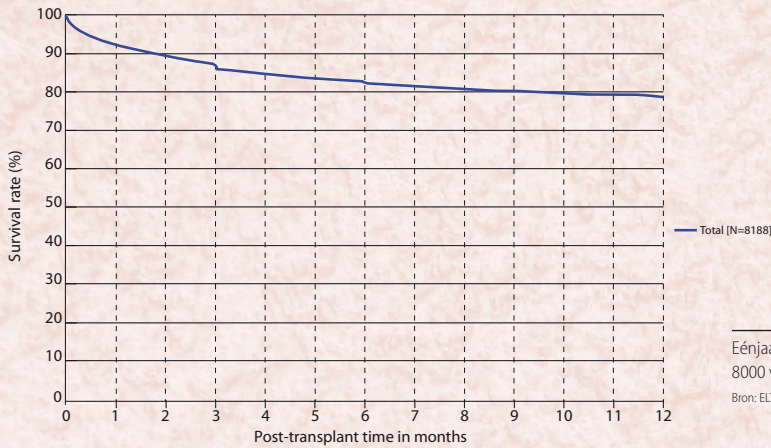


Röntgenopname van een patiënt met primair scleroserende cholangitis (PSC), waarbij contrast in de galwegen en galblaas is gespoten. Men ziet het typische kralensnoereffect van intra- en extrahepatische galwegen als gevolg van verwijdingen en vernauwingen. PSC is een belangrijke indicatie voor levertransplantatie.

Bron: Dr. A.W. van Milligen de Wit, MDL-arts in het Amphia Ziekenhuis, Breda

# Overleving na levertransplantatie

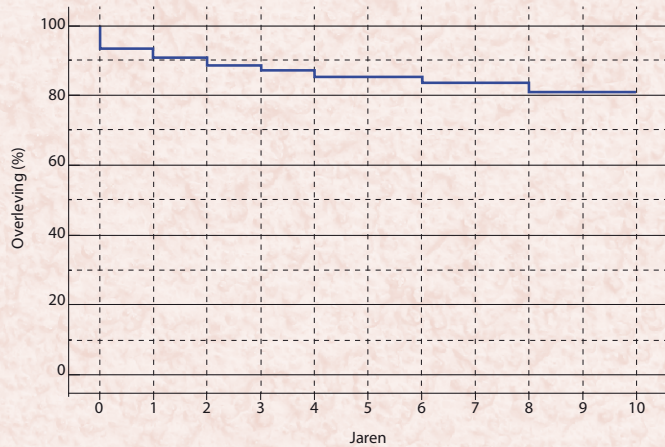
**Liver only transplant patient survival rates stratified by**  
**Select a covariate. Transplants: 01-01-2005 to 01-01-2012**



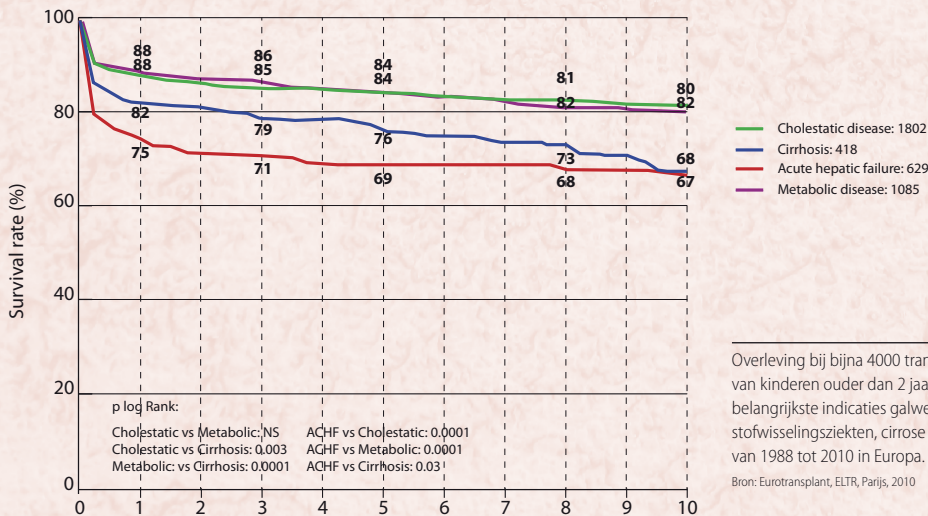
Eénjaarsoverleving (survival) van meer dan 8000 volwassen patiënten in Europa.  
 Bron: ELTR, Parijs, 2011

**Kaplan-Meier-curve van de patiëntenoverleving na levertransplantatie in Nederland.**

Kaplan-Meier-curve van de patiëntenoverleving na levertransplantatie in Nederland. Data zijn gebaseerd op de gezamenlijke resultaten van 742 levertransplantaties tussen 2003 en 2010 in de drie Nederlandse Transplantatiecentra (Groningen, Leiden, Rotterdam) bij volwassen patiënten.  
 Bron: Robert Porte, UMCG



**Survival of Children >= 2 yrs according to the Main Indication in Europe 01-1988 / 12-2010**



Overleving bij bijna 4000 transplantaties van kinderen ouder dan 2 jaar, met als belangrijkste indicaties galwegaandoeningen, stofwisselingsziekten, cirrose en acuut leverfalen, van 1988 tot 2010 in Europa.  
 Bron: Eurotransplant, ELTR, Parijs, 2010

Hoewel Nederlandse teams dit niet onderschatten, zijn zij niet onder de indruk van de cijfers uit de VS. Zij gaan voort op de ingeslagen weg: voorzichtig en prudent gebruikmakend van levende donoren met de best mogelijke chirurgische technieken. 'In Nederland kunnen we trots zijn op het transplantatieprogramma voor zowel volwassenen als kinderen', vinden 'onze' hepatologen. De *overall* resultaten bij levertransplantaties kunnen ook heel goed worden gespiegeld aan die in de ons omringende Europese landen. De éénjaarsoverleving in Nederland is tegenwoordig gemiddeld 86,3 procent na een levertransplantatie afkomstig van een hersendode donor, bij een levertransplantatie afkomstig van een *non-heart beating* donor, is dat wat lager, 85 procent (Henk van Buuren).

De vijfjaarsoverleving is nu negentig procent (Bart van Hoek, 2012). Dit betreft dan voornamelijk voor de indicaties cirrose en cholestatiche leverziekten. Het blijft echter een ingreep waarvan je de impact niet moet onderschatten.

## MELD-score, een essentiële verbetering

In 1994 al hadden de Begeleidingscommissie Levertransplantatie van de Maag Lever Darm Stichting en de Vereniging van Nederlandse Leverpatiënten in een gezamenlijk rapport aangedrongen op een uniforme indicatieregeling voor transplantaties. De Begeleidingscommissie van de Ziekenfondsraad pakte dit op, met als resultaat dat er één uniform indicatieprotocol kwam met indicaties en contra-indicaties. In 2006 werd deze MELD-score ingevoerd, Model for End-stage Liver Disease.<sup>312</sup> Hoewel het voorheen beslist geen kwestie was van 'willekeur', is dit toch een grote verbetering. De wachtlijst is objectief samengesteld en dat geldt ook voor de inschatting hoe groot de kans is dat de patiënt binnen drie maanden zal komen te overlijden.<sup>313</sup> Een en ander gaat via Eurotransplant en de Nederlandse Transplantatie Stichting (1989), het bij wet in 1998 vastgelegde orgaancentrum.

## 'Hulppersoneel'

Bij dergelijke operaties komt veel kijken, ook qua 'hulppersoneel'. Behalve de twee opererende chirurgen, was er een team van twaalf chirurgen, hepatologen en anesthesiologen bij betrokken. De transplantatie kende drie à vier jaar voorbereiding, de opstelling van het protocol, de patiënt-donorselectie en een analyse. Daarna volgde uiteindelijk de operatie.



Levertransplantatieteams uit het UMCG (links), Erasmus MC (rechts) en LUMC (onder-links). | Bron: [www.umcg.nl](http://www.umcg.nl), [www.erasmusmc.nl](http://www.erasmusmc.nl), [www.lumc.nl](http://www.lumc.nl)

## Indicaties, complicaties

In het algemeen is men veel liberaler geworden bij de indicatiestelling. De belangrijkste indicaties waren het uiteindelijke gevolg van elders beschreven ziekten zoals virale hepatitis en ontstekingen in galwegen en lever. Nieuw was de indicatie bij een kwaadaardige tumor in de levercellen, waaraan in Nederland in 2004 566 patiënten overleden. Over de problemen bij alcoholische cirrose, een uiterst complexe ziekte, was hiervoor al te lezen. Tegenwoordig komen deze patiënten toch in aanmerking voor een transplantatie, mits zij voldoen aan strikte voorwaarden zoals 'genezing' van hun verslaving. Patiënten met chronische fibrose, anders dan de alcoholische variant, komen nu eveneens op de wachtlijst. Sommige ziekten vallen in de categorie 'beschavingsziekten', die ook in Nederland aan een opmars zijn begonnen. Het risico van chirurgische complicaties, afstoting, galwegcomplicaties en infecties is echter onverminderd aanwezig. Vooral bij cirrose en cholestatische leverziekten.

Bij kinderen was vooral biliare atresie reden voor een levertransplantatie. Voor galgangatresie, de gelukkig zeldzame ziekte waarbij een gebrekkige aanleg of helemaal geen galwegen zijn aangelegd, is een levertransplantatie eveneens de enige optie. Jaarlijks worden in Nederland omstreeks tien kinderen met deze ziekte geboren.<sup>314</sup> 'Europa' heeft meerdere van dergelijke weesziekten onder haar hoede genomen, zodat er op wat grotere schaal verdergaande kennis over die ziekten kan worden opgebouwd. Wat de medische wetenschap betreft is Euro-scepticisme beslist geen item, integendeel.

Alles bij elkaar genomen is de transplantatiegeschiedenis nog lang geen verleden tijd.

### Galgangatresie – nog veel vragen

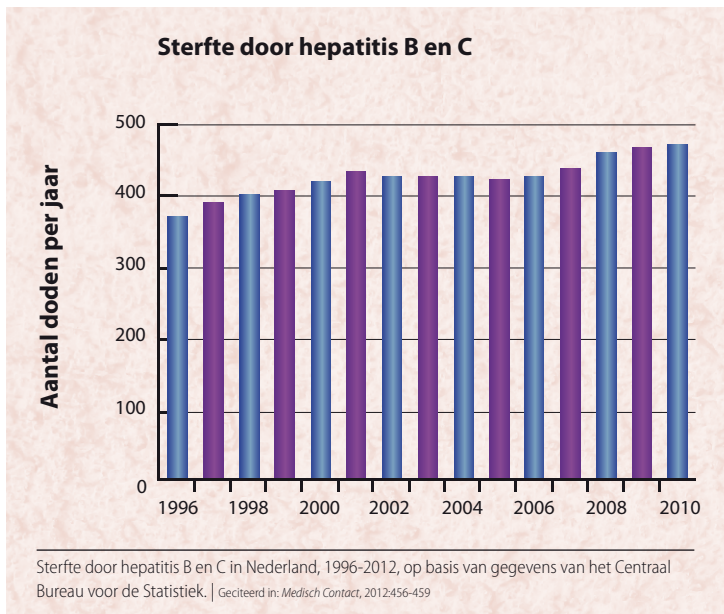
'We hadden zoveel vragen, waar men ons niet op kon antwoorden in het ziekenhuis. Niet omdat men dat niet wilde, maar omdat galgangatresie een zeldzame ziekte is, die bij ieder kind een uniek verloop kent. Je kunt geen patiëntjes met elkaar vergelijken. Er is nog onvoldoende over bekend, al wordt er wel wereldwijd onderzoek naar verricht', schreef een vader op de site voor deze ziekte. ([www.leverpatientenvereniging.nl](http://www.leverpatientenvereniging.nl))



*Het goede nieuws is dat we tegenwoordig de kennis en de medicijnen hebben om tachtig procent van de hepatitisgevallen in Nederland effectief te behandelen. Het slechte nieuws is dat slechts weinig patiënten adequaat worden behandeld.*

(Solko Schalm, 2004)<sup>315</sup>

**Om maar gelijk met de deur in huis te vallen, de zorgen van Solko Schalm waren terecht en zouden alleen maar toenemen.**



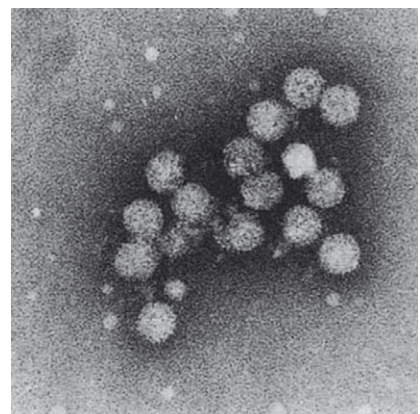
Er waren meerdere vormen van hepatitis; Schalm doelde hier op hepatitis B en C. Hepatitis A, dat eveneens een leverontsteking veroorzaakt, verloopt milder en wordt niet chronisch. Bij de andere veroorzakers van hepatitis bestaat dat gevaar wel degelijk door de grotere kans op levercirrose.

Hepatitis A kwam in de jaren zestig het meeste voor. Onderzoek wees uit dat er vrijwel niemand aan overleed. Een groot deel van de mensen genas op eigen kracht, ook bij de andere vormen van hepatitis, en had daardoor antistoffen opgebouwd. Hepatitis A komt de laatste decennia bijna niet meer voor dankzij de verbeterde hygiëne – ook op scholen – en door vaccinatie.

Behalve de drie genoemde hepatitisvormen zijn er nog hepatitis D en E, waarvan tegenwoordig vooral de E-variant in ontwikkelingslanden sterk toeneemt.<sup>316</sup> Dit hoofdstuk gaat daar echter niet op in, omdat het buiten het kader van dit boek valt. De vergaring van de kennis rondom virale hepatitis ging met vallen en opstaan, maar leidde uiteindelijk tot succes.

## Hepatitis B

Voor deze vorm van hepatitis ontstond het eerst wetenschappelijke belangstelling. In 1883 kreeg een deel van de 191 havenarbeiders in Bremen die tegen pokken waren gevaccineerd, geelzucht. A. Lürmann beschreef deze epidemie twee jaar later in het *Berliner Klinische Wochenschrift*. Zijn diagnose was dat het hier om serumhepatitis ging, wat waarschijnlijk de eerste beschrijving van een hepatitis-B-uitbraak was.<sup>317</sup> In Denemarken wekte in de jaren dertig de ernstige ‘acuut epidemische hepatitis’ de belangstelling voor de lever, wat weer andere onderzoekers stimuleerde. Hepatitis bleek een ingewikkeld en vaag ziektebeeld en dat zou de komende decennia zo blijven. Aan de ene kant nam de belangstelling voor de lever en hepatitis toe, aan de andere kant bleef dit het terrein van de huisarts, in ieder geval in Nederland.



Opname met een elektronenmicroscop van het hepatitis-C-virus | Bron: Wikipedia

# Hepatitis A

## *Epidemic jaundice, the disease of World War II*

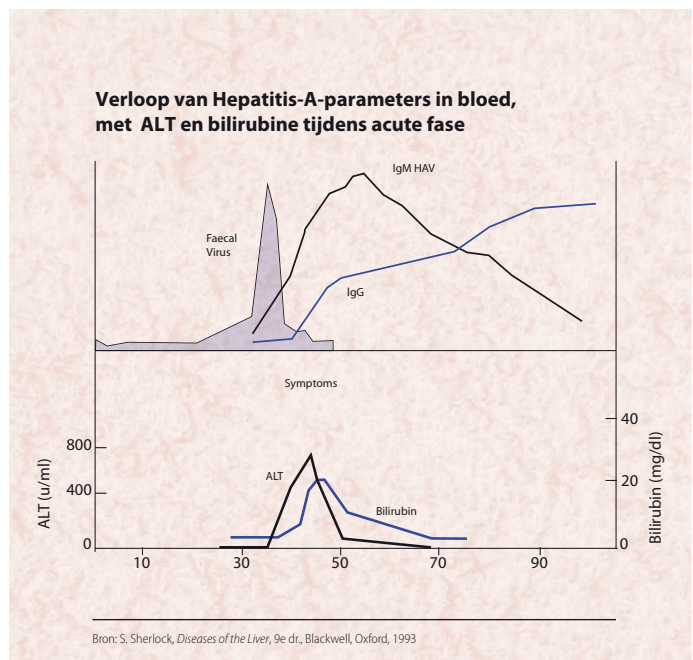
Gele koorts was een ziekte die vrijwel overal en door de eeuwen heen voorkwam. John Paul (1946, New York Academy of Medicine) vond het niet vreemd dat deze ziekte epidemisch was, maar wel onbegrijpelijk dat er over deze ziekte zo weinig bekend was. Hij veronderstelde dat het gebrek aan interesse voor gele koorts waarschijnlijk voortkwam door maskering van deze ziekte door andere ziektebeelden, zoals infectieuze hepatitis, acute gele atrofie van de lever, ziekte van Weil of serumgeelzucht.<sup>318</sup> Tijdens de oorlog en de jaren daarna veranderde dit beeld snel en drastisch. Hepatitis stond voortaan volop in de belangstelling.

Gezien het epidemische karakter van hepatitis A probeerden veel onderzoekers de veroorzaker te achterhalen. Dit liet voorlopig nog op zich wachten, alle pogingen om een virus of antigeen te achterhalen liepen op niets uit. De gangbare verklaring hiervoor was dat bij deze vorm van hepatitis de anti-lichamen slechts kort aanwezig waren, waardoor men de veroorzaker niet op de reguliere manier kon aantonen. Daarentegen waren er allang epidemiologische en experimentele bewijzen dat feces van hepatitispatiënten besmettelijk is. In 1973 lukte het Stephen Feinstone en collega's om met een elektronenmicroscop het antigeen bij hepatitis A te detecteren.<sup>319</sup> Vervolgens onderzochten zij of er een serologische overeenkomst was tussen hepatitis A en B, maar die was er niet.<sup>320</sup> Tegenwoordig levert het aantonen van geen enkele hepatitisvorm meer problemen meer op.

## Kennisverrijking door epidemiologisch onderzoek

Vanaf het begin van de Tweede Wereldoorlog verschenen in vrijwel alle bestaande medische en medisch-gerelateerde wetenschappelijke tijdschriften onderzoekgegevens van vooral Britse en Amerikaanse militaire artsen over de gelekoortsepidemieën in hun legeronderdeel. Om drie van hen te noemen: de Britten George Findlay en F. MacCallum en de Amerikaan Walter Havens. Zij waren ook ettelijke keren elkaars mede-auteurs. Het waren vruchtbare onderzoeken die veel kennis over de epidemiologie opleverden. Hepatitis B gaf duidelijk ernstiger verschijnselen dan hepatitis A.<sup>321</sup>

Deze twee vormen van hepatitis heetten destijds hepatitis epidemica of infectiosa (voor A) en serumhepatitis (voor B). Havens was een expert op gebied van hepatitis infectiosa en in het bijzonder hoe deze kon worden aangetoond. MacCallum richtte zich vooral op serumhepatitis. Hij was de naamgever van hepatitis A en B (1947), maar de term serumhepatitis is nooit helemaal uit het vocabulaire verdwenen.<sup>322</sup> Dankzij hun onderzoek, en dat van nog veel anderen, was vlak na de Tweede Wereldoorlog bekend hoe men een besmetting van infectieuze hepatitis en serumhepatitis kon aantonen, hoe de besmetting verliep en hoe lang de incubatietijd was.<sup>323</sup> Het onderscheid tussen hepatitis A en B was nog uitsluitend op dergelijke epidemiologische en/of klinische gronden met 'enige waarschijnlijkheid' te maken. Tot in de jaren zeventig overheerste de epidemiologische inbreng.



## Onethisch onderzoek

De Amerikaan S. Krugman c.s., geen onbekende in deze epidemiologische geschiedenis, ging met zijn onderzoek zover dat hij daarvoor 79 'achterlijke' (geestelijk gehandicapte) kinderen actief besmette met gekookt, geïnactiveerd hepatitisvirus. Hij publiceerde dit in de *Journal of the American Medical Association* (1970). Deze 'ongeoorloofde proefnemingen' veroorzaakten een schandaal. Zelfs het vervolgonderzoek, beschreven in *The Lancet* (1971), waarin de onderzoekers aangaven dat zij met een inactief gemaakt preparaat de kinderen actief wisten te immuniseren, lokte slechts kritiek uit.<sup>324</sup>

Onverdroten zetten Krugman en de zijnen echter het onderzoek voort. Nauwelijks twee jaar later was de redacteur van het *NTvG* veel positiever: 'naar het lijkt, [hebben zij nu] de praktische toepassing dichterbij [...] gebracht.'<sup>325</sup> Een aantal kinderen kreeg 'hyperimmuun' gammaglobuline toegediend. Anderen kregen actieve immunisatie met geïnactiveerd serumhepatitisvirus en een deel kreeg geen enkele preventie. Beide therapieën werkten aantoonbaar. 'Velen hebben de vraag opgeworpen of het onderzoek ethisch aanvaardbaar was.' Daarop hoefde de redacteur niet verder in te gaan, omdat de redactie van de *New England Journal of Medicine* van oordeel was dat bij dit laatste onderzoek wel aan die eisen was voldaan.<sup>326</sup> Overigens was noch de werking van gammaglobuline destijds nieuw, noch het principe van een vaccin.

In Nederland nam in de jaren vijftig de belangstelling voor serumhepatitis eveneens toe. Artikelen over preventie, oorzaak, medicatie, beloop en gevolgen tuimelden als het ware over elkaar heen. Ze werden onmiddellijk gevolgd door berichten over immunisatie, 'vaccins' en, midden jaren zeventig, de zoektocht naar een verklaring voor de raadselachtige 'post-transfusie hepatitis', die noch in A noch in B was onder te brengen. De veroorzakers van hepatitis A en B waren toen inmiddels bekend.

## Onderzoek naar hepatitis B (Australië-antigeen)

Hepatitis B was in de jaren zestig wereldwijd een gigantisch probleem; ongeveer 375 miljoen mensen zouden ermee zijn besmet. Er was inmiddels wel enige kennis opgebouwd, maar één van de belangrijkste vragen was niet beantwoord. Tot de onderzoeken van Baruch Blumberg. Samen met zijn team zocht hij naar afwijkende eiwitten in sera van mensen van verschillende rassen. De relatie tussen genetische verschillen en de verspreiding van hepatitis B vloeyde daaruit voort.<sup>327</sup> Deze onderzoeken leverden interessante gegevens op, maar geen doorbraken. Het had ook helemaal niets met hepatitis B te maken. Toch zou hun jacht leiden tot de ontdekking van het hepatitis-B-virus en uiteindelijk een vaccin.

## Nobelprijs 1976

In 1965 toonde toevallig één van de 24 test-sera van genoemd onderzoek een wel heel ongewone en uitgesproken reactie. Deze waren afkomstig van twee hemofiliepatiënten die vanwege hun ziekte regelmatig een bloedtransfusie nodig hadden. Omdat die patiënten Australische Aboriginals waren, kreeg dit serum de naam *Australia-antigen*. In 1968 verschenen de eerste berichten daarover. Los daarvan volgde een jaar later de link die de groep Blumberg legde tussen het Australië-antigeen en acute virale hepatitis, hepatitis B.<sup>328</sup> Hiermee kon tevens serumhepatitis van andere leverontstekingen worden onderscheiden. Baruch Blumberg kreeg in 1976 voor zijn ontdekking een gedeelde Nobelprijs.



Baruch Blumberg met Sheila Sherlock (midden) en Dirk van Leeuwen (rechts) op bezoek in het Royal Free Hospital te Londen, 1983. | Bron: Privéarchief Dirk van Leeuwen, Amsterdam

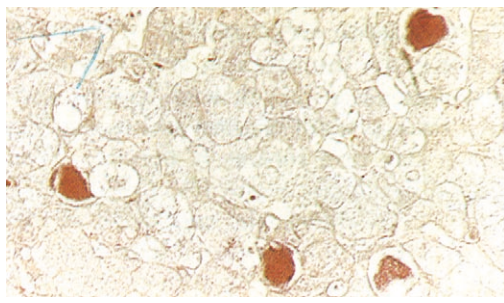
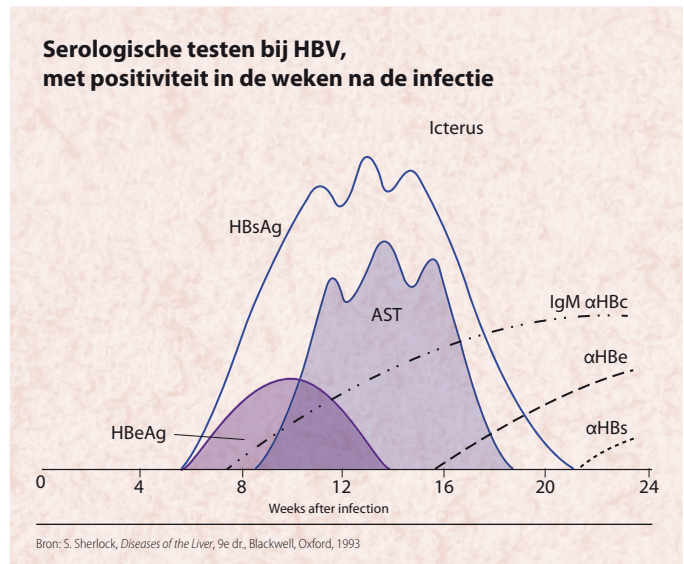
Verder onderzoek bracht onder meer aan het licht dat er 'virus-like particles in serum' van hepatitis-B-patiënten (met Australië-antigeen) was gevonden. Dat zou kunnen betekenen dat deze kleine bolletjes het complete virus waren. Daaropvolgende onderzoeken bevestigden deze uitkomst. (Omdat D. Dane en anderen dit voor het eerst beschreven, ging het hepatitisvirus ook nog enige tijd als Dane's partikel door het leven.)<sup>329</sup>

## Klinisch onderzoek

Bij chronische hepatitis moest de kennis nog zo goed als worden opgebouwd. De classificatie van chronische hepatitis, die J. de Grootte en anderen op basis van de bevindingen in bipten hadden opgesteld (1968), was een grote stap voorwaarts. Deze indeling in een persisterende, matig actieve of zeer actieve chronische vorm van hepatitis, was zeer bruikbaar. Het voorkwam een Babylonische spraakverwarring over het proces.<sup>330</sup>

Belangrijke onderzoeksgegevens over hepatitis in het algemeen vertoonden nog veel hiaten. Zo was het bijvoorbeeld nog niet mogelijk om de ziekteactiviteit in de lever te beoordelen of om fibrose te onderkennen. En dat wierp weer vragen op zoals: was het proces mogelijk nog omkeerbaar, kon men het proces vertragen en ernstig levercelverval inperken? Met als

belangrijkste vraag: kan cirrose worden voorkomen? Dat moest koste wat het kost gebeuren, want het enige wat dan nog restte was een levertransplantatie. En dat was iets wat je maar beter kon voorkomen. Zoals eerder is beschreven, werd de rol van leverbiopsie steeds belangrijker. Leverbipten, samen met laboratoriumtesten, hebben de kennis bij alle vormen van chronische hepatitis enorm verdiept. Daarnaast kwamen er steeds 'diepergaande' instrumenten en testen. Langzaam maar zeker ontvouwde de lever zich.



Orceïne-kleuring van een leverbiopsie. Deze kleuring werd toegepast voordat immunologische technieken beschikbaar waren. HBV-houdende cellen kleuren bruin. | Bron: S. Sherlock, *Diseases of the Liver*, 9e dr., Blackwell, Oxford, 1993

De tests die het hepatitis B-virus opsporen, breidden zich verder uit. Vanaf begin jaren tachtig werd de zogenaamde Shikata-kleuring populair. Begonnen in het Gemeenteziekenhuis in Arnhem verspreidde deze hepatitis-B-test zich al spoedig over het hele land. Er kwamen in de loop der jaren voor gebruik in ziekenhuizen ook verbeterde immunologische tests om het antigeen en de antistoffen te achterhalen. Daarna volgden tests die een goede afspiegeling waren van de sterfte aan levercellen en de schade die het virus had aangericht. Alles bij elkaar genomen was dit een grote stap vooruit. Zodra hepatitis 'geklaard' was of succesvol gevaccineerd, stopte het leververval.

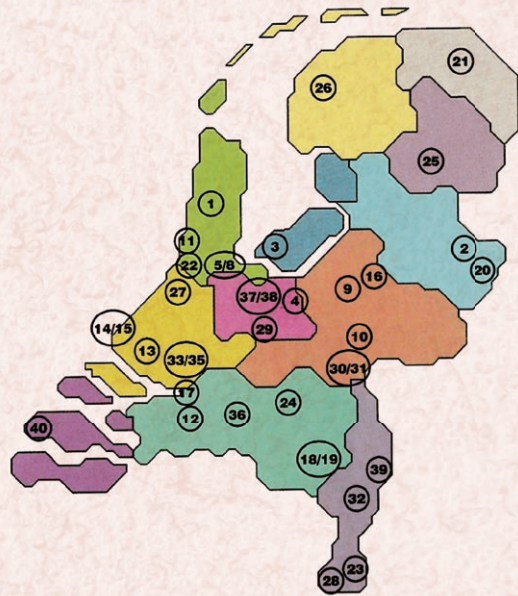
## Onwetende patiënt

Theoretisch kon er vanaf midden jaren negentig veel ellende worden voorkomen door een betrouwbare diagnostiek én de eerste werkzame medicijnen die er kwamen, waarover later meer. Praktisch was er echter een probleem, en niet zo'n kleintje ook. Er liepen nog altijd heel veel mensen rond die de ziekte hadden en dat niet wisten of die zich niet realiseerden dat zij een risicogroep waren, zoals de Nederlanders die van origine afkomstig waren uit landen waar hepatitis B vaak voorkwam. Het percentage lijkt niet hoog, met een gemiddelde van ongeveer een half procent van de bevolking, maar onder de allochtone, niet-Westerse risicogroepen is dat veel hoger.

## 'Een wandelende tijdbom'

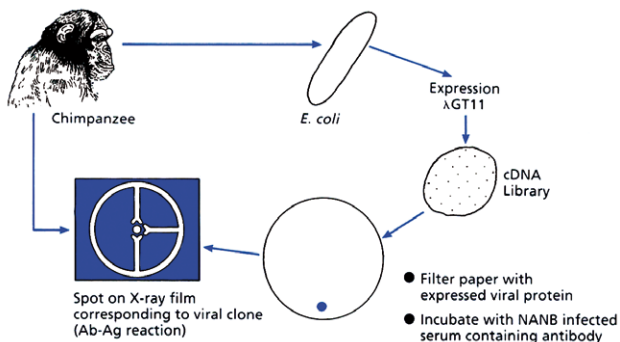
In een interview in het *Algemeen Dagblad* van 11 mei 2012 schatte Solko Schalm dat er zo'n zestigduizend Nederlanders waren die hepatitis B of C hadden en dat niet wisten. Dit waren ernstige ziekten die op den duur hoge sterftecijfers konden veroorzaken. Zij liepen 'met een tijdbom in hun lichaam', vertelde hij de journalist. Deze vormen van hepatitis waren sinds 1996 goed op te sporen en te genezen [met de komst van PEG-interferon alfa], maar desondanks waren er nog die 'zestigduizend patiënten' die daar zorgeloos mee door het leven gingen.

Een dergelijke alarmerende uitspraak, geïntieerd en/of ondersteund door patiëntenverenigingen, leidde vaak en ook nu weer tot acties. In 2012 mondde deze actie, na toetsing met grondige criteria, onder meer uit in de aanwijzing van veertig behandelcentra voor virale hepatitis.



40 erkende hepatitisbehandelcentra in Nederland. De nummers geven de plaatselijke ziekenhuizen aan. | Bron: MAGMA, 2012;18:75

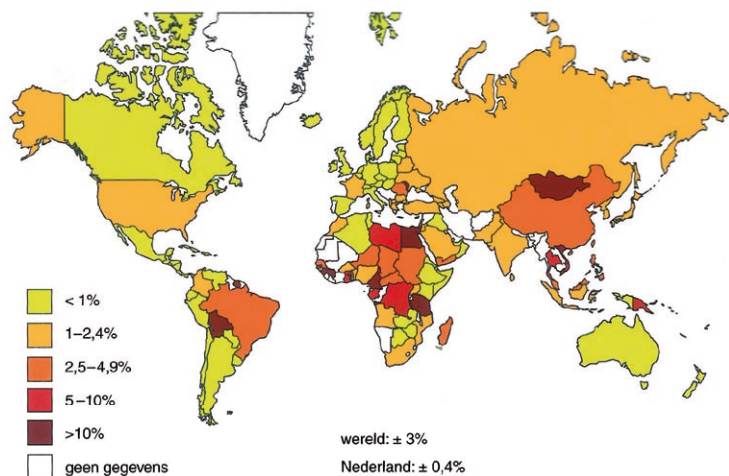
## Meer onderzoek nodig, naar Non A, Non B, oftewel hepatitis C



Identificatie van virus-clone van HCV uit chimpansee-bloed geïnfecteerd met Non A, Non B-virus. Dit leidde uiteindelijk tot een antilichaamtest.  
Bron: S. Sherlock, *Diseases of the Liver*, 9e dr., Blackwell, Oxford, 1993

Er bleven in de loop der jaren nog genoeg vragen over, zoals de mysterieuze 'post-transfusie' variant. Vooral in de jaren zeventig en tachtig waren er hele epidemieën van deze hepatitisvorm. In de jaren vijftig was er al gewezen op de mogelijkheid van overbrenging van het virus van serumhepatitis door intracutane injecties. Ook was toen duidelijk dat vooral degenen die bloed toegediend kregen, daarvan het slachtoffer waren.<sup>331</sup> Nu bleek echter dat er in de chronische hepatitisvorm ook een flinke populatie hepatitispatiënten was, die buiten de serum-antigeenbepaling viel. Men noemde dit toen maar

Non A, Non B, een term die niet veel meer betekende dan: 'dit weten we niet'. Toch was het wel degelijk een serieuze ziekte. Besmetting van chimpansees met bloedproducten van die patiënten leidde ten slotte in 1989 tot de oplossing van het mysterie.<sup>332</sup> Het ging bij Non A, Non B onbetwist om een besmettelijk virus, hepatitis C genoemd. Het is ook zeker dat parenterale overdracht - drugsverslaving, bloedproducten - en seksueel verkeer een grote rol bij de overdracht van dit virus spelen.



Hepatitis-C-prevalentie, mondiaal. | Bron: H.L.A. Janssen et al., *Leverziekten*, Bohn, Stafleu en van Loghum, Houten, 2009

## Therapieën

### Bedrust

Er waren gedurende lange tijd geen geneesmiddelen voor chronische hepatitis, ook niet voor het voorkomen van dat stadium. In dergelijke situaties zocht men naar alternatieve middelen zoals gammaglobuline – dat enig effect kon hebben – en bedrust, later aangevuld met prednison.

### ‘Het bed’ als therapie

‘De bedrust dient volledig te zijn, afgezien van des morgens wassen aan de wastafel en eenmaal naar het toilet voor de stoelgang.’ Bij dit citaat krijg je de neiging om ‘den stoelgang’ en ‘waschtafel’ te schrijven, het is echter afkomstig uit 1971 en staat in het verslag van een symposium over hepatitis in Nijmegen. Net als bij tuberculose, maagzweer en andere ernstige ziekten waarvoor geen werkend geneesmiddel was, was bedrust dé therapie. Tuberculose verdween in jaren vijftig uit deze lijst door de komst van tuberculostatika, en de maagzweer in 1976 met de komst van Cimetidine. Patiënten met hepatitis moesten wachten tot de komst van het eerste anti-virale middel Interferon in 1981. Voor al deze middelen gold, dat het enige tijd duurde voordat de betrokken medici ten volle in de geneeskracht ervan ‘geloofden’.

### Of prednison?

Tot in de jaren tachtig waren er hepatitispatiënten die een dergelijke strikte bedrust kregen voorgeschreven. ‘De Amerikanen’, waarmee men toen nog vaak en ook nu weer de Mayo Clinic bedoelde, deden dat niet. Grote trials in de jaren zeventig hadden uitgewezen dat strikte bedrust *niets* toevoegde aan het therapeutische arsenaal. In Nederland was pas omstreeks 1985 de laatste clinicus van bedrust-als-therapie afgestapt. Het bleef in sterk afgezwakte vorm wel onderdeel van de algemene adviezen, zoals ook veel water drinken en pijnstillers als ibuprofen gebruiken.

In de Mayo Clinic, waar toen ook regelmatig Nederlandse onderzoekers werkten, liepen midden jaren zeventig verscheidene hepatitis trials. Een belangrijke conclusie was dat ‘prednison effectief en nodig was bij een matige en actieve vorm van chronische hepatitis.’<sup>333</sup> Eerst leek prednison inderdaad positieve resultaten op te leveren. Later bleek echter dat dit een misvatting was, het was zelfs ongunstig. Het grootste probleem was echter dat de auto-immune en virale vormen van hepatitis allemaal op een hoop werden gegooid en in trialverband werden onderzocht. Hoewel prednison een prima middel was voor de auto-immune vorm, was het dat absoluut niet voor de virale vormen. Langzaam groeide dit besef. Nederlandse onderzoekers zoals Solko Schalm, Harry Janssen en Henk Reesink bouwden daarbij een grote naam op.

### Of gammaglobuline?

Gammaglobuline was een wondermiddel dat eveneens tijdens de Tweede Wereldoorlog was ontdekt. Het bleek dat dit ‘een klinisch manifeste hepatitis bij de grote meerderheid’ kon voorkomen. Dit veelgebruikte middel bleek helaas geen volledige bescherming te bieden. De hoop was daarom nu gevestigd op ‘vaccinatie met een geïnactiveerd virus’.<sup>334</sup> En dat zou niet eens zo lang meer duren.

## Interferon

In 1957 verschenen de eerste berichten over de ontdekking van een wondermiddel-in-de-dop, dat door de ontdekkers A. Isaacs en J. Lindemann interferon was genoemd. Dit is een eiwit (cytokine) dat de groei van uiteenlopende virussen remt. De vooruitzichten waren dan ook veelbelovend.<sup>335</sup> Eerst probeerde men te achterhalen of en hoe daarmee virusinfecties konden worden voorkomen en behandeld. Interferon was een heel nieuw onderzoeksgebied en moeilijk te ontrafelen. Daardoor was het, ondanks alle inspanningen, voorlopig niet geschikt voor menselijk gebruik.<sup>336</sup> Rond 1980 publiceerden de eerste Nederlandse onderzoekers in gerenommeerde internationale tijdschriften over de interferonbehandeling bij hepatitis B (die men later ook ging gebruiken bij hepatitis C). Deze behandeling liet nog een wisselend succes zien, maar door betere preparaten, combinaties en aangepaste doseringen verbeterde dit aanzienlijk.

Naast interferon kwamen er nog andere geneesmiddelen die voortborduurden op de uitkomsten van de productieve HIV-onderzoeken. Door al het onderzoek op antivirale middelen bij aids stond men rond 2000 vrij plotseling aan het begin van een stortvloed van nieuwe geneesmiddelen die de kans op sterfte door leverfalen of levercarcinoom ten gevolge van een chronische hepatitis B en C in ieder geval konden halveren.<sup>337</sup> Tegenwoordig wordt bij hepatitis B een immuun-modificerend middel zoals PEG-interferon langzaam verdrongen door andere antivirale middelen met minder bijwerkingen. Bij hepatitis C is dat de combinatie PEG-interferon met ribavirine. PEG-interferon is niet goedkoop, een gemiddelde wekelijkse dosis kost € 223.

## Teleurstellingen

Dit is niet helemaal het einde van het verhaal. Helaas leek het erop dat een reactivatie van hepatitis B kan optreden bij mensen die daarmee al eerder te maken hadden gehad. Erger nog: als complicatie van een immuunsuppressieve therapie (2011). Nu waren de bewijzen daarvoor niet overtuigend, maar het is wel een voorbeeld van de mogelijke complicaties die er aan 'wondermiddelen' kunnen kleven.

Dat gold ook voor de behandeling van chronische hepatitis C. Recent bleek dat de combinatietherapie niet alleen significante bijwerkingen kon veroorzaken, maar ook dat deze een 'matige effectiviteit' heeft. Inmiddels was er een nieuwe klasse medicijnen in de fase van pre-klinisch onderzoek, die veelbelovend leek. De conclusie was dat er 'daardoor meer diversiteit en complexiteit' ontstaan, die 'de behandeling bovenal aanzienlijk succesvoller maken.'<sup>338</sup> In de loop van 2012 kwamen de eerste twee geneesmiddelen op de markt. Het leek nu zeker dat alle eerdere problemen waren opgelost. Bijna zeker, want de geschiedenis geeft aan dat een zekere scepsis over nieuwe wondermiddelen op zijn plaats is.

## Behandelcentra

### Toenemende rol maag-darm-leverartsen

Geleidelijk groeide het aantal medici 'dat raad wist' met een hepatitis-B-patiënt. Dat was nodig omdat de complexiteit van de behandeling de afgelopen tien jaar nog verder toenam. De introductie van nieuwe, dure, geneesmiddelen was daar mede debet aan. Deze ontwikkelingen hadden nog een ander gevolg. Een optimale behandeling was alleen te bereiken door een individuele, op de persoon afgestemde behandeling. In jargon: 'Uiteenlopende behandelingschema's, stop- en startmomenten, dosisveranderingsmomenten en resistentieproblemen'.

Alles bij elkaar genomen was er een breed spectrum nodig aan kennis en ervaring. Met 'kennis van leverziekten' kwam men er niet meer. Deze ziekte vroeg om gespecialiseerde specialisten die de kwaliteit kunnen waarborgen. De blik richtte zich als vanzelfsprekend op de MDL-arts met een optimale kennis van leverziekten. Mede in een reactie op maatschappelijke ontwikkelingen – overheid, ziektekostenverzekeraars en patiëntenverenigingen – hield de NVMDL in 2011 een enquête om zo de centra met expertise in kaart te brengen.

Samen met de Nederlandse Internisten Vereniging besloot zij veertig gespecialiseerde behandelcentra voor virale hepatitis in te stellen. Deze ziekenhuizen voldeden aan de kwaliteits- en kwantiteitseisen van de NVMDL en de NIV, zij mogen zich Hepatitis Behandel Centrum noemen (2012). De maag-darm-leverartsen werken hier nauw samen de infectiologen.<sup>339</sup> Er is een heel team bij betrokken, met speciaal opgeleide hepatitisverpleegkundigen, patholoog, chirurg\* en minimaal twee MDL-artsen. Maar of er in de toekomst nog steeds veertig behandelcentra mogen zijn, is nog de vraag, tenminste voor de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie, Harry Janssen.<sup>340</sup> Deze centra zijn een zoveelste teken dat hun specialisme nu toch echt de ‘achterstandspositie’ achter zich heeft gelaten.

## Onwetendheid, een hardnekkig probleem

Intussen stond het probleem waarmee dit hoofdstuk begon, in 2012 nog levensgroot overeind: ondanks werkzame geneesmiddelen steeg het sterftecijfer. Bewustwording van zowel hepatitis-B als hepatitis-C-patiënten en hepatitis-B-vaccinatie waren daarop het enig juiste antwoord. MDL-artsen wezen echter op de moeilijke communicatie met migranten en asielzoekers. Dat dit een moeilijke materie is, blijkt uit de noodkreet van het Nationaal Hepatitis Centrum in 2011.<sup>341</sup> Maar het kon nog erger.

De directeur van LiverDoc, Hillie Logtenberg van den Grient, en anderen spraken in 2012 over ‘falen identificatie’, ‘falen verwijzing’, ‘falen behandelingsindicatie’.<sup>342</sup> Zij wezen op de nog steeds schrijnende onwetendheid van bevolking, risicogroepen én zorgprofessionals. Professionals, die kennelijk niet op de hoogte waren van het ziektebeeld en de genezing ervan!

In 2011 probeerde het Nationaal Hepatitis Centrum deze onwetendheid te doorbreken met het project Bibhep, Bewustzijn Identificatie en Behandeling van chronische virale hepatitis. *Awareness* is van levensbelang, zeker omdat hepatitis B en C sluipende ziekten zijn. Met een langdurige antivirale behandeling echter kan men bij actieve chronische hepatitis B de sterfte met tachtig procent terugdringen. Bij hepatitis C zou de mortaliteit met zeventig procent kunnen verminderen.<sup>343</sup>

## De goedkoopste oplossing: vaccinatie

Voor hepatitis A is er sinds de jaren negentig een vaccin, dat vooral bekend is geworden door vakantiegangers en anderen die naar risicolanden reizen. Een vaccin voor hepatitis B was er ruim tien jaar eerder. In 1981 meldde het instituut Pasteur (Frankrijk) dat het een vaccin had bereid en getest. Het enige probleem was nog dat het antigeen zo beperkt verkrijgbaar was. Vrijwel tegelijkertijd bracht een farmaceutisch bedrijf in Amerika een vaccin op de markt.<sup>344</sup>

Slechts vier procent van de bevolking komt met hepatitis B in aanraking en hoeft daarvan niet ziek te worden. De Rijksvaccinatie richtte zich dan ook op risicogroepen, maar was vrij laat met de algemene invoering van vaccinatie van kinderen uit die groepen (pas in 2003). Het bleek om een hoog percentage te gaan: twintig procent van de kinderen uit het Rijksvaccinatieprogramma kwam in aanmerking. Ook bij vaccinatie klonk het al jaren: ‘binnenkort verwacht’. Jaarlijks werden tussen de 1400 en 1600 nieuwe infecties gemeld.<sup>345</sup> De overheid hield echter vast aan haar ‘risicobeleid’. Sinds najaar 2011 krijgen alle baby’s een hepatitis-B-vaccinatie.



<b>Schatting percentage dragerschap hepatitis B bij gezonde bloeddonoren in 1993</b>			
Scandinavië	0,1	Zuid-Italië	3,0
Engeland	0,1	Japan	3,0
Ver. Staten	0,1	Griekenland	5,0
Nederland	0,2	Zuid-Afrika	11,3
Zwitserland	0,2	Taiwan	15,0
België	0,5	Singapore	15,0
Frankrijk	0,5	Hong Kong	15,0
Spanje	2,0		

NB Hepatitis-B- en -C-hepatiden kunnen worden gevolgd met de bepaling van bepaalde enzymen in het serum. Uit de hoogte daarvan is de schade en sterfte van de levercellen op te maken. Nederland hoorde niet bij de top, maar verkeerde relatief in een gunstige positie.

## Geschiedenis

Eén van de belangrijkste functies van de lever is de productie van gal. Gal en galvorming bleven echter lange tijd een ondoordringbaar terrein. In de negentiende eeuw was men met name nieuwsgierig naar de samenstelling, eigenschappen en invloed van gal op de spijsvertering. In Nederland begon het onderwerp belangstelling te krijgen door het onderzoek van Gerard van Berge Henegouwen (zie hoofdstuk 14). Dat begon al toen hij startte met zijn opleiding in Arnhem, waar hij 'op de galzoutbepaling werd gezet'.<sup>346</sup> Zijn onderzoek van galzuurmetabolisme bij een verstoorde galafvoer was een eerste bijdrage aan een 'gal-traditie' waarmee latere Nederlandse onderzoekers, zoals Ronald Oude Elferink en Peter Jansen uit het AMC, grote internationale bekendheid zouden krijgen.<sup>347</sup>

## Van pure osmose naar actief transport

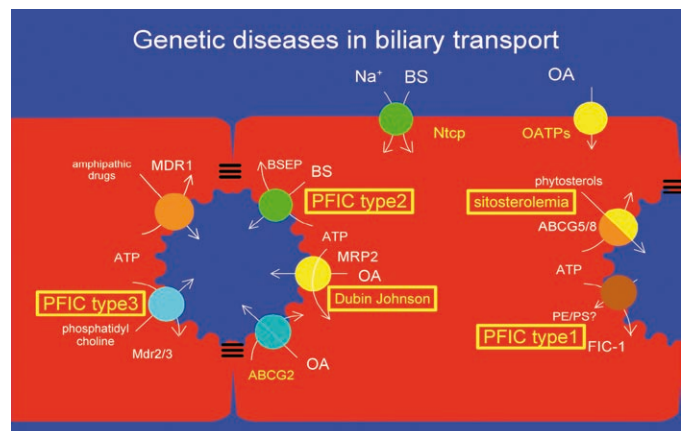
### Galvorming

Lang heeft men gedacht dat galvorming te verklaren was met, achteraf gezien, min of meer globale aannames. Gal zou vooral ontstaan door een interne kringloop in de lever en door de actieve uitscheiding van galzuren en een daarmee verbonden osmotisch effect. Via de galvorming in de lever worden cholesterol, bilirubine en andere potentieel giftige stoffen uitgescheiden. In de darm emulgeert gal vetten. In vet oplosbare vitamines kunnen vervolgens worden geabsorbeerd, zodra ze samen met de galzuren in micellen in de darm zijn opgelost. Uitscheiding van het relatief onoplosbare cholesterol, dat ook via een proces van micelvorming in oplossing wordt gehouden, bleek een van de belangrijkste functies van gal te zijn. Het lichaam is op deze manier in staat om een overvloedige hoeveelheid cholesterol kwijt te raken, een stof die nuttig maar ook schadelijk kan zijn. Dit proces is zelfs de drijvende kracht achter galvorming.

Later bleek dat galzouten de belangrijkste bestanddelen zijn van gal. Zij worden in levercellen uit cholesterol gesynthetiseerd en vervolgens via een actief transport met de galvloei stof uitgescheiden in de galkanaaltjes.

### Jaren negentig: gal levert transporters

Zoals zo vaak bij leveraandoeningen, was het ook hier allemaal veel ingewikkelder dan aanvankelijk gedacht. In de jaren negentig ontdekten Nederlandse onderzoekers dat niet via osmose maar door eiwitten belangrijke lichaamsstoffen door de lever en darm heen worden getransporteerd. Ronald Oude Elferink, Piet Borst en medewerkers van het AMC, het Nederlands Kanker Instituut, het Wilhelmina Kinderziekenhuis en het UMCG, leverden daaraan een grote bijdrage. Hierdoor werden onder meer de transporters bij galvorming bekend.



In deze figuur worden alle belangrijke eiwitten genoemd die belangrijk zijn voor het transport van levercel naar galkanaaltjes. Mutaties in deze eiwitten veroorzaken een aantal erfelijke ziekten.

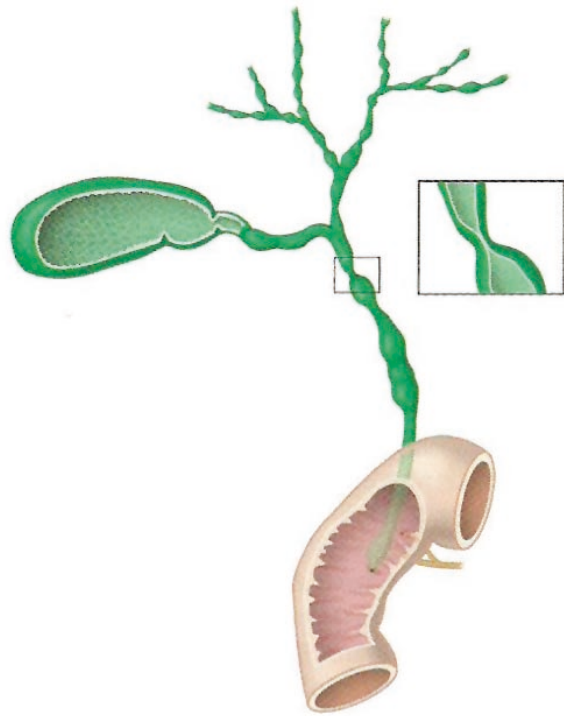
Donkerbruin (FIC-1) is de aminofosfolipid transporter; defect veroorzaakt PFIC-type-1-cholestase. FIC staat voor familial intrahepatic cholestasis. Groen (BSEP) is de Bile Salt transporter; defect veroorzaakt PFIC-type-2-cholestase. Lichtblauw (MDR2/3) is de fosfolipid transporter (phosphatidylcholine); defect veroorzaakt PFIC-type-3-cholestase. Donkerblauw (ABCG2) zorgt voor het transport van o.a. organische anionen; er is geen ziekte bij de mens bekend. Lichtbruin (MDR1) zorgt voor het transport van anionische geneesmiddelen; geen ziekte bij de mens bekend (wel bij Schotse colliers). Bruingeel (ABCG5/8) zorgt voor transport van cholesterol/sitosterol; defect veroorzaakt sitosterolemie. Geel (MRP2) staat voor transport van organische anionen (o.a. geconjugeerd bilirubine); defect veroorzaakt de ziekte van Dubin Johnson. PFIC betekent Progressive Familial Intrahepatic Cholestasis.

Bron: Ronald Oude Elferink, Tytgat Instituut voor MaagDarmLeverziekten, AMC

## Cholestase (galstuwning)

### Erfelijke cholestase

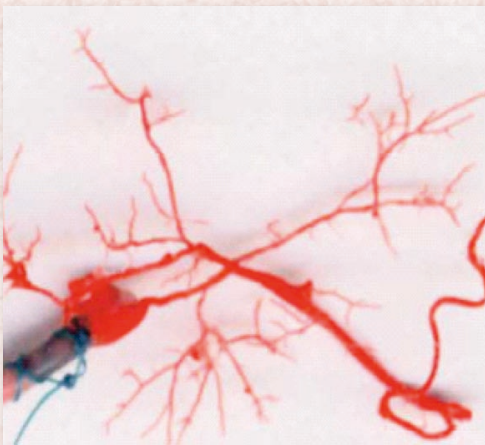
Door verstopping van de galwegen ontstaat cholestase. Een verstopping kan ontstaan door verschillende mutaties van de transporteiwitten, waardoor bijvoorbeeld ook galstenen kunnen ontstaan. Dit leidde weer tot de vinding dat er drie typen erfelijke cholestase zijn, veroorzaakt door verschillende mutaties in het desbetreffende gen. Deze mutaties kunnen zowel ernstig als mild van aard zijn. In tegenstelling tot sommige andere leverziekten kan een ernstige familiale cholestase fors verbeteren door een galdrain aan te leggen. Andere vormen van familiale cholestase kunnen ook spontaan herstellen na een cholestatische periode, bijvoorbeeld in het geval van Benigne Recurrente Intrahepatische Cholestase (BRIC), waarvan we drie types kunnen onderscheiden.<sup>348</sup>



Schematische tekening van galwegen van patiënt met primaire scleroserende cholangitis (PSC). Het typische kralensnoerpatroon van de galwegen met verwijdingen en vernauwingen wordt getoond. | Bron: H.L.A. Janssen, J.P. Drenth, B. van Hoek, *Leverziekten*, Bohn, Stafleu en van Loghum, Houten, 2009

## Knalgele muizen zonder het transporteiwit ABCB4, en de link met auto-immuunziekten

Onderzoekers van het AMC toonden aan dat er bij muizen waarbij het transporteiwit was uitgeschakeld, nauwelijks meer sprake was van galproductie. De muizen waren weliswaar prachtig knalgeel gekleurd, maar uiteindelijk leidde dit tot galwegbeschadiging en bindweefselvorming in de lever. Dat leek vervolgens weer sterk op het ziektebeeld van een ernstige vorm van cholangitis. De geschiedenis van MDL-ziekten leerde al dat deze primaire scleroserende galwegontsteking (PSC) voorkomt in de rij van auto-immuunziekten. Een potentiële link tussen het ontbreken van het transporteiwit ABCB4 (fosfolipiden) en auto-immuunziekte was dus gelegd.



MDR-2-deficiënte muizen (ABCB4<sup>-/-</sup>) ontwikkelen een PSC-achtige galwegafwijking. Links een normale muis. Rechts galwegen van een MDR-2-deficiënte muis met kenmerkende verwijdingen en insnoeringen. De galwegen zijn post-mortem opgespoten met een rode kleurstof, zodat de kenmerkende verwijdingen en vernauwingen goed zichtbaar zijn.

Bron: Michael Trauner, gepubliceerd in Fickert et al., *Gastroenterology*, 2002;123:1238-1251 en 2004; 127:261-274

## Niet-aangeboren cholestase bij auto-immune leverziekten: PBC en PSC

Binnen de auto-immune leverziekten zijn er twee verworven (niet-aangeboren) chronische ziekten met cholestase, waarnaar in Nederland veel onderzoek is gedaan. Het gaat hier om primaire biliare cirrose (PBC) en de bovengenoemde primaire scleroserende galwegontsteking (PSC). Hoewel bij de ernstige vormen alleen nog een levertransplantatie afdoende is, bestaat er voor een aantal lichtere vormen al jaren een behoorlijk succesvolle therapie met het natuurlijke galzout ursodeoxycholzuur. Landelijke studiegroepen naar bovengenoemde aandoeningen, aangestuurd vanuit Rotterdam (Henk van Buuren) en Utrecht (Karel van Erpecum), verrichtten uitstekend klinisch onderzoek bij ongeveer driehonderd patiënten. Zo lijkt de galzuurtherapie het natuurlijke beloop aanzienlijk te vertragen waardoor ook complicaties veel later op treden.<sup>349</sup>

### Dutch multicentre PBC cohort study

297 patients

44 hospitals

All treated with UDCA

Med. follow-up 68 months



De Nederlandse centra die meedoen, zijn met rode stippen aangegeven.

Bron: Dutch PBC-Studygroup, 2006

## Een niet te definiëren syndroom

*A pressing problem for the physician; the failure to recognize the normal physiological limits of the colon results in over-activity of function being mistaken for actual intestinal disease.* (Scarlett, 1936)<sup>350</sup>

**E.P. Scarlett (Calgary) wilde met zijn artikel aandacht vragen voor deze functionele colonaandoening. Zijn probleem met de diagnostiek zou een langdurig vraagstuk blijven. In het algemeen was er vooral sprake van vaagheid, terwijl spastisch colon ook toen al veel voorkwam. De enige manier waarop men deze diagnose kon stellen, was door uitsluiting van andere, ernstiger darmziekten. Dit probleem is niet verdwenen.**

Tegenwoordig is spastisch colon de meest voorkomende chronische darmklacht in de praktijk van bijna elke MDL-arts. Geschat wordt dat tussen de tien en vijfendertig procent van de bevolking hier vroeg of laat mee te maken krijgt. Voor hen is het weliswaar een hinderlijk en af en toe behoorlijk pijnlijk probleem, maar zij overlijden er niet aan. Over de oorzaak zijn meerdere hypothesen in omloop, variërend van vezeldeficiëntie tot psychologisch herleidbare oorzaken. Hoewel er iets meer inzicht is gekomen in oorzakelijke factoren, is de ‘overwinning’ van deze ziekte nog niet in zicht. De ziekte zelf was veelal onbehandelbaar. Alles bij elkaar genomen zal het duidelijk zijn dat een definiëring van dit syndroom evenmin goed mogelijk is.<sup>351</sup>

## Criteria voor spastisch colon

In de jaren zeventig nam de belangstelling voor deze stoornis duidelijk toe. Een eerste voorbeeld daarvan is J. Ritchie. Zij onderzocht in 1973 of lijdens aan spastisch colon anders reageerden dan gezonde personen. Zij vond inderdaad een verschil. Bij het opblazen van een ballon in het sigmoïd kregen syndroompatiënten eerder pijn dan de controlegroep.<sup>352</sup> Deze waarneming stond overigens aan de basis van het huidige begrip ‘gut-brain axis’. Daarmee wordt bedoeld dat prikkels in de darm via de hersenen kunnen leiden tot bewuste waarnemingen en andersom: dat hersenactiviteit van invloed is op de werking van de darmen. Het besef dat het niet zozeer de dikke darm is die meer samentrekt of kramperiger is, maar dat de oorzaak van de klachten gelegen is in de waarneming van signalen uit de darm, heeft ook geleid tot een nieuwe naam: prikkelbare-darmsyndroom (PDS).

Andere onderzoekers richtten zich op criteria waarmee men spastisch colon van organische afwijkingen kon onderscheiden. Vooral de criteria van A.P. Manning (1978) kregen veel navolging. Behalve zijn ‘red flag signs’ en ‘what you should do’ was de diagnose te stellen aan de hand van een aantal ‘karakteristieken’ en een aantal aan pijn gerelateerde verschijnselen, zoals ‘mucus in stools’ en ‘feeling of incomplete evacuation’.<sup>353</sup>

Diverse commissies bogen zich over een verfijning hiervan, hetgeen leidde tot de ‘Rome-criteria’ en vervolgens drie herzieningen daarvan (in 1992, 2000 en 2007). Men onderscheidt nu drie vormen van prikkelbare-darmsyndroom: overwegend obstipatie (C), overwegend diarree (D) of een combinatie van obstipatie en diarree (M). In een review constateerden Amerikaanse onderzoekers onlangs echter dat in publicaties met name de Rome-III-criteria minder werden gebruikt dan verondersteld: vanaf 2007 nog slechts in een kwart van de gevallen. Dat betekende ‘terug naar Manning’. Zijn valide en accurate methode was het meest gangbaar.<sup>354</sup>

Kenmerken prikkelbare-darmsyndroom
<b>Manning-criteria</b>
Buikpijn links of rechts in de onderbuik, vaak met opgezet buik
Defecatiestoornis met diarree of obstipatie of afwisselend beide
Cyclisch verloop van de klachten
Onderzoek levert geen afwijkingen op
Meestal begin van klachten < 50 jaar
<b>Rome-III-criteria (vrij vertaald)</b>
- Steeds terugkerende pijn (of onaangenaam gevoel) in de buik, met ten minste twee van de onderstaande kenmerken:
a. De pijn wordt minder na de stoelgang.
b. Het begin van de (pijn)klachten hangt samen met een verandering in de frequentie van de ontlasting.
c. Het begin van de (pijn)klachten hangt samen met een verandering in de vorm van de ontlasting.
- De klachten moeten ten minste 6 maanden geleden begonnen zijn. Als de patiënt gedurende drie van die zes maanden voldoet aan de criteria, dan kan de diagnose PDS worden gesteld.
- Als de klachten ook kunnen wijzen op een andere aandoening, dan moet die eerst worden uitgesloten.

In Nederland hebben André Smout en Louis Akkermans in het UMC Utrecht de afgelopen decennia veel internationaal baanbrekend onderzoek verricht naar functionele darmziekten, waaronder het prikkelbare-darmsyndroom. Ook Ad Masclee (LUMC, later Maastricht) en Guy Boeckxstaens (voorheen AMC, nu Leuven) hebben met hun groep op dit terrein veel werk verzet.

## Oorzaken prikkelbare-darmsyndroom

Alles bij elkaar genomen is er in de loop der jaren een indrukwekkend aantal 'oorzaken' genoemd, waarvan het merendeel weer geruisloos verdween. Overgevoelige darmen, afwijkende darmflora, familiair voorkomen, voeding, afwijkende gastro-intestinale motiliteit of abnormale pijnverwerking. Daarbij stond psychische 'overgevoeligheid' vrijwel altijd in het oorzakenrijtje. Hoewel het prikkelbare-darmsyndroom niet 'all in the head' is, heeft het toch ook te maken met een abnormale pijnperceptie in de hersenen, zo denken onderzoekers tegenwoordig.<sup>355</sup>

Meestal beperkt men zich evenwel tot een drie- of viertal hoofdoorzaken, die men wellicht beter als paradigma kan duiden. Want ook als er iets écht, onomstotelijk lijkt vast te staan, gebeurt het dat latere onderzoekers daar toch weer vraagtekens bij gaan zetten. Een ander recent voorbeeld hiervan is het ontstekingsproces als basis voor prikkelbare-darmsyndroom. 'De afname van het aantal immuuncellen doet eerder denken aan een ontregeld immuunproces dan aan een ontstekingsproces.'<sup>356</sup> In die tussentijd was de kennis wel verdiept, maar kwamen er tevens weer nieuwe vragen op. Zouden bijvoorbeeld een afwijkende darmflora en een chronische ontsteking van het darmslijmvlies de oorzaak kunnen zijn?

Desondanks is het ronduit ontmoedigend dat er nog zoveel onopgelost is. In het hierboven genoemde review is te lezen over 'The absence of a clear biomarker for irritable bowel syndrome.' Zo kom je dan tot de vooralsnog laatste beschrijving van de oorzaak: 'Hoewel het ontstaansmechanisme nog niet is opgehelderd, lijken de symptomen ervan een fysiologische basis te hebben. Waarschijnlijk is dat multifactorieel, waarbij verhoogde sensitiviteit en abnormale motiliteit van de darmen, psychosociale factoren en voorafgaande infecties een rol spelen.'

Zolang de oorzaak niet duidelijker is en de diagnostiek van dit syndroom blijft haken achter 'symptoomdiagnostiek', is alle hoop gevestigd op een behandeling die werkt. Gelukkig is er op dat gebied nu ook positief nieuws. De oplossing zit dan vooral in de zelfwerkzaamheid van de patiënt.

## Therapieën<sup>357</sup>

In de jaren zeventig verschenen ook de eerste publicaties over het belang van een huisarts die begrip toont voor de situatie van de patiënt. De prognose wat betreft het verdwijnen van de klachten was ongunstig. De kans op verbetering nam echter zienderogen toe als de dokter de klachten niet bagatelliseert en de patiënt 'voldoende begrip ervaart'.

*Dokter, de pijn is niet minder geworden, maar ik vind het minder erg.*

### Meer begrip van artsen

Eén van hen reageerde: 'De tijd ligt niet zo ver achter ons dat veel PDS-patiënten weinig of geen gehoor vonden binnen de toch al drukke spreekuren ("Er waren geen afwijkingen bij het onderzoek, u hoeft zich echt geen zorgen te maken.>"). De algemene klacht van deze patiënten is: "Ik heb zo'n verschrikkelijke buikpijn, daar valt niet mee te leven, doet u er a.u.b. wat aan!" De patiënt legt dan als het ware zijn probleem bij de dokter op het bureau. De MDL-artsen van nu zien dit als het moment om – met de nodige empathie – uitleg van de klachten te geven. Het vervolgens terugdraaien van de verantwoordelijkheid voor de kwaal van de dokter naar de patiënt, is dan een eerste stap op weg naar het herstel.'



Bron: Prikkelbare Darm Syndroom Belangenvereniging (www.pdsb.nl)

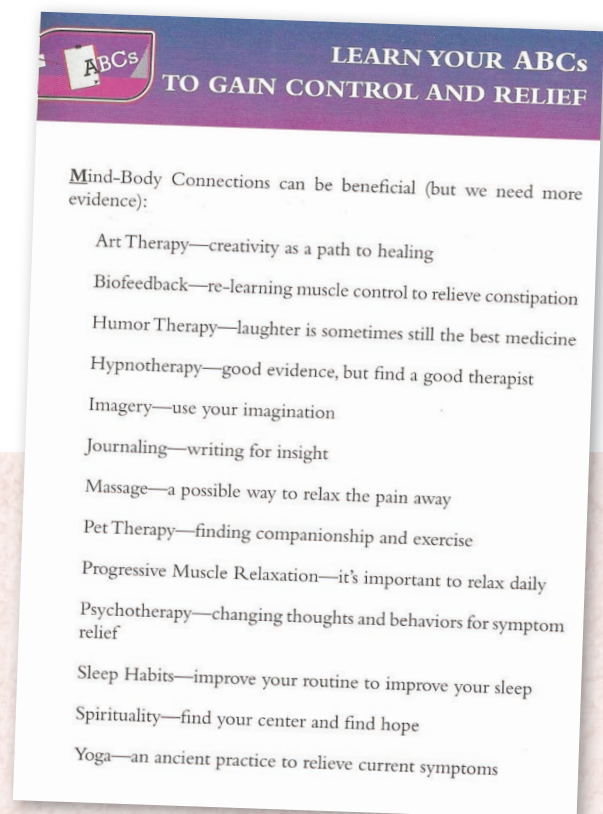
### Van pillen tot hypnotherapie

Behalve een begripvolle MDL-arts waren er ook andere min of meer bewezen effectieve behandelingen, zoals leefstijlinterventies en antispasmodica, wat later aangevuld met rifaximine en probiotica.

Nog meer goed nieuws komt er met hypnotherapie. In 2012 verscheen in *MAGMA* de uitkomst van een onderzoek naar de effectiviteit van hypnotherapie bij 260 kinderen met chronische buikklachten. Speciaal geschoolde specialisten wisten met deze methode bij 68 procent van de patiënten een langdurig succes te bereiken!<sup>358</sup>

### Een ABC voor mensen met PDS

Ook Nicholas Talley (VS), een bekende naam in het wetenschappelijk onderzoek van PDS, zocht het met zijn ABC in een wat meer relaxte benadering van de klachten bij prikkelbare-darmsyndroom.



Het ABC van Talley voor PDS-patiënten. | Bron: Nicholas Talley, *Conquering Irritable Bowel Syndrome*, 2e dr., People's medical publication House, Shelton, VS, 2012

## Het belang van vezels

Aan het eind van de negentiende eeuw kwam er mede door de komst van de 'hygiënist' meer algemene aandacht voor een gezonde leefwijze en voeding. Hoewel er nog lang geen theoretische onderbouwing was voor een eventuele waarde van een 'vezelrijke voeding', was er een enkele arts die vooral bewerkte voedingsmiddelen zag als bron van veel maag- en darmklachten. De bekendste van hen was de Zwitser dr. Bircher Benner, die ook in Nederland enige bekendheid kreeg met zijn 'muesli' (1900). Zijn behoorlijk vezelrijke dieet bevatte onder meer yoghurt gemengd met onbewerkte granen, vruchten en noten. Naast muesli kwamen er in de VS de eerste fabrikanten die met hun 'gezonde' producten daarop inspeelden.

Initiatieven op dit gebied waren voorlopig nog voorbehouden aan een selecte groep. Bij medici waren aanhangers van deze theorie voorlopig nog 'roependen in de woestijn'. Tot in de jaren zestig was het gebruikelijk om patiënten met maag- of darmaandoeningen juist een licht verteerbaar dieet voor te schrijven. Intussen waren er enkele publicaties verschenen die een verband aangaven tussen bepaalde darmklachten en de afnemende consumptie van cellulose door de toegenomen consumptie van bewerkte koolhydraten.<sup>359</sup> Vooral de Britse tropenchirurg D.P. Burkitt leverde een evidente bijdrage aan de bevestiging dat een gebrek aan 'vezels' allerlei ernstige klachten kon veroorzaken. Hij baseerde dat onder meer op zijn veld- en ander onderzoek – onder meer darmpassagetijden en fecesgewichten. Een vezelrijk dieet lag voor de hand.

Burkitt ging onverstoord verder met zijn onderzoek. Daarbij publiceerde hij onder meer zijn hypothese dat er een relatie kon zijn tussen een vezelarme voeding en kanker (1971). Niet iedereen was het daarmee eens en in 2005 leek dat uit een cohortonderzoek inderdaad terecht. In 2011 bleek uit een veel groter opgezet cohortonderzoek, dat met een hoge inname van bepaalde vezels het risico op darmkanker sterk verminderde. Zo was het voor Burkitt toch nog 'eind goed, al goed'. Gezien deze voorgeschiedenis is het wellicht beter daaraan toe te voegen: in ieder geval voorlopig.



Veelgebruikte oplosbare vezel bij darmklachten. | Foto: Marc Verhagen



## Maag- en duodenumzweren

### Voorgeschiedenis histamine en maagzuurproductie

Histamine, dat in de jaren zeventig sterk in de wetenschappelijke belangstelling kwam te staan, was geen nieuw onderzoeksgebied. In de jaren twintig bijvoorbeeld, zagen sommige onderzoekers dit als actieve factor bij de zuurproductie in de maag. Er kwam zelfs een als veelbelovend gepropageerd anti-histaminepreparaat in de handel (1925), waarover men echter spoedig niets meer hoorde. Andere onderzoekers wezen weer op de mogelijkheid dat zuur neutraliserende middelen weleens een tegengesteld effect konden hebben (zie hoofdstuk 6). Deze discussies laiden van tijd tot tijd weer op, 'de' oplossing voor zuur-gerelateerde aandoeningen had nog een lange weg te gaan.

### Geneesmiddelen ulcus pepticum



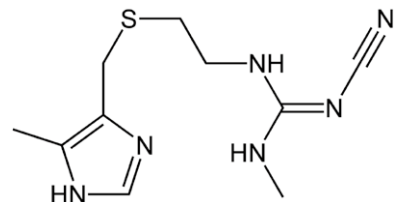
Sir James W. Black (1924-2010) ontving in 1988 de Nobelprijs voor zijn onderzoek naar receptorblokkades, de ontwikkeling van de eerste klinisch bruikbare beta-receptorblokker propranolol, de karakterisering van histamine-receptoren ( $H_2$ -receptoren) en de ontwikkeling van de eerste  $H_2$ -receptor-antagonist cimetidine.

Bron: Nobelprize.org, Nobel Media AB 2013. Web. 28 Jun 2013 [http://www.nobelprize.org/nobel\\_prizes/medicine/laureates/1988/black-facts.html](http://www.nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/1988/black-facts.html)

#### *Cimetidine*

Nadat men had ontdekt dat antihistaminica wel de bijwerkingen van histamine bestreden maar de zuurproductie ongemoeid lieten, bestempelden onderzoekers deze als gemedieerd via  $H_1$ -receptoren. James Black beschreef vervolgens de  $H_2$ -receptor. Aansluitend ontwikkelde hij de eerste klinisch toepasbare  $H_2$ -receptor-antagonist cimetidine (Tagamet), een middel dat de maagzuurproductie kon remmen.<sup>360</sup> In 1984 kreeg James Black daarvoor de Nobelprijs Geneeskunde.

In Nederland was Cock Lamers (Nijmegen) de eerste die  $H_2$ -receptor-antagonisten met succes toepaste bij patiënten met het syndroom van Zollinger-Ellison, een ziekte die de maag maximaal aanzet tot de productie van zuur. Hij had zes patiënten met deze weinig voorkomende ziekte. Met zijn bevindingen 'kwam' hij echter in de *New England Journal of Medicine*, een primeur onder de Nederlandse maagdarmartsen en internisten. De groep van Jan van Tongeren (Nijmegen) en die van Guido Tytgat (Amsterdam) deden veel onderzoek met deze middelen bij ulcuspatiënten. Talloze studies volgden en allemaal toonden deze de effectiviteit aan van cimetidine, zowel bij de behandeling van het maagulcus en ulcus van de twaalfvingerige darm als bij een reflux-oesofagitis.



Structuurformule van cimetidine. | Bron: Wikipedia

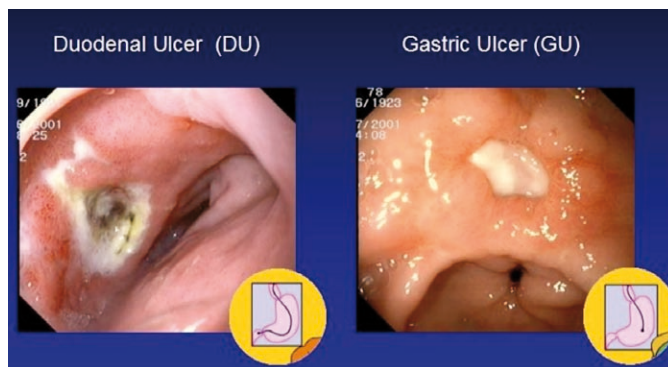
Niet lang daarna kwam een andere firma met een nieuw middel: ranitidine (Zantac). In tegenstelling tot cimetidine bindt dit niet aan het cytochroom (P450), waardoor er minder interacties optraden met andere medicamenten. Het heeft een wat sterkere werking en ook de genezingspercentages zijn wat hoger.

#### *Ulcus, een terugkerende aandoening!*

Een volgende ontwikkeling die voor het onderzoek naar ulcus van groot belang zou zijn, was de komst van de fiberoptische endoscopie. Daarmee konden de resultaten van de behandeling worden gevolgd. En, passend in een tijd dat epidemiologie een steeds belangrijker plaats innam, er kon nu voor het eerst betrouwbaar epidemiologisch onderzoek worden gedaan. Dat leverde verrassende resultaten op. Binnen één jaar hadden praktisch alle patiënten

## 'Ik wil cimetidine!'

Maagdarmartsen zagen in de jaren 'voor cimetidine' op hun spreekuur regelmatig patiënten terug die voor de zoveelste keer een zweer hadden ontwikkeld. Een operatie was dan het advies, omdat de kans groot was dat de zweren bleven terugkomen. Dat overkwam ook een middenstander uit Elburg, die in Zwolle werd behandeld. Een operatie zag hij niet zo zitten. Was er geen pilletje voor? Jazeker, maar alleen in Engeland (cimetidine was daar eerder verkrijgbaar dan in Nederland). Kort en goed, zijn behandelende maagdarmarts bestelde dit. Het mocht echter niet langer dan zes weken worden gegeven, daarna zou alsnog een operatie moeten volgen. Na zes weken komt een enthousiaste patiënt terug: hij wil alleen cimetidine, dat inmiddels ook in Nederland verkrijgbaar is. Na zes weken weigert hij weer een operatie, krijgt opnieuw het medicijn en ten slotte geeft zijn behandelende specialist het op. Tot in de jaren tachtig waren maagdarmartsen overwegend tegen een onderhoudsbehandeling, men koos toen voor eenmalig of intermitterend. Het is dus zeer wel mogelijk dat deze Elburgenaar de eerste patiënt was die een onderhoudsbehandeling kreeg met cimetidine.



Endoscopische beelden van een zweer in de twaalfvingerige darm (ulcus duodeni, links) en een zweer in de maag (ulcus ventriculi). | Bron: Privéarchief Henk Festen

met een ulcus duodeni een recidief ontwikkeld, vaak asymptomatisch. De ziekte was dus een chronisch recidiverende aandoening die wellicht levenslang bleef bestaan. Een onderhoudsdosering met een  $H_2$ -blokker genas de ulcusziekte weliswaar niet, maar hield deze wel in remissie. Vanwege het commerciële succes volgden meerdere *me-too*-middelen, maar na cimetidine was alleen famotidine (Pepcidin) nog succesvol op de markt. Van al deze middelen is het patent inmiddels verlopen, momenteel zijn  $H_2$ -receptor-antagonisten zelfs vrij, *over the counter*, verkrijgbaar.

## Blockbusters

Cimetidine was de eerste *blockbuster drug* waarbij een gigantische markt was aangeboord. De betrokken farmaceutische firma's waren nu ineens in staat grote bedragen te besteden aan onder meer sponsoring van de Nederlandse MDL-activiteiten. Ranitidine was eveneens zo'n 'goudmijn'. Met een opbrengst van ruim een miljard dollar per jaar, kon ook die firma dergelijke zaken sponsoren. Deze sponsoring was beslist niet alleen gericht op meer praktische zaken, wetenschappelijk onderzoek en proefschriften kwamen daarvoor ook in aanmerking.

### Exit $H_2$ -receptor-antagonisten, welkom PPI's

Dit is echter niet het einde van het verhaal; er kwam nog een heel andere medicatie die de maagzuurproductie kon remmen. De ontdekking van zowel de laatste stap in de maagzuursecretie, de protonpomp, als zijn specifieke antagonist, de Proton Pump Inhibitor, brachten dat teweeg (respectievelijk  $H^+K^+ATPase$  en PPI). In de jaren tachtig slaagde E. Fellenius erin om omeprazol te synthetiseren. In Nederland kwam dit middel als Sinterklaascadeautje op 5 december 1988 als Losec op de markt. In tegenstelling tot de  $H_2$ -receptor-antagonisten zijn protonpompremmers non-competitieve antagonisten van de maagzuurproductie. Bij de behandeling van zweren, maar vooral bij reflux-oesofagitis, is de werking daardoor veel sterker en effectiever. Zij zijn bovendien veilig bij langdurig gebruik. Hierdoor verdrongen zij de  $H_2$ -receptor-antagonisten van de markt.

Net als bij de  $H_2$ -receptoren is er in Nederland veel onderzoek met protonpompremmers verricht. Onderzoekers zoals

Henk Festen (VUMC) en Elly Klinkenberg (idem), onderzochten de klinische waarde van omeprazol. De ontdekking dat omeprazol een racemisch mengsel is waarvan de rechtsdraaiende vorm minder werkzaam is, leidde tot de isolatie van de linksdraaiende en sterker werkzame component esomeprazol (Nexium).

Naast genezing van maagzuur-gerelateerde aandoeningen spelen protonpompremmers ook een belangrijke rol als protectie tegen door NSAID's geïnduceerde ulcera en bloedingen. Daarnaast bleken zij behalve therapeutisch ook commercieel zeer succesvol. Het was dan ook te verwachten dat er meerdere middelen zouden volgen. In essentie zijn er onderling geen grote verschillen tussen al die middelen. Omdat de patenten zijn verlopen, zijn er inmiddels generieke protonpompremmers voor in de plaats gekomen. Er restte echter nog één grote vraag: wie of wat veroorzaakte eigenlijk dat ulcus?

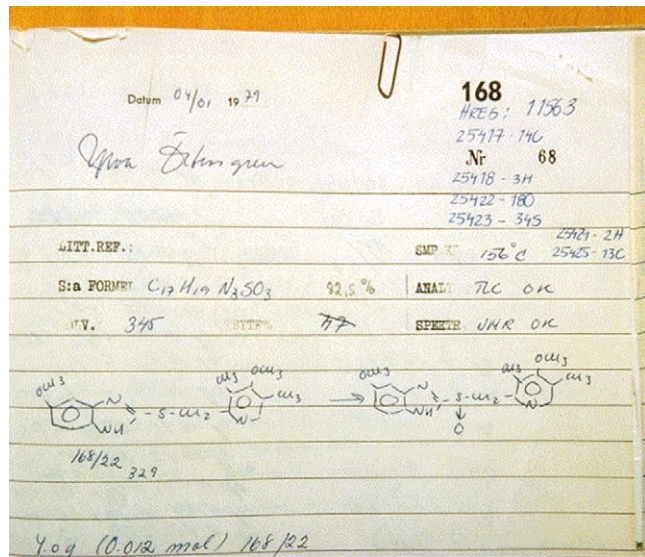
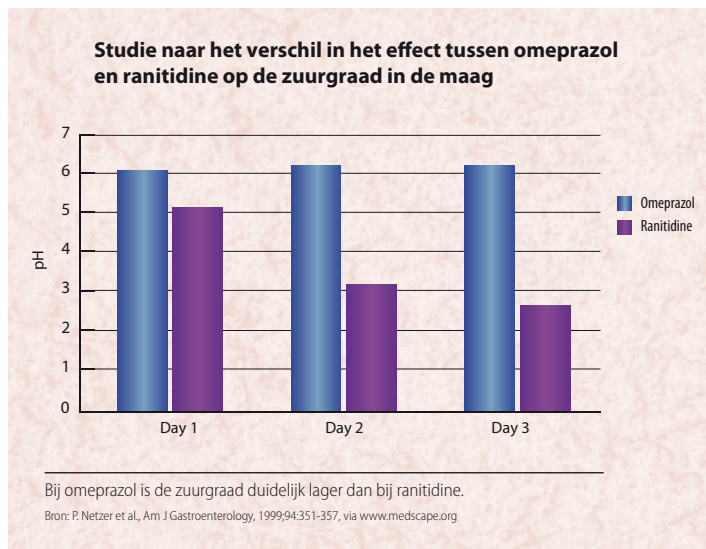


Foto van laboratoriumboek van de Astra-onderzoekers in Zweden, die voor het eerst de structuurformule van omeprazol getekend hadden (04-01-1974).

Bron: Astra Zeneca, Malmö, Zweden



## Oorzaak ulcus pepticum

**Voorgeschiedenis: 'Zonder infectie geen zweer'<sup>361</sup>**

Al ten tijde van de eerste maagspecialisten was de oorzaak van maagzweren een discussiepunt (zie hoofdstuk 4). In 1901 had maagarts J. de Groot zich erover verwonderd dat er levensvatbare microben in het zure maagsap waren aangetoond, zonder dit nader te onderzoeken. In 1906 kreeg hij ondersteuning van een gerenommeerde patholoog-anatoom, dr. E. Neumann, die zelfs had aangetoond dat er zonder infectie helemaal geen zweren waren. Een enkele onderzoeker opperde dat, in navolging van de ontdekking van ziekteverwekkers van

gevreesde infectieziekten zoals tuberculose, het mogelijk kon zijn dat ook een maagzweer berustte op een bacteriële ontsteking. Een volgende poging ondernam F.E. Revers in 1946. Hij wees erop dat de mogelijke oorzaak bij het ontstaan van zweren de 'bacterieele factor' kon zijn. De aanwezigen gingen daarop ook toen niet verder in.<sup>362</sup> Voorlopers kregen alleen maar negatieve reacties – wat ten dele ook enige tijd zou gelden bij de uiteindelijke vondst van de echte veroorzaker.

### 'Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration'

Zo ging het zijn gangetje aan het ulcusfront, tot de Australiër Barry Marshall in 1984 zijn bevindingen in de *The Lancet* publiceerde.<sup>363</sup> Zijn 'unidentified curved bacilli' werden via *Campylobacter pyloris* ten slotte omgedoopt tot *Helicobacter pylori*. Zijn meest aansprekende publicatie daarna ging over een dubbelblind onderzoek waarbij patiënten met ulcus in de twaalfvingerige darm werden gerandomiseerd naar respectievelijk cimetidine of colloïdaal bismut-subcitraat in combinatie met het antibioticum tinidazol of een placebo. Hieruit bleek dat de uitroeiing van de *Helicobacter pylori* zowel de genezing bevorderde als recidieven voorkwam. Het leek te mooi om waar te zijn en opnieuw waren er dan ook sceptici die dit niet zomaar geloofden.

## 'Er is in de wetenschap niets heerlijker dan plots iets te begrijpen'<sup>364</sup>

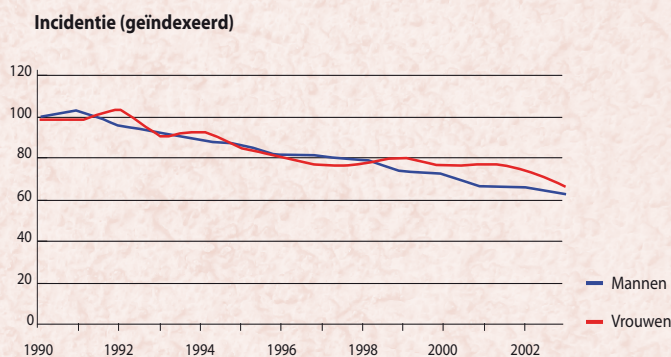
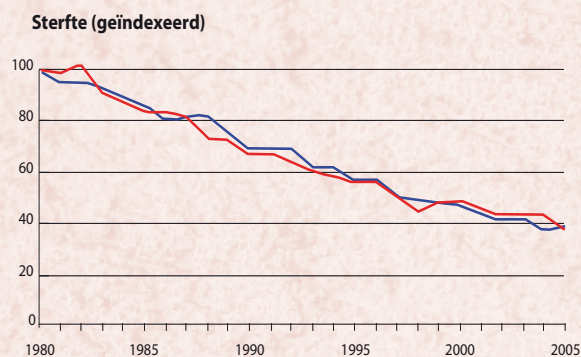
Guido Tytgat (Amsterdam) hoorde niet bij die sceptici. Samen met Eric Rauws (AMC) was hij een van de belangrijkste zendingen van de *Helicobacter pylori*-'beweging'. Sterker nog, hij had bij een onderzoek of bepaalde geneesmiddelen een beschermende werking hadden op het maagslijmvlies, die bacteriën zelf al eerder gezien. 'Gebrainwasht' door het idee dat bacteriën niet tegen zuur konden, miste hij op dat moment nog de *Aha-Erlebnis*. Door min of meer toevallige omstandigheden kwam hij korte tijd daarna tot de ontdekking dat die bacterie de zuurproductie onderdrukte. Zijn team publiceerde daarover in dezelfde *Lancet* als Barry Marshall.<sup>365</sup>



Barry Marshall (links) en Robin Warren ontvingen in 2005 de Nobelprijs voor hun werk ten aanzien van de ontdekking van de bacterie *Helicobacter pylori* en de rol daarvan bij gastritis en zweren in maag en dunne darm. | Bron: Google images

Vooraf met hun studie *Cure of duodenal ulcer associated with eradication of Helicobacter pylori* (1990) luidde Marshall en Robin Warren de doods-klok over het ulcus duodeni. Er volgden nog vele studies die de uitkomsten bevestigden en overtuigend aantoonde dat na effectieve uitroeiing van de desbetreffende bacterie de zweren vrijwel niet recidiveren. Later bleek dat de bacterie aantoonbaar was bij het merendeel van de patiënten met maag- of duodenumzweren, zodat men vaak direct, zonder test, met de behandeling begon.

*Helicobacter pylori*-infecties in de bevolking dalen. Dat heeft nog een ander gunstig gevolg, omdat deze bacterie inmiddels door de WHO is geclassificeerd als carcinogeen. De afname van de incidentie van het adenocarcinoom van de maag, tegelijk met de daling van de prevalentie van deze infectie, ondersteunt deze hypothese.

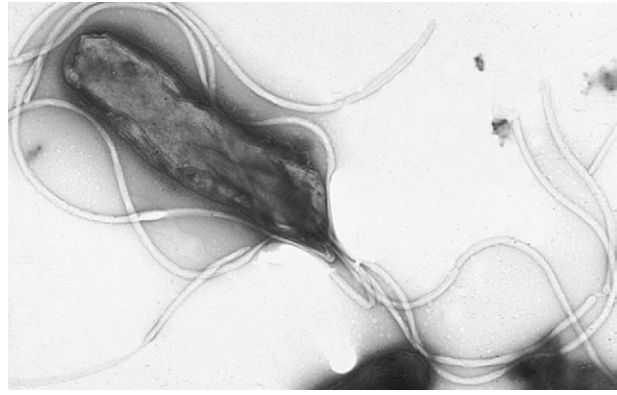


De sterfte door en het vóórkomen van maagkanker in Nederland is de laatste jaren duidelijk afgenomen. | Bron: Nationaal Kompas Volksgezondheid ([www.nationaalkompas.nl](http://www.nationaalkompas.nl))

De tegenwoordige behandeling is uitgekristalliseerd tot een therapie met twee antibiotica in combinatie met een protonpompremmer. Daarmee bereikt men eradicationpercentages van rond de negentig procent. Het aantal maagzweren is eveneens sterk gedaald, maar deze zijn niet verdwenen omdat zij vaak het gevolg zijn van medicatie, zoals de ontstekingsremmende NSAID's. Gelukkig blijkt hier zuurremmende therapie en met name de protonpompremmer in de meeste gevallen effectief ter preventie.

## Diagnostiek

Aanvankelijk konden specialisten *Helicobacter pylori* in het maagslijmvlies alleen aantonen met een kweek, daarna kwam er een snelle kleurtest. Voor beide was endoscopie vereist, wat veranderde door de komst van een ademtest (1989) en later de serologische test. De behandeling van *Helicobacter pylori* was daardoor geen specialistische verrichting meer, van nu af aan nam de huisarts diagnostiek en behandeling over. De huisarts controleerde ook of de bacterie effectief was verwijderd. *Helicobacter pylori* is nu overigens ook in feces op te sporen.

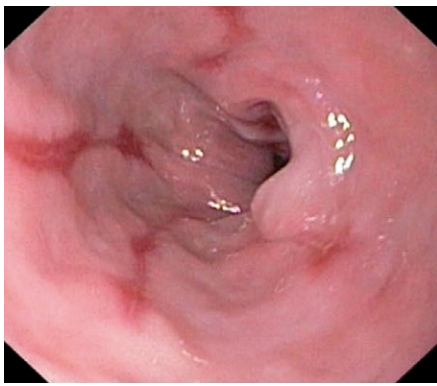


Elektronenmicroscopische opname van de bacterie *Helicobacter pylori*, met kenmerkende staarten (flagellae). | Bron: Wikipedia

## Reflux-oesofagitis en Barrett

Er had zich inmiddels een nieuwe maagzuur-gerelateerde aandoening aangediend; ook het slokdarmslijmvlies bleek hiervan nadelige effecten te ondervinden. Voordat endoscopie beschikbaar kwam, onderkenden gastro-enterologen deze oppervlakkige ontsteking nauwelijks als een serieuze aandoening. Meestal was deze dan ook niet radiologisch te detecteren. Met endoscopisch onderzoek kon men echter wel de ontsteking zien die de reflux van maagzuur veroorzaakt had.

Reflux-oesofagitis ging verder onder de naam gastro-oesofageale reflux disease, GORD en ook wel GERD genoemd. Al snel bleek dat deze aandoening met name bij de westerse bevolking zeer frequent voorkwam, veel vaker dan het ulcuslijden. Die toename ging bovendien gepaard met een verontrustende toename van het adenocarcinoom in de distale oesofagus (zie ook hoofdstuk 28).



Endoscopisch beeld van reflux-oesofagitis.  
Bron: Privéarchief Henk Festen

Later bleek dat er ook een symptomatische gastro-oesofageale reflux zonder erosie van het slijmvlies bestond (non-erosive reflux disease, NERD). Dit was vast te stellen met een 24-uursmeting van de pH-waarde in de distale oesofagus. Voor reflux waren meerdere oorzaken aan te geven, waarvan de belangrijkste het disfunctioneren van de onderste slokdarmsfincter (kringspier) is. Daarnaast kunnen onder meer verminderde motiliteit van de slokdarm en een verminderde klaring een rol spelen. Een sliding hernia kan als een reservoir voor het refluxaat functioneren.

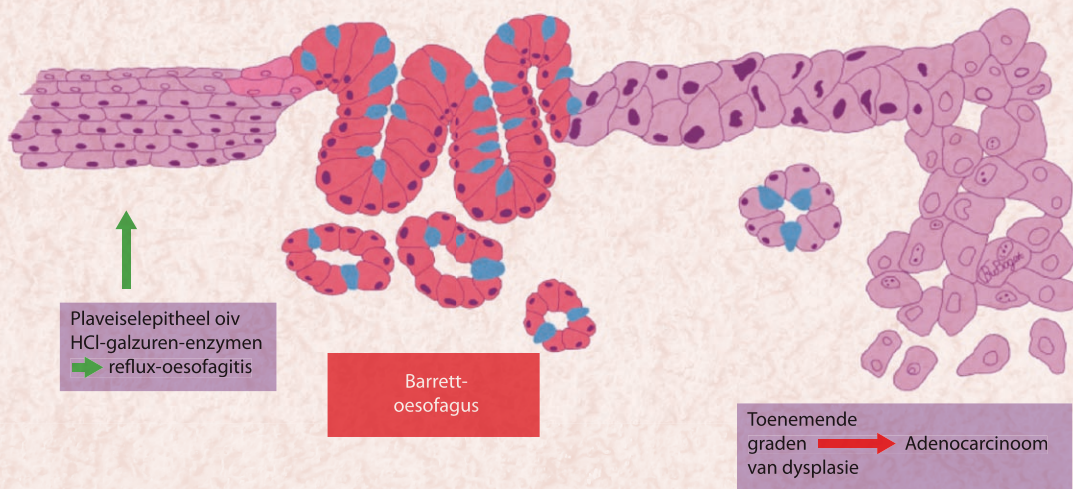
In Nederland heeft de motiliteitsgroep onder leiding van André Smout, eerst in Utrecht en later in Amsterdam, veel baanbrekend onderzoek verricht naar de pathogenese van refluxziekte.

### Geneesmiddelen

Op pathogenetische gronden was het logisch dat men naar middelen zocht ter versterking van de onderste slokdarmspier en ter bevordering van de klaring van de oesofagus. Pogingen om de motiliteit met specifieke geneesmiddelen te bevorderen, zogenaamde prokinetica, liepen echter op niets uit. Een Belgische firma ontwikkelde diverse prokinetica, waarvan slechts één klinisch effect had. Dit middel moest helaas vanwege cardiale bijwerkingen weer uit de handel worden genomen. Er waren ook alternatieven, want bij de behandeling waren de protonpompremmers (PPI's) zeer succesvol. Deze werden dan ook massaal voorgeschreven. Bij veel patiënten komen de klachten echter terug als de medicatie is gestopt, wat een continue onderhoudstherapie vaak noodzakelijk maakt. Omdat de protonpompremmers als specialité erg duur waren, kwam de overheid op het idee om deze als 'life style'-medicatie te bestempelen; een nieuwe poging om de kosten van de zorg te verminderen. Mede door de succesvolle

## Wet van behoud van chagrijn

Dan heb je eindelijk een geneesmiddel en dan dient zich een nieuwe ernstige, maagzuur-gerelateerde aandoening aan. Zoals Mark van Blankenstein het placht te noemen: de 'Wet van behoud van chagrijn'.

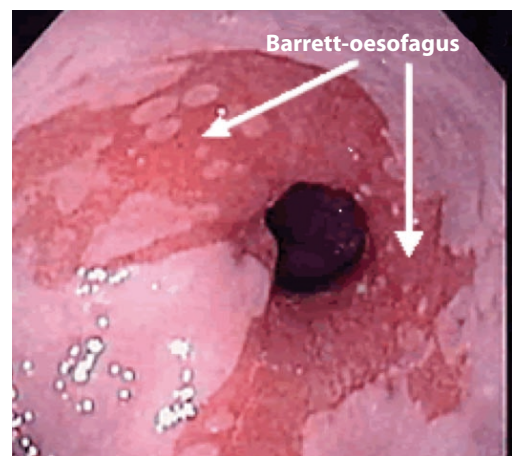


actie van de NVMDL ging dat niet door. Momenteel zijn de generieke PPI's dermate goedkoop, dat dit probleem niet meer speelt. Een punt van zorg blijft wel dat deze te vaak op onduidelijke indicatie worden voorgeschreven. Gelukkig zijn ze veilig, ook bij langdurig gebruik.

Er zat echter een adder onder het gras. Gastro-oesofageale reflux bleek onderdeel van een potentieel dodelijke trias: reflux-oesofagitis → Barrett-oesofagus → adenocarcinoom van de slokdarm. Bij langdurige blootstelling aan maagzuur verving maagslijmvlies van inferieure kwaliteit het oorspronkelijk slijmvlies. Dat slijmvlies, genoemd naar zijn eerste beschrijver Norman Barrett (1950), heeft op de lange duur de neiging om maligne te onttaanderen.

Aanvankelijk schatten onderzoekers de kans op maligne onttaandering van Barrett-weefsel op wel tien procent. Dit risico ligt echter veel lager. Dit is mede aangetoond door de studies en een cohortonderzoek van de MDL-afdeling in Rotterdam onder leiding van Mark van Blankenstein.<sup>366</sup> De onttaandering van het slijmvlies verloopt in gradaties van lichte, matige en ernstige dysplasie. Daardoor zou een eventuele onttaandering goed op te sporen moeten zijn, ware het niet dat dit op verschillende plaatsen in het Barrett-slijmvlies kan optreden. Dat noopt tot surveillance en tot uitgebreid bioteren.<sup>367</sup> Wanneer er geen sprake is van dysplasie, is het advies elke twee jaar te bioteren (om de twee centimeter, in vier kwadranten). Een ander verontrustend fenomeen is dat, waar men vroeger dacht dat vooral de lengte van het Barrett-slijmvlies voorspellend was voor de kans op carcinoom, nu blijkt dat ook de 'short segment Barrett' de kans op kanker doet toenemen.

Er zijn diverse methoden in gebruik om dysplasie te behandelen, alle gericht op vernietiging van het dysplastisch weefsel. Deze dient men echter nog als experimenteel te beschouwen.<sup>368</sup> De Nederlandse Barrett-werkgroep onder leiding van Jacques Bergman, coördineert de studies en houdt zich bezig met adviezen voor het beleid.



HD-endoscopie van een slokdarm met Barrett-slijmvlies. Duidelijk is de ingroei te zien van 'tongetjes' van roder gekleurd maagslijmvlies naar boven in de slokdarm, die bekleed is met een lichter gekleurd slijmvlies.

Bron: Privéarchief M. van Blankenstein, MDL-arts n.p., Berkel en Roderijs

## Maatschappelijke verantwoording

**De geschiedenis van de maag-darm-leverarts is een roerige geschiedenis. Botsende belangen waren maatschappelijk gezien gedurende lange tijd het belangrijkste kenmerk. Minder specifiek zijn de veranderde eisen die vooral vanaf de jaren zeventig elk specialisme troffen. Op elk vlak zijn er daarna nieuwe inzichten geïncorporeerd in het handelen van de MDL-arts en andere specialisten. Professionalisering, kwaliteit en marktwerking zijn daar enkele voorbeelden van. De MDL-artsen ‘professionaliseerden mee’. Een term die voor een aantal van hen helemaal geen verdere uitwerking behoeft: ‘Ja kom, ik ben toch een professional!’ Men moest wennen om professioneel handelen te zien zoals ‘de samenleving’ dat klaarblijkelijk wil: als een samengaan van alle ‘competenties’, die overigens inmiddels weer in ongenade zijn gevallen. Een ander voorbeeld van de ingrijpende veranderingen is het patiëntgericht tewerk gaan, dat een eerste plaats heeft verworven in het ‘kwaliteitsbeleid’; eveneens een term met een niet zo’n lang verleden.**

Toch is er ook er ook reden tot zorg. ‘Kwaliteit’ lijkt soms een modewoord dat ook té ver kan gaan. Als de individuele kenmerken van de patiënt steeds meer aandacht krijgen, zou dat ten koste van de ‘efficiency’ kunnen gaan. Marktwerking – of dit nu een onzalig plan voor de klinische geneeskunde is of niet – en vooral de daaruit voortvloeiende zeggenschap van ziektekostenverzekeraars zijn zorgelijke ontwikkelingen. Een eeuw lang heeft de artsenorganisatie (KNMG) zich gekeerd tegen de combinatie verzekeraar en de beslisbevoegdheid over een wel dan niet toe te kennen zorg. Het ziet er nu naar uit dat die strijd verloren is. Dat is geen goed nieuws voor patiënten. Zorg is er ook over de vele berichten over de veronderstelde onbetaalbaarheid van die zorg. Het is evenmin onmogelijk dat het huidige tekort aan MDL-artsen in de toekomst zal omslaan naar een verminderde vraag naar ‘MDL’.

## Medische stand van zaken

Op medisch gebied heeft de geschiedenis van het MDL-specialisme eveneens veel te melden. Ondanks de spraakmakende kennistoename op specialistisch gebied en de komst van opzienbarende geneesmiddelen, zijn er nog vele teleurstellende resultaten. Zoals bij de behandeling van ziekten zoals kanker en bij werkzame geneesmiddelen die veel bijwerkingen kunnen hebben. Ziekten zoals Crohn en colitis ulcerosa kunnen nog steeds een niet geringe ziektelast voor de betrokkenen zijn, en zo zijn er nog veel meer voorbeelden te noemen.

Gelukkig zijn er ook ziekten die inmiddels nog maar zelden voorkomen of goed te behandelen zijn. De zoektocht naar een vroege opsporing van bepaalde kankervormen, mondde uit in het bevolkingsonderzoek. Het baanbrekende onderzoek van Hans Clevers over de rol van stamcellen bij het ontstaan van darmkanker zal zeker bijdragen aan een verdere terugdringing van darmkanker. Ander onderzoek in hetzelfde orgaan betreft de wetenschappelijke aandacht voor de flora. Dit tot voor kort weinig interessante onderzoeksgebied kan zelfs een heel nieuw terrein aanboren. De microbiële samenstelling van de darminhoud zou een wezenlijke invloed kunnen hebben op de gezondheid. Recent bleek immers, dat een bepaalde infectieziekte met een daaraan gerelateerde afwijkende darmflora, geneest door het inbrengen van de feces van een gezonde donor. De verwachtingen zijn hoog gespannen. De vraag of er ook bij een tot nu toe onbegrepen ziekte zoals Crohn afwijkende darmflora een rol spelen, wordt niet meer naar de prullenbak verwezen. Voer je het nog verder door, dan is de vraag: is – bij wijze van spreken – misschien álles een infectieziekte?

Genmodulatie is een ander gebied waarvan onderzoekers veel verwachten. De mogelijkheid bestaat om uit een darmstamcel een orgaan te kweken dat exact hetzelfde is als de oorspronkelijke cellen, een zogenaamde minigut. Behandeling met stamcellen, hoewel nog steeds in een experimenteel stadium, ziet er veelbelovend uit. Hiervoor is de samenwerking met basale specialisten zoals immunologen zeer belangrijk.

## En de maag-darm-leverarts? Diagnosedeskundige wordt supertherapeut

De endoscopische mogelijkheden en de andere opzienbarende veranderingen die zich hebben voorgedaan, neigen naar de vraag welke gevolgen dit heeft voor de toekomstige MDL-arts. Toen de eerste maagartsen zich in 1913 verenigden, was diagnostiek de pijler waarop het specialisme rustte. Dat was zelfs vrijwel het enige tastbare dat de MDL-arts te bieden had. Hoewel zijn therapeutische kennis veel groter was dan die van huisartsen en sommige hoogleraren, berustte de basis van zijn specialisme – zijn diagnostiek, zijn diëten en medicatie – meer op ervaring dan op een brede wetenschappelijke onderbouwing.

Heel anders vergaat het de huidige en toekomstige MDL-arts; hem wacht een heel andere praktijkuitvoering. Een eerste verandering was al merkbaar door de komst van endoscopie- en oncologieverpleegkundigen. De steeds verdergaande diagnostische mogelijkheden van instrumenten en computers zijn echter de voorbodes van ongekend essentiële veranderingen in een helemaal niet zo verre toekomst. Daardoor zou juist dát deel van het specialisme weleens meer het terrein van de radioloog of chirurg kunnen zijn. Onmiskenbaar is toch dat de ‘revolutie in resolutie’ inmiddels zover is geëvolueerd, dat het ‘kunstmatige’ visuele beeld het oog van de onderzoeker *overtreft*. Het is derhalve aannemelijk dat de diagnostiek, nu nog een belangrijk onderdeel in de praktijkvoering, op den duur uit het ‘pakket’ van het MDL-specialisme zal verdwijnen. Op therapeutisch terrein blijft er evenwel nog genoeg te doen, zowel door de steeds dieper gaande kennis en nieuwe mogelijkheden als de individuele behandeling die bepaalde geneesmiddelen vragen, zeker ook voor de zo belangrijke ‘L’ in het vak. De huidige MDL-arts zal echter, nu hij weet heeft van de geschiedenis van zijn specialisme, niet echt met weemoed terugdenken aan de tijden van ontoereikende diagnostiek en therapieën van weleer.

Dat alles neemt niet weg dat het specialisme maagdarmleverziekten in 2013 een boeiend, afwisselend en ‘welvaartsvast’ specialisme is. Door de een gekozen vanwege het vele ‘denkwerk’ dat erbij te pas komt, door de ander omdat juist de combinatie met het ‘handwerk’ het specialisme zo mooi maakt. Vooruitkijken heeft echter weinig zin, het zal ongetwijfeld anders verlopen dan nu gedacht.



## Ereleden

### NVGE:

Prof. J.F.W.M. Bartelsman  
Prof. dr. G.P. van Berge Henegouwen  
Dr. M. van Blankenstein  
Prof. dr. C.B.H.W. Lamers  
Prof. dr. J. Lennard Jones  
Prof. dr. S.G.M. Meuwissen  
Prof. dr. P.B. Soeters  
Prof. dr. G.N.J. Tytgat  
Prof. dr. O.J. ten Thije †

### NVMDL:

Dr. G.F. Nelis

### NVH:

Dr. K-H. Brandt  
Prof. dr. C.H. Gips  
Prof. dr. L. Kater †

## Dicke-medaille

De Dicke-medaille werd voor het eerst in 1958 uitgereikt. Sinds 1983 wordt hij iedere vijf jaar uitgereikt aan iemand die zich bijzonder verdienstelijk heeft gemaakt op het gebied van MDL of, in tweede instantie, origineel werk heeft verricht dat van fundamentele betekenis is voor het maagdarmspecialisme (zie hoofdstuk 17). Hieronder de lijst van ontvangers met het jaartal van toekenning (de feitelijke uitreiking vond vaak later plaats).

1958 Prof. dr. W.K. Dicket†

1973 Prof. dr. C. C. Booth (Londen)†

1983 Prof. dr. A.J.Ch. Haex†  
en dr. N. Hellemans†

1988 Prof. dr. V. Desmet (Leuven)

1993 Prof. dr. G. Vantrappen (Leuven)

1998 Prof. dr. O.J. ten Thije†  
en prof. dr. G.N.J. Tytgat

2003 Prof. dr. K. Huibregtse

2008 Prof. dr. S.W. Schalm



## Klinisch werkzame hoogleraren MDL-artsen in 2013, het 'academische' potentiaal van de MDL-ziekten

### UMC Groningen:

Jan Kleibeuker (Hoofd)

Gerard Dijkstra (Maag-, darm- en leverziekten, i.h.b. IBD en dunne-darmtransplantatie)

Rinse Weersma (Maag-, darm- en leverziekten, i.h.b. IBD-genetica)

### UMC Groningen/Medisch Spectrum

#### Twente Enschede:

Jeroen Kolkman (Vasculaire lesies tractus digestivus)

### VU Medisch Centrum (Amsterdam):

Chris Mulder (Hoofd)

### UMC Nijmegen:

Joost Drenth (Hoofd)

### UMC Utrecht:

Peter Siersema (Hoofd)

### Leids UMC:

Bart van Hoek (Hoofd a.i.; Maag-, darm- en leverziekten, in het bijzonder Hepatologie)

### Amsterdam MC:

Paul Fockens (Hoofd)

Jacques Bergman (Gastro-intestinale endoscopie)

Ulrich Beuers (Hepatologie)

Gijs van den Brink (experimentele IBD)

Geert D'Haens (IBD)

Lisbeth Mathus-Vliegen (Voeding)

André Smout (Gastro-intestinale motoriek)

### AMC / Sint Antonius Ziekenhuis Nieuwegein:

Bas Weusten (Experimentele endoscopie)

### Maastricht UMC:

Ad Masclee (Hoofd)

### Erasmus MC Rotterdam:

Marco Bruno (Hoofd)

Ernst Kuipers (2013 aftredend, nu voorzitter RvB Erasmus MC)

Harry Janssen (Hepatologie; Toronto vanaf 2013)

Herold Metselaar (Levertransplantatie)

### Onze Lieve Vrouwen Gasthuis Amsterdam:

Dirk van Leeuwen (ex-Hannover, NH, USA)



Lisbeth Mathus-Vliegen, hoogleraar Klinische voeding, AMC (en Leuven).

# IV



MDL-artsen en MDL-aios' tijdens de  
voorjaarsvergadering van de NVGE, 22 maart 2013.  
Foto: Eric Borghs, archief NVMDL

## Deel IV - Toekomst met perspectief 2013 en verder...

### **MDL-uitgangspunten:**

- *Patiënt centraal*
- *Excellente MDL-zorg in de volle breedte*
- *Thematisch (samen)werken*
- *Regionale netwerken en regiefunctie*
- *Optimaliseren van kwaliteit en veiligheid*
- *Groei en uitbouw van deelgebieden*
- *Van zorg via na-zorg naar voor-zorg (preventie)*

*De voorgaande delen beschrijven de ontwikkeling van het MDL-specialisme in de afgelopen 100 jaar. Een dergelijk jubileum zou kunnen suggereren dat er sprake is van een instituut dat zijn bestaansrecht enkel ontleent aan het rijke verleden. Maar niets is minder waar. Maagdarmlieverziekten is een vakgebied dat zich in sneltreinvaart ontwikkelt en dat er over 20 jaar geheel anders uit zal zien dan op dit moment het geval is. Dat komt niet alleen door de voortdurende stroom van vakinhoudelijke ontwikkelingen, maar ook doordat de gezondheidszorg anno 2013 sterk in beweging is. Er vinden in hoog tempo veranderingen plaats in de organisatie en de financiering van zorg. Tegelijkertijd worden er beperkingen opgelegd wat betreft groei. Nu op MDL-gebied sprake blijft van een gestage stijging van de vraag naar zorg, creëert dit mogelijk een spanningsveld. De marktwerking wordt gestimuleerd en zorgverzekeraars krijgen hierbij een regierol toebedeeld. We zien de opkomst van zelfstandige behandelcentra (ZBC's), alsook verdergaande specialisatie met concentratie van zorg in grotere centra. MDL-artsen hebben een belangrijke rol in het leveren van doelmatige en gepaste zorg, in het voeren van kwaliteits- en opleidingsbeleid en het verantwoord toepassen van taakherschikking. Door te focussen op de kwaliteit van zorg én op de resultaten van behandelingen met registratie daarvan, levert de MDL-arts zorg die gepast en verantwoord is, transparant en van hoge kwaliteit.*

## Ontwikkeling zichtbaar in titels van beleidsplannen

**De titels van de opeenvolgende beleidsplannen van onze NVMDL geven goed de ontwikkeling van de afgelopen 15 jaar weer: via het verwerven van een autonome positie naast de interne geneeskunde, en het streven naar optimale kwaliteit van werken, naar een landelijke dekking van kwalitatief hoogstaande MDL-zorg. Zo kreeg het beleidsplan in 2003 de titel: ‘MDL naar waarde geschat’, het beleidsplan in 2008: ‘Zichtbaar presteren’ en het beleidsplan in 2013: ‘Excelleren in de breedte’.**

### ‘Excelleren in de breedte’

De kracht van de MDL-arts komt naar voren in de breedte van haar/zijn werkerterrein. Veel facetten van de geneeskunde komen binnen de MDL-ziekten aan bod. De MDL-arts is behalve expert op deelgebieden tevens breed en algemeen georiënteerd, is generalist met aandacht voor multi-morbiditeit, voor de kwetsbare oudere en voor MDL-zorg in de diverse levensfasen. Anderzijds vindt sterke differentiatie plaats door toename van diagnostische en therapeutische mogelijkheden en profilering van de deelgebieden binnen de MDL, te weten hepatologie, chronische darmontstekingen (IBD), MDL-oncologie, endoscopie en geavanceerde endoscopie, neurogastro-enterologie en motiliteit, voeding en ook preventie. Deze ontwikkelingen zorgen voor een verdere verdieping en daarmee een kwaliteitsverbetering, maar stellen ook eisen aan ons beroep. Van belang is dat goede, zowel algemene als speciale, MDL-zorg breed beschikbaar blijft in héél Nederland; alleen dan kunnen we werkelijk excelleren in de breedte. De uitdaging ligt erin om deze zaken goed op elkaar af te stemmen. Dús breed als het kan, gedifferentieerd als het nodig is. Om dat te realiseren is bereidheid tot regionale samenwerking en taakverdeling van MDL-zorg binnen regio's een voorwaarde: MDL-zorg in regionale netwerken vormt een nieuwe uitdaging.

## Strategie en pijlers

### Patiënt centraal

Het principe ‘patiënt centraal’ was, is en blijft leidend in de MDL-toekomst en haar visie op zorg. Dat betekent dat het belang van de patiënt in het MDL-zorgproces uitgangspunt én doel is. De MDL-patiënt over tien jaar heeft echter andere wensen en verwachtingen dan momenteel.

Wat wil en wat verwacht de MDL-patiënt? Op de eerste plaats kwalitatief uitstekende en veilige zorg, liefst in de eigen vertrouwde omgeving. Daarbij dient de zorg in samenhang te worden aangeboden, waarbij er voor onderdelen van zorg niet meer naar individuele hulpverleners hoeft te worden gegaan maar die hulpverleners naar de patiënt komen. Vanzelfsprekend verwacht de patiënt een respectvolle bejegening: aandacht voor de persoon, achtergrond, religie en cultuur, gezin en familie, sociale samenhang.

Wat vindt de MDL-patiënt? De MDL-patiënt verlangt zorg die gericht is op beter worden, op gezondheidswinst. Deze zorg is pas succesvol als zij ook werkelijk beantwoordt aan de verwachtingen van patiënten. Naast medisch-technische prestaties spelen patiëntbeleving, winst in gezondheid en kwaliteit van leven van de patiënt een grote rol. Zorg moet met toewijding gegeven worden en door patiënten ook als zodanig worden beleefd. De patiënt is betrokken en is mede-deskundige in het denken over en het komen tot besluiten: *shared decision making*.

Waarin kunnen patiënten ons, als MDL-zorgverleners, ondersteunen en hun betrokkenheid tonen? Anders gezegd: wat mogen wij van patiënten verwachten? Patiënten zullen mede de regie voeren in aanpak en behandeling, zijn bereid tot zelfmanagement, zijn bereid te participeren in nieuwe initiatieven op het gebied van zorg en helpen om

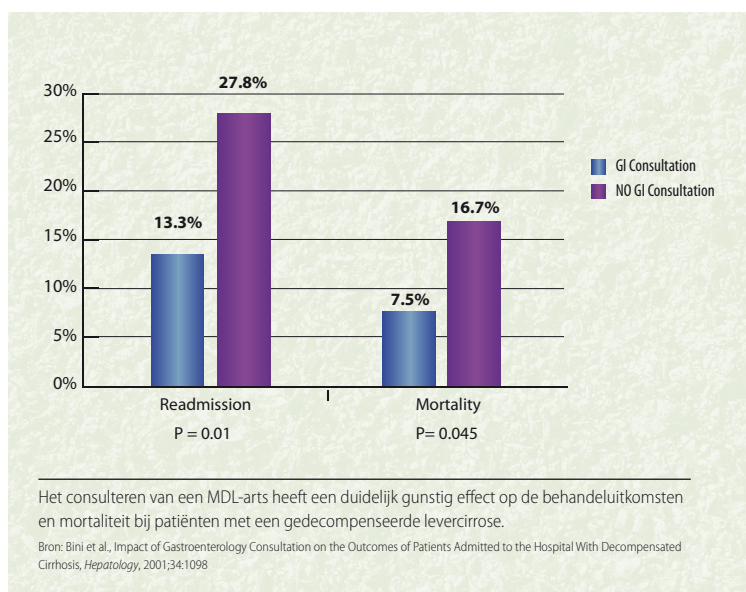
kwaliteit en effectiviteit van zorg transparant te maken. Tevens zijn patiënten zich bewust van de kosten van de zorg en zijn ze medeverantwoordelijk voor gepast gebruik van deze zorg.

Elke patiënt heeft toegang tot adequate en hoogwaardige MDL-zorg met voorzieningen voor basis-MDL-zorg dichtbij en voor meer complexe MDL-zorg binnen regio's, georganiseerd in netwerken van MDL-artsen. Deze regionale samenwerking wordt verder vormgegeven met academische en niet-academische expertisecentra op MDL-deelgebieden. In deze centra is de zorg geconcentreerd rondom de patiënt en zijn zorgpaden ontwikkeld in samenwerking met aanpalende specialismen. Verbanden met andere afdelingen zijn zichtbaar in multidisciplinaire besprekingen, in gezamenlijke activiteiten zoals een gecombineerd spreekuur en gezamenlijke faciliteiten zoals een gemeenschappelijke verpleegafdeling. MDL-artsen zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede en veilige MDL-zorg en voeren de regie over multidisciplinaire samenwerking, overleg en behandeling van MDL-patiënten.

## Kwaliteit

De MDL-arts levert hoogwaardige zorg, met bijzondere aandacht voor patiëntveiligheid. De beroepsgroep is transparant over de wijze waarop zorg wordt verleend en over geboekte resultaten. Er is een gedegen kwaliteitsbeleid ontwikkeld en geïmplementeerd, gericht op processen van voortdurende verbetering, met richtlijnen, certificering, kwaliteitsregistratie van endoscopieën en landelijke complicatieregistratie. Daarnaast zal een kwaliteitsregistratie van endoscopieën worden gestart via een registratiesysteem dat op geautomatiseerde wijze indicatoren uit het verslagleggingsysteem extraheert, zodat de registratielast zo veel mogelijk beperkt is. Deze indicatoren worden aangeleverd aan het 'Dutch Institute of Clinical Auditing' (DICA), vervolgens geanonimiseerd en gecorrigeerd, en voor case-mix teruggekoppeld aan de endoscopist. De certificering van endoscopische verrichtingen zoals ERCP, EUS

en EMR/ESD, zal tot gevolg hebben dat de NVMDL kiest voor een heroriëntatie op de organisatie van deze zorg. Door middel van regionale samenwerking en bundeling van expertise zal brede beschikbaarheid in de nabije omgeving van de patiënt gewaarborgd zijn.



Om te garanderen dat de patiëntenzorg *evidence based* is en zo veel mogelijk gebaseerd op richtlijnen, is verbetering van het gebruik en de toegankelijkheid van de richtlijnen noodzakelijk. Hiertoe zullen e-learningmodules worden uitgebouwd en geaccrediteerd en zullen nieuwe communicatietechnieken worden toegepast voor het gebruik van veelgeraadpleegde richtlijnen.

## Proflering

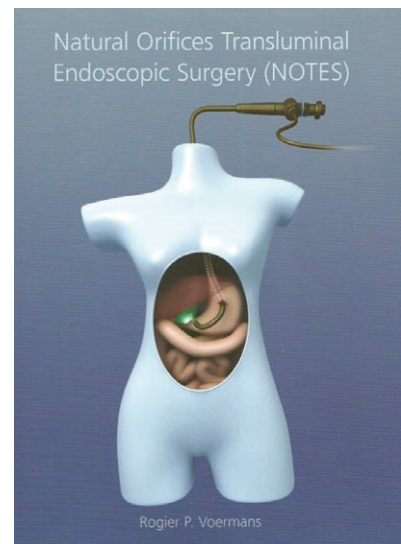
De MDL-arts krijgt steeds meer een centrale rol bij het stellen van diagnoses en het behandelen en begeleiden van patiënten met MDL-aandoeningen en bij de preventie van MDL-ziekten. De MDL-arts heeft een duidelijke positie in het ziekenhuis als eerst verantwoordelijke en regisseur van patiënten met aandoeningen van het maagdarmkanaal, de lever, galwegen en alvleesklier. MDL-artsen ambiëren de regiefunctie over MDL-zorg en -organisatie in de relatie met externe belanghebbenden en partijen. In de komende decennia zullen diverse MDL-deelgebieden zoals IBD, MDL-oncologie, hepatologie, endoscopie en geavanceerde endoscopie, neurogastro-enterologie en motiliteit, evenals voeding en preventie zich verder ontwikkelen en profileren.

## Een overkoepelende organisatie op maagdarmlevergebied

De MDL-organisaties hebben en houden één duidelijk gezicht naar buiten. Er is behoefte aan een overkoepelende organisatie (van NVGE, NVMDL en NVH samen) die tot doel heeft optimale zorg aan patiënten met aandoeningen van het maagdarmkanaal, de lever, galwegen en alvleesklier te garanderen, om wetenschappelijk onderzoek te bevorderen, kennis en expertise over MDL-ziekten te vergaren, maar ook de belangen van de MDL-artsen en medewerkers in deze zorg te behartigen. Deze doelen zijn typisch discipline-overstijgend. Hierin wordt met ander specialismen en beroepsgroepen samengewerkt (heelkunde, pathologie, kindergeneeskunde, radiologie, medische oncologie, radiotherapie etc.) In deze overkoepelende organisatie zijn doelen, plannen, acties van de NVGE, NVH en NVMDL geïntegreerd. Deze (nog verder te ontwikkelen) overkoepelende organisatie is een goed herkenbare gesprekspartner voor externe partijen (waaronder ook patiëntenorganisaties) en is vertegenwoordigd in belangrijke nationale en internationale gremia.

## Opleiding

De opleiding tot MDL-arts is zodanig vormgegeven dat men in de toekomst kwalitatief goede MDL-zorg in de breedte kan blijven geven. De structuur en de inhoud van de opleiding dienen zodanig te zijn, dat elke opgeleide MDL-arts excellente basis-MDL-zorg kan verlenen, maar door middel van differentiatie ook specifieke kennis, expertise en ervaring heeft binnen een of meerdere aandachtsgebieden. Het aantal op te leiden MDL-artsen en de inhoud van de opleiding dienen goed aan te sluiten bij de praktijkbehoefte.



Nieuwe endoscopische technieken. Rogier Voermans promoveerde in 2011 aan de UVA op NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery), een techniek met veel potentie voor de toekomst?

## Maatschappelijke trends

Er gaat in de komende jaren veel veranderen, zowel in de maatschappij als in de gezondheidszorg. Dat zal gevolgen hebben voor de beroepsuitoefening van MDL-artsen. Een aantal duidelijke trends zijn hierbij te benoemen.

### Toenemend belang van preventie

Het belang van preventie neemt toe, zowel het voorkómen van optreden van aandoeningen door een gezonde(re) levensstijl, het vroegtijdig detecteren en behandelen van afwijkingen, als het voorkómen van complicaties en gevolgen van aandoeningen. Hier is een belangrijke rol voor de MDL-arts weggelegd, omdat veel chronische en kwaadaardige aandoeningen van het maagdarmkanaal en ook van andere orgaansystemen te maken hebben met voeding, eetgedrag en leefstijl. De MDL-arts is bij uitstek deskundig op het gebied van voeding. Door middel van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker gaan we aantonen dat preventie van darmkanker in Nederland veel levens gaat redden en (kosten-)effectief is. Daarmee zal de weg worden gebaad om in de toekomst te investeren in de preventie van vele andere MDL-aandoeningen.

### Taakherschikking

De herschikking en verschuiving van taken van MDL-artsen naar gespecialiseerde verpleegkundigen en physician assistants (PA's) zal snel verder vorm gaan krijgen. Daarbij speelt, naast een toenemende zorgvraag, vooral het doelmatig inzetten van beschikbare (financiële) middelen een rol. De MDL-arts zal zowel meer geprotocolleerde zorg als ook laagcomplex diagnostische endoscopieën kunnen overdragen aan gespecialiseerde verpleegkundigen en physician assistants (PA's). De MDL-arts dient zich meer te gaan richten op complexe zorg en complexe endoscopische verrichtingen.

## Zorg in levensfasen: vergrijzing

De vergrijzing leidt tot toename van de zorgvraag. Daarnaast is er vaak sprake van multi- morbiditeit met complexere zorg. Met de verplichting tot het leveren van gepaste en verantwoorde zorg zal de beschikbare MDL-capaciteit zo effectief mogelijk dienen te worden ingezet. Behalve met vergrijzing hebben we te maken met 'ontgroening'; er zijn minder jongeren beschikbaar als werkers in de zorg. Daarom zullen creatieve oplossingen gevonden moeten worden om optimaal gebruik te kunnen maken van het beschikbare arbeidspotentieel. Hierbij zullen ook taakherschikking, de inzet van ICT en de ontwikkeling van nieuwe zorgconcepten van belang zijn.

## Profilering van het specialisme

De ontwikkeling van het specialisme MDL-ziekten heeft in de afgelopen drie decennia een enorme vlucht genomen. Waren er in 1985 nog maar 45 MDL-artsen geregistreerd, inmiddels is dit aantal toegenomen tot bijna 450; een vertienvoudiging in nog geen dertig jaar! Met de toename van het aantal MDL-artsen profileert de beroepsgroep zich steeds duidelijker: ze is herkenbaar geworden en gezichtsbepalend wat betreft zorg, kwaliteit en veiligheid op MDL-gebied. In de multidisciplinaire samenwerking en behandeling van patiënten met MDL-aandoeningen is de MDL-arts de regisseur: voor patiënten én voor de organisatie van de zorg.

## Centralisatie en specialisatie

Door fusies en samenwerking zal het aantal zelfstandige ziekenhuizen snel reduceren. De verwachting is dat deze trend zich de komende jaren zal voortzetten. Naast bestuurlijke fusies zal meer bottom-up, zorginhoudelijke samenwerking en het creëren van expertisecentra vorm krijgen.

Het duurzaam kunnen voldoen aan toenemende volumenormen voor hoogcomplexere zorg is een belangrijke drijfveer voor centralisatie. Waar voor laagvolume hoogcomplexere zorg centralisatie duidelijke voordelen heeft, is voor acute zorg en voor behandeling van frequent voorkomende MDL-aandoeningen bereikbaarheid een belangrijke voorwaarde. Het motto is daarom: dichtbij als het kan, verder weg als het nodig is. Elke patiënt heeft toegang tot adequate en hoogwaardige MDL-zorg met voorzieningen voor basis-MDL-zorg dichtbij en voor meer complexe MDL-zorg binnen regio's, georganiseerd in netwerken van MDL-artsen en vakgroepen. Van deze teams van MDL-artsen wordt verwacht dat zij niet alleen gedegen brede basiszorg leveren als generalisten, maar ook dat zij zich aantoonbaar hebben gedifferentieerd met expertise op deelgebieden. Dit zal leiden tot verdergaande regionale samenwerking en bundeling van krachten met academische en niet-academische expertisecentra. In deze expertisecentra is de zorg geconcentreerd rondom de patiënt en zijn zorgpaden ontwikkeld in samenwerking met aanpalende specialismen, zoals heilkunde, pathologie, radiologie, medische oncologie en radiotherapie. Samenwerking met deze afdelingen is zichtbaar in multidisciplinaire besprekingen, in gezamenlijke activiteiten zoals een gecombineerd spreekuur en in gezamenlijke faciliteiten zoals een gemeenschappelijke verpleegafdeling. Regionale samenwerking en afspraken over het regionaal verdelen van zorg, met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren, zal in balans moeten worden gebracht met de politieke wens naar meer marktwerking en concurrentie binnen diezelfde regio en regelgeving omtrent kartelvorming.

## Transparantie

De maatschappij vraagt om transparantie, verantwoording afleggen en verslag doen van activiteiten. Certificering, complicatieregistratie, registratie van verrichtingen en prestatie-indicatoren zullen meer tijd en aandacht vragen. Aan patiënten, maatschappij, overheid en zorgverzekeraars zijn we verplicht de resultaten van MDL-zorg inzichtelijk te maken. De uitkomsten van deze registraties zijn goed bruikbaar voor het ondersteunen van ons streven naar continue verbetering van zorg.



## Samenwerken

Het accent in de zorg verschuift van aanbod- naar vraaggestuurde zorg. Het belang van de patiënt is daarbij uitgangspunt en MDL-zorg wordt steeds meer ingericht rondom de patiënt met een MDL-probleem en minder rondom individuele artsen of specialismen. Het specialisme MDL-ziekten heeft een prominente en centrale plaats in de kliniek. Het kent daardoor intensieve samenwerking met andere specialismen zoals heelkunde, pathologie, radiologie, medische oncologie en radiotherapie.

De traditionele wijze van zorg verlenen vanuit medische specialismen neemt geleidelijk aan af en wordt ingeruild voor een meer thematische indeling naar ziektebeelden en patiëntencategorieën. Dat geldt vooral voor complexere zorg, top-referente en academische zorg, waarbij deskundigen vanuit meerdere specialismen en ook deskundigen en hulpverleners buiten het ziekenhuis in multidisciplinaire teams zijn vertegenwoordigd en samenwerken. Deze initiatieven van multidisciplinaire samenwerking stellen nieuwe én andere eisen aan de inzet van professionals en gaan à priori uit van bereidheid tot samenwerken.

## Deelgebieden van het specialisme

De NVMDL kiest voor een MDL-arts zoals die geregistreerd wordt door de Registratiecommissie Geneeskundige Specialismen (RGS). Tegelijk is er behoefte aan herkenbaarheid van speciële, persoonsgebonden expertisecertificaten. De MDL-aandachtsgebieden c.q. -profielen geavanceerde endoscopie, MDL-oncologie, hepatologie en neurogastro-enterologie en motiliteit worden verder ontwikkeld met het opstellen van criteria en eisen voor certificering. Ook voor IBD zullen dergelijke criteria worden opgesteld, waarbij het de vraag is of IBD niet een zodanige omvang heeft bereikt en een dusdanig belang vertegenwoordigt, dat het ook als aandachtsgebied kan worden beschouwd.

### Hepatologie

De hepatologie in Nederland behoeft aandacht alsmede investeringen, waarbij het aantal MDL-artsen met hepatologische deskundigheid in evenwicht dient te worden gebracht met de zorgvraag op dit gebied. Het beschikbaar komen van nieuwe antivirale middelen, waarmee virale hepatitis in de nabije toekomst kan worden genezen, is hierbij natuurlijk een enorme stimulans. We gaan weliswaar minder patiënten met virale hepatitis zien, maar tot die tijd dient het nog steeds grote aantal nog niet gediagnostiseerde, asymptomatische personen met virale hepatitis te worden opgespoord. Veel patiënten met virale hepatitis hebben een chronische leverziekte ontwikkeld en behoeven gespecialiseerde MDL-zorg.

### Oncologie

Met de landelijke profilering van oncologische zorg zal van de MDL-arts op MDL-oncologiegebied meer inzet en expertise worden gevraagd. Hierbij heeft de MDL-arts de rol van regisseur, aan de poort van het diagnostische traject. Maar ook bij het behandeltraject is de MDL-arts betrokken en wordt haar/zijn deskundigheid gevraagd. Wel of niet chemotherapie geven door een MDL-arts is een zaak van lokale afspraken op basis van expertise en voorzieningen. Kwaliteit is de leidraad, waarbij ruim baan gemaakt dient te worden voor de MDL-arts.

### Voeding

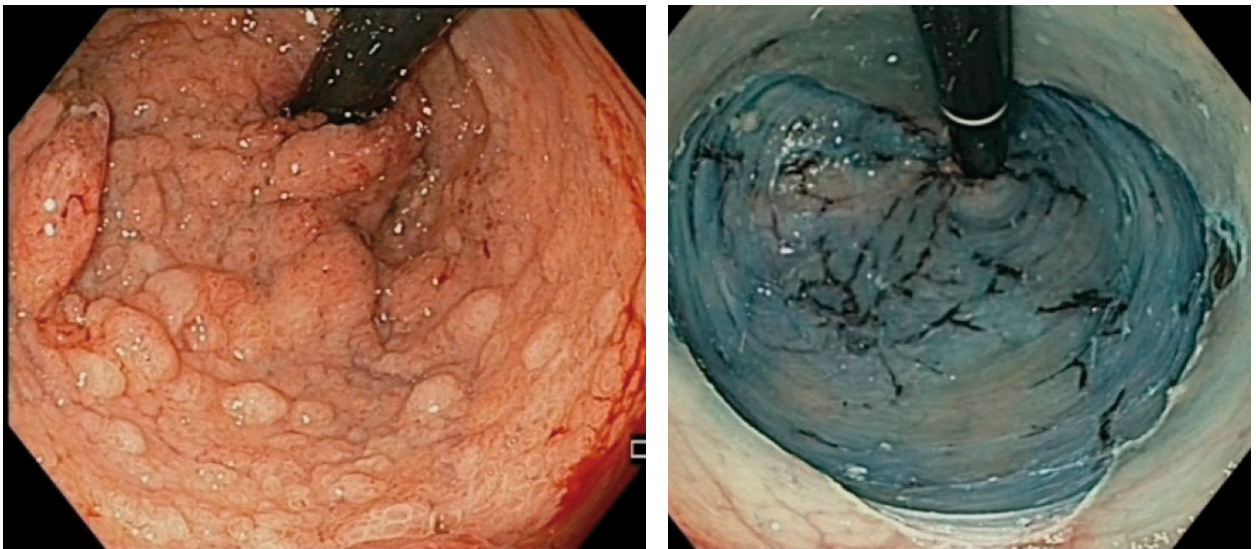
Klinische en metabole aspecten van voeding, en voedingsinterventies vallen onder de verantwoordelijkheid van de MDL-arts, die in de praktijk meestal regisseur is van een multidisciplinair voedingsteam dat patiënten met enterale en parenterale voeding begeleidt. In Nederland is een tweetal academische centra ingericht voor de zorg en logistiek van parenterale voeding bij patiënten met darmfalen. In een derde centrum worden dunne-darmtransplantaties (UMCG) verricht.

## Neurogastro-enterologie

Deelgebieden binnen de MDL kennen groei en bloei maar ook fasen van consolidatie. De neurogastro-enterologie en motiliteit beslaan een aanzienlijk deel van de patiënten met MDL-aandoeningen (wel 40%). Meestal gaat het om functionele aandoeningen die beperkte diagnostiek en MDL-capaciteit voor therapie behoeven. Toch vergt de zorg voor patiënten met complexe functionele aandoeningen specifieke kennis en expertise. In 2013 is nog slechts in een in drietal academische centra NGM-expertise voorhanden. Die expertise moet behouden blijven om goede diagnostiek en therapie op NGM-gebied te kunnen waarborgen voor Nederland.

## Endoscopie

Op endoscopisch gebied gebeurt er veel: technologische ontwikkelingen, *image enhancement*, combinaties van diverse modaliteiten zoals endomicroscopie. Daarnaast therapeutische endoscopische ingrepen, zoals EMR en ESD, NOTES, etc. De MDL-arts met advanced endoscopy expertise en de MDL-chirurg werken steeds meer samen op raakvlakken en grensvlakken, waarbij het belang van de patiënt centraal staat in de keuze van technieken en uitvoerders van procedures.



Endoscopische resectie van een groot vlak rectum-adenoom: voor en na endoscopische resectie. | Bron: Paul Fockens

## Opleiding maag-darm-leverarts

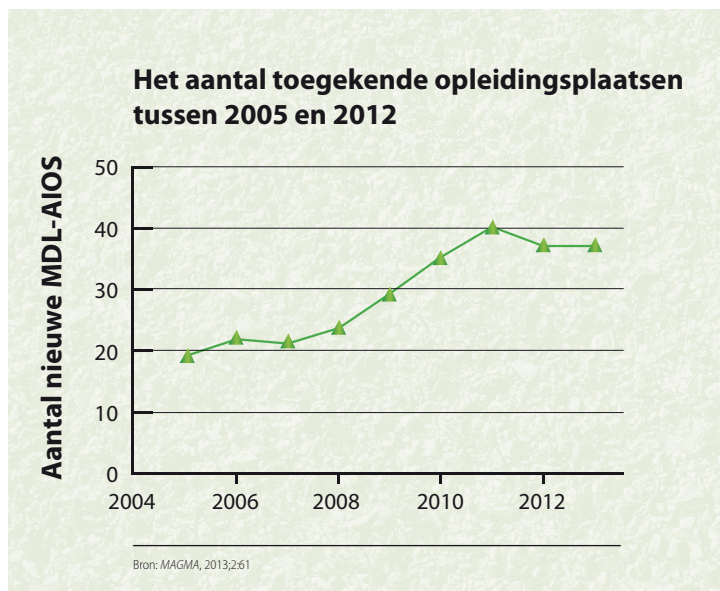
De jaren 2007-2013 hebben in het licht gestaan van de modernisering van de medische vervolgopleidingen. Er is veel gewerkt aan het tot stand brengen van het document Herstructurering Opleiding MDL (HOM, zie hoofdstuk 24), waarin de 14 thema's van de opleiding MDL worden beschreven, maar ook de competentieniveaus die in bepaalde fasen van de opleiding aanwezig mogen worden verondersteld en de methoden om dit te toetsen. Dit heeft zijn weg gevonden in officiële kaders, zoals het Kaderbesluit en het Specifiek Besluit MDL, maar ook in talloze lokale opleidingsdocumenten waarin per kliniek is beschreven op welke wijze welke thema's vormgegeven zijn. Bij visitaties is geconstateerd dat de implementatie van al deze nieuwe ontwikkelingen volgens de systematiek van de Modernisering Medische Vervolgopleidingen (MMV) zeer voortvarend ter hand is genomen. Dit alles overziende zijn de enorme motivatie en daadkracht van MDL-opleiders en hun opleidingsteams wel het meest opvallend.

In de jaren na 2013 krijgt de MDL-opleiding meer gestalte volgens de CanMed-principes, met het ontwikkelen van diverse competenties naast het medisch handelen, zoals kennis en wetenschap, professionaliteit, organisatie, maatschappelijk handelen, communicatie en samenwerking. We krijgen in de nabije toekomst meer all round competente MDL-artsen, die behalve medisch inhoudelijk ook sociaal, maatschappelijk en in de organisatie van zorg

zijn onderricht en getraind. Opleidingseisen zullen worden herzien. Zijn alle thema's en aandachtsgebieden nog actueel? Zijn de toetsingskaders realistisch? Moet er meer aandacht komen voor de training van de MDL-aios' in een veranderende omgeving met haar/zijn patiënt: met meer digitale communicatie en ook shared decision making? Moeten we structureel meer aandacht geven aan de kwetsbare oudere patiënt gezien de vergrijzing die op ons af komt? Moeten we meer investeren, zoals sommige andere wetenschappelijke verenigingen doen, in trainingen in management en organisatie voor aios', zodat de MDL-arts van de toekomst in een ziekenhuisorganisatie maar ook landelijk voor de beroepsgroep een steviger gesprekspartner kan zijn?

## Capaciteit

Ondanks de bijna 450 MDL-artsen in 2013 is nog steeds 15% van de vacatures niet vervuld. We kregen in 2006 ruimte van de overheid om extra MDL-artsen op te gaan leiden, waarbij werd gesteld dat met 250 à 300 MDL-artsen de MDL in Nederland op streek zou komen. Nu speelt de vraag of 600 MDL-artsen in 2023 genoeg zullen zijn. Laat ons niet zozeer focussen op meer MDL-artsen, maar vooral ook op voldoende expertise om adequate MDL-zorg te kunnen verlenen. Welke factoren spelen daarbij een rol? Implementatie van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker biedt Nederland de mogelijkheid om op termijn jaarlijks 2400 levens te redden. MDL Nederland beschouwt het als haar taak, samen met diverse andere instanties, om het bevolkingsonderzoek succesvol te implementeren. Daartoe is extra inzet en capaciteit van MDL-artsen nodig. De MDL-zorgvraag blijft stijgen. Voeding- en leefstijlgerelateerde aandoeningen van het MDL-kanaal nemen toe. Denk hierbij aan bijvoorbeeld NASH bij obesitas. Internisten die nog MDL-zorg verlenen worden bij pensionering vervangen door MDL-artsen. Er staan nog vele tientallen vacatures voor MDL-artsen open in 2013. Allemaal redenen om de instroom van MDL-artsen in opleiding te verruimen. Anderzijds gaat taakherschikking een grote vlucht nemen. Veel laagcomplexere MDL-zorg kan door gespecialiseerde MDL-verpleegkundigen worden verricht. Dan krijgt een MDL-arts in de komende jaren meer en meer een regiefunctie en voert voornamelijk nog hoogcomplexere procedures uit. Een tekort kan in korte tijd omslaan in een overschot aan MDL-artsen. Daar is niemand bij gebaat. Een hernieuwde capaciteitsberekening in 2013 zal ons ervan verzekeren dat over 10 jaar en de jaren daarna zorgvraag en zorgaanbod goed op elkaar zijn afgestemd.



Met de komst van kwaliteitscriteria voor de coloscopist in het kader van certificering voor het bevolkingsonderzoek naar darmkanker is het onontkoombaar dat dergelijke eisen en toetsing ook voor andere verrichtingen en taken van MDL-artsen zullen gaan gelden. De introductie en implementatie van deze eisen heeft consequenties voor de opleiding tot MDL-arts. Dit heeft geleid tot het concept dat ERCP's voortaan nog maar worden geleerd aan een minderheid van de aios', die dan minimaal 150 ERCP's tijdens de opleiding uitvoeren. Verder worden resultaten gemonitord via het digitaal portfolio, waarmee in de toekomst een verfijning van het curriculum kan worden verkregen. Minder all round maar meer deskundig op deelgebieden, dat is de consequentie.

We verlaten geleidelijk aan de tijd dat MDL-artsen nog ervaren waren in alle technieken en procedures. De winst is verdieping en het waarborgen van hoge kwaliteit. Wellicht is een mogelijk verlies van de all round MDL-arts een punt van zorg. Tegelijkertijd is er meer dan voorheen behoefte aan een MDL-regisseur die een dusdanig brede vakkennis heeft, dat hij/zij als coördinator van MDL-zorg kan optreden.

## Bevolkingsonderzoek naar darmkanker

Vanaf 2013 wordt het bevolkingsonderzoek naar darmkanker gefaseerd ingevoerd. Het bevolkingsonderzoek is gericht op zowel mannen als vrouwen tussen de 55 en 75 jaar. Na volledige invoering zullen 4,4 miljoen mensen elke twee jaar worden uitgenodigd voor het bevolkingsonderzoek. Naar verwachting zal dit na volledige uitrol in 2018 resulteren in ruim 72.000 extra coloscopieën per jaar.

Het doel van het bevolkingsonderzoek is reductie van het aantal sterfgevallen aan colon- en rectumcarcinoom, door vroegtijdige detectie en behandeling van premaligne en maligne afwijkingen in colon en rectum. Op termijn zal dankzij het bevolkingsonderzoek de sterfte aan darmkanker in Nederland met ten minste 2400 personen per jaar worden teruggebracht.

Door het invoeren van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid rondom de coloscopieën verricht in het kader van het bevolkingsonderzoek, zal verdere verbetering van kwaliteit van coloscopieën plaatsvinden, met daarna dezelfde stappen als voor andere endoscopische verrichtingen.

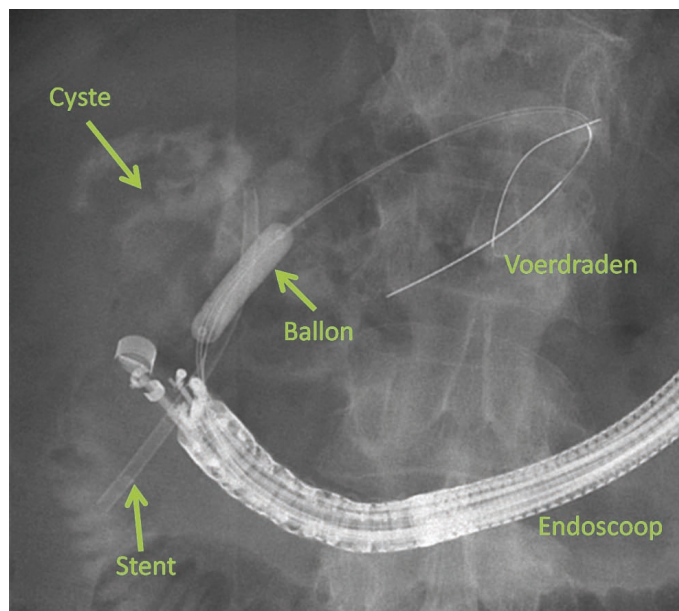
## Missie

De in Nederland werkzame MDL-arts zet zich in voor optimale, kwalitatief hoogstaande en veilige zorg voor patiënten met aandoeningen van het maagdarmkanaal, de lever, galwegen en alvleesklier. In deze zorg staat de patiënt centraal en richt de MDL-arts zich op vernieuwing en werkt zij/hij voortdurend aan verbetering van kwaliteit (en het zichtbaar maken daarvan) en veiligheid van zorg onder de randvoorwaarden van gepast gebruik van middelen en acceptabele kosten. Wetenschappelijk onderzoek vindt plaats in samenhang en samenwerking met basale en klinische disciplines en heeft als uitgangspunt het optimaliseren van de zorg voor MDL-patiënten. De opleiding tot MDL-arts, de MDL-praktijk en het wetenschappelijk onderzoek zijn goed op elkaar afgestemd.

## Dromen komen uit!

De kracht van MDL Nederland komt voort uit de dynamiek die nodig was voor groei, voor het verwerven en bestendigen van onze autonome positie en de snelle ontwikkeling van deelgebieden. Die *spirit* en *drive* moeten we koesteren en vasthouden nu we in het komende decennium meer gaan consolideren en versterken. Met 410 MDL-artsen in 2013 vormen we een hechte groep en kennen we elkaar van naam of gezicht (eventueel met

hulp van het *Smoelenboek*). De halfjaarlijkse bijeenkomsten in Veldhoven vormen zowel in wetenschappelijk opzicht als in vakinhoudelijk en sociaal opzicht een platform en trefpunt. MDL Nederland ontmoet elkaar daar en onderzoekers, verpleegkundigen, chirurgen, kinderartsen, pathologen en veel andere disciplines komen graag naar de NVGE-, NVH-, NVMDL-dagen. Laten we de dynamiek en spirit behouden, dan volgen resultaten en successen vanzelf.



Röntgenopname van de bovenbuik tijdens een endoscopische drainage via de maag van een pancreascyste met necrose. De endoscoop is zichtbaar in de maag. Via de endoscoop is een cyste aangeprikt en is daarin contrast gespoten (witte wolk), de voedraden lopen ver door, dus ook daar loopt de cyste nog (randen niet zichtbaar). Er is een plastic endoprothese (stent) ingebracht die de cyste in verbinding brengt met de maag. De opening wordt op dit moment wijder gemaakt door middel van het opblazen van een ballon.

Bron: Paul Fockens

## Wat vindt de maag-darm-leverarts anno 2013 van zijn/haar beroep? Maag-darm-leverartsen (i.o.) zelf aan het woord

Tijdens de samenstelling van dit boek is er een vragenlijst voorgelegd aan een grote groep leden van de vereniging, bestaande uit zowel jonge als ervaren artsen, academisch en perifeer werkende specialisten en arts-assistenten in opleiding tot MDL-arts. In die vragenlijst werd hen gevraagd naar hun ideeën over het vak nu en in de toekomst. De uitkomst hiervan wordt hieronder weergegeven.

### Over het heden: Wat maakt het vak van MDL-arts nu zo interessant?

*Prachtige combinatie van beschouwend overwegen en creatief daadkrachtig handelen.* (Jacques Bergman, AMC)

Bijna unaniem zijn MDL-artsen van mening dat de combinatie van enerzijds beschouwend bezig zijn en anderzijds de mogelijkheid om ook praktisch, diagnostisch en therapeutisch bezig te zijn een van de aantrekkelijkste aspecten van het vak is. De beschouwende, ook wel 'internistische', kant van het vak biedt veel uitdagingen. Elke patiënt met buikpijn is anders, en telkens is het weer een uitdaging om de juiste diagnose met zo min mogelijk diagnostiek te kunnen stellen. Hierin zien we de breed georiënteerde, *all round* MDL-arts terug. Streven is om de toekomstige MDL-arts die brede blik te laten behouden. Daarnaast is er ruimte voor expertise in een of meerdere deelgebieden. Als beschouwend specialist beschikt de MDL-arts ook over steeds meer medicamenteuze mogelijkheden. In dit boek zijn voorbeelden van deze ontwikkelingen geschetst, zoals de indrukwekkende opkomst van maagzuurremmers. Maar ontwikkelingen gaan snel en ziektebeelden waarbij voorheen de chirurg aan zet was (zoals pancreatitis, diverticulitis), worden meer en meer conservatief behandeld. Voorheen onbehandelbare leverziekten zijn nu met medicijnen vaak te genezen of gaan in de nabije toekomst verdwijnen.

Daarnaast heeft het vak ook een duidelijk chirurgische 'actie'kant. Door de snelle ontwikkeling in endoscopische technieken is nu mogelijk wat eerder ondenkbaar was. Dit maakt dat de MDL-arts steeds meer een therapeutische endoscopist is geworden. Door uitbreiding van endoscopische technieken is er ook meer overlap ontstaan met de chirurgie. Voor de MDL-arts, als specialist op het grensgebied van snijden en beschouwen, zijn de mogelijkheden eigenlijk onbegrensd.

Anderen vinden het vak aantrekkelijk vanwege de brede pathologie en het duidelijke verband met pathofysiologie: MDL-aandoeningen zijn vaak goed te relateren aan een verstoorde bouw en functie. Vakgebieden zoals anatomie, immunologie, farmacologie, moleculaire genetica, microbiologie en infectieziekten, chirurgie, medische oncologie en radiotherapie spelen allemaal een rol. Het vak is breed maar overzichtelijk, geeft veel afwisseling, ongekennde verdiepingsmogelijkheden en een breed therapeutisch pakket. Hierin dient de MDL-arts als regisseur en organisator op te treden om de diverse andere specialismen die bij de MDL-patiënt betrokken zijn, optimale zorg te kunnen laten verlenen.

*De MDL-arts gaat letterlijk en figuurlijk de diepte in.* (André Smout, AMC)

Zeker wanneer een MDL-arts werkzaam is binnen een grotere groep van MDL-artsen, vindt verdeling van taken plaats met mogelijkheden om te specialiseren in één of meerdere specifieke aandachtsgebieden. Dat kan variëren van hepatologie, interventie-endoscopist, NGM-er (kort door de bocht maar voluit: neurogastro-enterologie- en motiliteitsdeskundige), MDL-oncoloog tot IBD-expert. Bij een aantal MDL-artsen bestaat de wens om naast oncologische diagnostiek en endoscopische therapie een deel van de andere oncologische behandelingen

(chemotherapie) ook zelf aan hun patiënten te kunnen bieden, zoals ook gebruikelijk is in sommige van de ons omringende EU-landen.

Andere aspecten zijn dat de gemiddelde MDL-praktijk bestaat uit zowel jonge als oudere mensen, chronische zorg (bijvoorbeeld inflammatoir darmlijden, leverlijden) en acute zorg (zoals bloedingen), palliatie en curatie, oncologische en niet-oncologische ziektebeelden.

En, *last-but-not-least*: de behandelingen hebben vaak snel resultaat.

*Wat is mooier dan het verwijderen van een galwegsteen bij een septische cholangitis, waarbij het pus uit de galwegen spuit en de patiënt na behandeling vrijwel direct opknapt.* (Ben Witteman, Ziekenhuis Gelderse Vallei)

### **Wat doen MDL-artsen het liefst? Wat zijn de krenten in de pap?**

*MDL-artsen werken hard, dus vinden ook veel krenten in de pap.* (Paul Fockens, AMC)

Bijna alle MDL-artsen houden zich graag bezig met endoscopie en dan vooral uitdagende therapeutische endoscopie, zoals het behandelen van bloedingen of galwegstenen/cholangitis, het verwijderen van corpora aliena (het liefst van bizarre aard) of grote poliepen, of het clippen van perforaties. Het leveren van maatwerk en bedenken van *smart* oplossingen is de MDL-arts wel toevertrouwd.

*De kunst en uitdaging bestaan uit het vinden van creatieve oplossingen voor technisch lastige zaken.* (Jacques Bergman, AMC)

Functionele klachten vormen qua patiëntaanbod tot 40% van de dagelijkse praktijk. We vinden het moeilijk om patiënten hierover goed te informeren en instrueren. Het uitvoeren van endoscopische diagnostiek bij deze patiënten mag geen excuus zijn om een uitgebreider en diepgaander gesprek uit de weg te gaan. Het ontbreekt ons aan scholing en training tijdens de opleiding om patiënten met functionele klachten beter te begrijpen. Een lange praktijkervaring maakt dat we hierin door patiënten worden geschoold en getraind.

*In mijn spreekkamer zegt een man ter ondersteuning van de ernst van de klachten van zijn echtgenote: 'Mijn vrouw is niet voor een kleintje vervaardigd.'*

(André Smout, AMC)

Het spreekt wellicht voor zich, maar het directe patiëntencontact is onze motor en geeft ons vleugels. Opleiden, onderwijs geven, management, wetenschappelijk onderzoek en begeleiden van promovendi worden graag gedaan, uiteraard vooral door de academisch werkende groep MDL-artsen. Nieuwe behandelingen maken het mogelijk steeds meer patiënten te genezen van ziektes waaraan voorheen weinig te doen was. We gaan de sterfte aan darmkanker in Nederland beperken door het invoeren van het bevolkingsonderzoek. Graag willen we integrale zorg leveren en ook buiten de muren van het ziekenhuis onze verantwoordelijkheid nemen, liefst maatwerk leveren van hoge kwaliteit. Academisch werkende MDL-artsen geven aan het liefst tertiaire grensverleggende zorg te bieden.

De MDL-arts wil graag samenwerken met andere specialisten, treedt op als regisseur in multidisciplinaire zorg voor MDL-patiënten en waardeert vooral ook zijn goedgehumeerde, ondernemende vakgenoten. Een enkeling spreekt zijn voorliefde uit voor lekker eten en sigaren roken. Gastro-enterologie, gastronomie en levenskunst hebben blijkbaar eenzelfde genetische opmaak.

*Er zijn denk ik maar weinig dingen waarvan MDL-artsen zo blij worden als van een gecompliceerde endoscopie. Of dit nu een bloeder is waarbij je tot je oren in het bloed staat, de patiënt instabiel is en je het er uiteindelijk toch goed vanaf brengt, of een vreselijk moeilijk colon, een grote sessiele poliep in het ascendens, die je er met veel kunst- en vliegwerk uit weet te halen.* (Joukje Bosman, MDL-aios)

### **Welke ontwikkelingen verwacht je de komende 10 jaar? Wat zullen hot items worden?**

De toekomst ziet er voor de MDL-arts zonnig uit. Er zal een geleidelijke verschuiving komen in onze zorgstructuur: van diagnostisch naar therapeutisch, van opsporen naar preventie, van endoscopische diagnose naar endoscopische curatieve behandelingen. Er zullen nog verdere subspecialisaties komen in vrijwel alle deelgebieden. Daarbij dienen we aandacht te houden voor de MDL-arts als generalist en regisseur. We dienen naast experts op deelgebieden een voldoende aantal breedgeoriënteerde MDL-artsen op te leiden. Zorgen zijn er over de interesse onder aios' MDL voor hepatologie, voeding en NGM. Ja, er dient aandacht te blijven voor niet-endoscopie-gerelateerde MDL-aandoeningen, om te voorkomen dat de 'niet-endoscopische aandoeningen' door andere specialismen verzorgd gaan worden.

Daarnaast zal de MDL-arts een grotere rol gaan spelen in de oncologische zorg. De MDL-arts zal ook haar/zijn regierol gaan vervullen in de multidisciplinaire aanpak van MDL-patiënten. Denk hierbij aan ontwikkelingen op het gebied van farmacologie, immunologie en (interventie)radiologie, die worden geïntegreerd in de MDL-zorg van de toekomst. Hiertoe zal de MDL-arts doelmatig te werk gaan, initiatieven nemen en over haar/zijn grenzen heen kijken en handelen. Slogans zoals: 'keuzes maken', 'slagen slaan' en 'de pas erin' zijn ons op het lijf geschreven.

*We zullen in de toekomst ons steeds weer moeten bewijzen en dat vraagt om een mondige, zelfbewuste MDL-arts.* (Ben Witteman, Ziekenhuis Gelderse Vallei)

MDL-zorg zal verricht gaan worden vanuit grotere, regionaal samenwerkende groepen, waarbij de samenwerking met de chirurgie op alle (snij)vlakken geïntensiveerd zal gaan worden. De MDL-arts zal ook een grotere superviserende en regierol krijgen voor ondersteunend personeel, zoals verpleegkundig endoscopisten en verpleegkundig specialisten op het gebied van inflammatoire darmziekten en hepatologie.

### **Opleiding: Hoe moet de opleiding tot MDL-arts er uit gaan zien?**

De opleiding tot medisch specialist, en zo ook die tot MDL-arts, zal snel gaan veranderen. In ieder geval wordt er een financiële korting worden ingevoerd, waarbij uitdrukkelijk is gesteld dat dit niet ten koste mag gaan van kwaliteit. Dus korter en efficiënter? Minder mensen trainen in een aandachtsgebied (zesde jaar)? Een structuur waarbij eerst een (publiek gefinancierd) basiscurriculum wordt doorlopen en vervolgens nog een (privaat gefinancierde) verdieping/masterdeel, behoort tot de mogelijkheden. Hierbij zal de structuur niet zozeer zijn opgebouwd in academisch versus perifeer of regio A versus B, maar zal de profilering aan het einde van de opleiding in die centra

plaatshebben, waar dit goed kan. Flexibiliteit in de opleiding is het codewoord. Opleiden tot MDL-arts is aan een veelheid van regels en afspraken gebonden. Minder vinken (toetsen of regels worden nageleefd) en meer vonken: daar gaat het nieuwe opleiden naartoe!

*Ik hoop dat de golf van administratieve waanzin rondom de opleiding zijn maximum heeft bereikt.* (Een opleider MDL)

Verschuivingen in het MDL-zorgprofiel dienen vertaald te worden in het opleidingscurriculum. Nieuwe (endoscopische) technieken en training daarin zullen sneller en daadkrachtiger in de opleiding dienen te worden ondergebracht. Door verruiming van het palet zal er al veel eerder voor differentiatie of voor een specifiek profiel gekozen gaan worden, waarbij er rekening mee moet worden gehouden dat wellicht niet iedere MDL-arts meer zal leren endoscopiëren! Mogelijk zullen de (minimale invasieve) GE-chirurgie en de interventie-endoscopie ook in de opleiding naar elkaar toe gaan groeien. Uitwisseling zal gaan plaatsvinden tussen beide opleidingscurricula. Deze twee specialismen zullen in de toekomst meer en meer samenwerken en elkaar aanvullen (meer raakvlakken dan snijvlakken), maar een overlap (een 'digestivist') lijkt voorlopig nog utopie.

*Waar de opleiding voor moet waken is dat we ons terugtrekken in de endoscopiekamer.* (Rob de Man, Erasmus MC)

*Tijdens de sollicitatie van mij naar een MDL-opleidingsplaats in 1988 vroeg prof. Guido Tytgat: "Welk onderdeel van de MDL heeft nu uw specifieke voorkeur?" Ik, na één seconde: "Leverziekten." Direct aangenomen!*

(Paul Fockens, hoofd afdeling MDL-ziekten AMC en voormalig hoofd Endoscopie AMC)

Laten we straks basis-MDL-zorg over aan ziekenhuisartsen? Willen wij het vakgebied in de volle breedte kunnen blijven uitoefenen en de MDL-patiënt optimale zorg kunnen blijven leveren, dan dient de MDL-arts van de toekomst een brede basis te hebben en die ook te houden. Laten we regie houden over het algemene deel van de MDL-opleiding. Laten we met elkaar ervoor zorgen dat het onderstaande citaat niet iets is om blij over zijn, geen toeval maar *usance*: de praktijk van alledag.

*Ik ben blij door een MDL-arts met een brede, beschouwende achtergrond te zijn getraind in basis-MDL.* (MDL-arts i.o.)

Kwaliteit en monitoring van basis-MDL zullen meer en meer een rol gaan spelen in de dagelijkse praktijk van de MDL-arts. Onderwijs over veiligheid, kwaliteitsnormen en certificeringen zullen daarom ook een belangrijk vast onderdeel worden in het MDL-opleidingscurriculum.

De MDL-arts van de toekomst kan bedreigingen verwachten. Behalve een goed opgeleide arts en superspecialist dient hij/zij tevens het vak te verkopen. Hij/zij moet in staat zijn om leiding te geven en een meerwaarde kunnen laten zien ten opzichte van generalisten, met specialisatie en specifieke CANMED-competenties.



## Wat zal de rol zijn van de MDL-arts binnen de digestieve oncologie?

Oncologische aandoeningen komen veel voor in de MDL-praktijk. Voor MDL-artsen is hier een belangrijke rol weggelegd. Expertisegebieden van de MDL-arts op oncologisch terrein zijn preventie, (vroeg-)diagnostiek, poortfunctie voor alle MDL-oncologie, endoscopische behandelingen van beperkte tumoren en endoscopische palliatie van niet-curabele tumoren, surveillance van hoog-risicopatiënten etc.

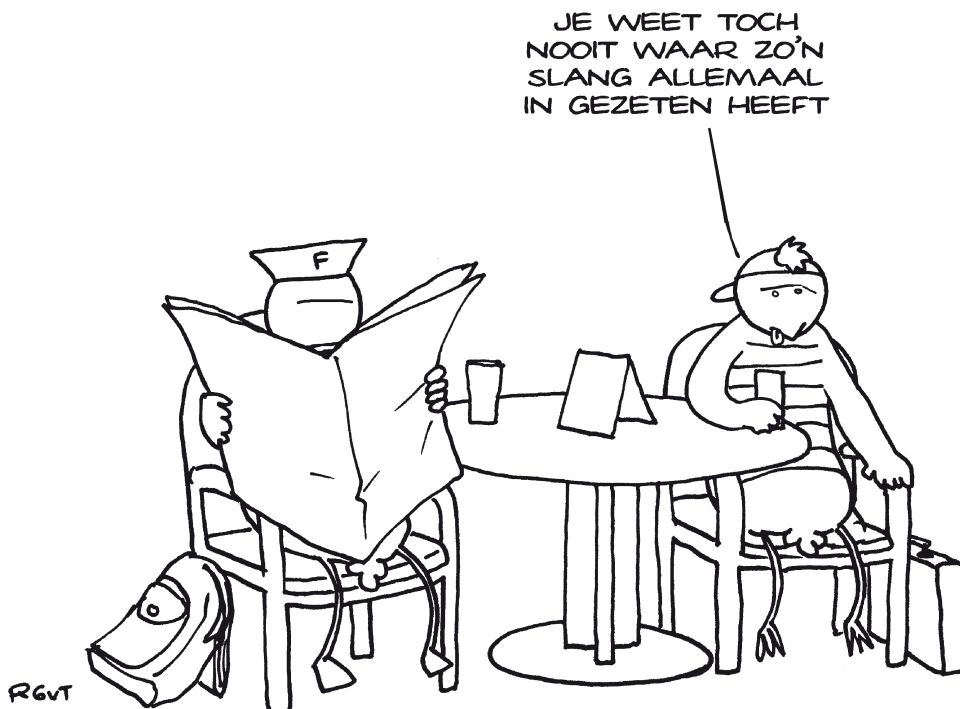
In 2013 neemt het landelijke bevolkingsonderzoek naar darmkanker een aanvang in Nederland. Dit zal aanvankelijk een belangrijke druk geven op de capaciteit van MDL-artsen, maar zal er ook toe leiden dat in de toekomst de jaarlijkse sterfte aan darmkanker met 2400 afneemt. Of ook andere premaligniteiten voor *screening of surveillance* op grote schaal in aanmerking komen zal de toekomst ons leren. De routinescreening bij Barrett-oesofagus, zoals die nu bestaat, zal drastisch veranderen door gebruik van moleculaire technieken. Bij hoog-risicopatiënten zullen sneller ablatietechnieken worden toegepast.


Screen to discharge *in plaats van surveillance* and waste money.

(Jacques Bergman, AMC)

Behandeling met chemotherapie gebeurt momenteel vooral door internist-oncologen. Indien MDL-artsen dit ook tot hun terrein gaan rekenen, zullen zij moeten zorgen voor een juiste oncologische setting, waarbij men beschikt over voldoende expertise en dit geschiedt in samenspraak met het al bestaande oncologienetwerk. Binnen de digestieve oncologie gaat de MDL-arts een belangrijke coördinerende rol spelen.

## FOKKE & SUKKE WILLEN SO WIE SO GEEN ENDOSCOPIE






*Screening en surveillance zijn geestdodend: binnenkort is de ene helft van Nederland bezig de andere endoscopisch te controleren.* (André Smout, AMC)

Een deel van de diagnostiek en screening zal in de toekomst worden overgenomen door minder invasieve technieken, vooral radiologische (CT-scan, MRI). Routine-endoscopieën zullen gedeeltelijk worden overgenomen door verpleegkundig specialisten. Het accent binnen de endoscopie zal voor de MDL-arts daardoor langzaam verschuiven van diagnostisch naar therapeutisch en het verrichten van endoscopische curatieve interventies (poliepectomieën, behandelen stenoses).

### ***Wat maakt dat je over 10 jaar jouw werk als MDL-arts nog leuk zult vinden?***

Zien MDL-artsen nog perspectief in hun vak? Deze vraag kan niet los worden gezien van maatschappelijke ontwikkelingen. Behalve inhoudelijke zal er het nodige veranderen in de manier van uitoefenen van ons vak. Hieronder wordt een aantal zaken geschetst. Voor de beroepsvereniging is het van belang rekening te houden met deze behoeftes.




*Balans vinden tussen kwaliteitscontrole en nutteloze dataverwerking.  
Balans vinden tussen technologische ontwikkelingen en adequate scholing.  
Balans vinden tussen zinvolle screening en zinloze surveillance.  
Balans vinden tussen werk en privé.*

(Jacques Bergman, AMC)

Het MDL-specialisme heeft bewezen een vak te zijn dat volop in ontwikkeling is. Het continu blijven ontwikkelen van nieuwe en betere manieren van diagnostiek en behandeling maken het vak uitdagend. Wat betreft de endoscopie zijn er mooie technische sprongen gemaakt. Daar zullen er in de komende jaren nog wel meer van volgen, waardoor er nieuwe mogelijkheden ontstaan die nu nog niet denkbaar zijn. Ook translationeel onderzoek zal leiden tot nieuwe inzichten. Deze ontwikkelingen zullen voor nieuwe uitdagingen blijven zorgen en voorkomen dat het vak routine wordt. Het leren stopt niet bij het afronden van de opleiding tot MDL-arts.

De combinatie van 'doen' en 'denken' maakt het voor velen een aantrekkelijk vak. Samenwerking met andere specialismen en thematische zorg zijn voor een goede uitoefening van het vak essentieel. Technologische ontwikkelingen maken het mogelijk ziekten of afwijkingen endoscopisch te behandelen, die voorheen alleen chirurgisch behandeld konden worden. De zorg voor de patiënt met een MDL-aandoening wordt daardoor steeds complexer.


Er zal in toenemende mate een beroep worden gedaan op de organisatorische kwaliteiten van de MDL-arts. Samenwerking met andere specialismen, het inschakelen van verpleegkundig specialisten, de snelle technologische ontwikkelingen en de toenemende vraag om sneldiagnostiek verlangen een goede coördinerende rol van de MDL-arts. Daarbij dient de MDL-arts te zorgen voor een prettige werkomgeving, een goede samenwerking met directe collega's, ziekenhuismanagement en directie, en moet hij/zij zorgen voor voldoende draagvlak onder collega's. Wat gaan we niet meer doen of wat kan worden afgebouwd in het kader van verantwoorde en gepaste zorg? Deze vraag dienen we ons in de komende jaren steeds meer te stellen en daar ook consequenties aan te verbinden.



*Opleiding eerste lijn: veel patiënten die nu door MDL-artsen worden gezien, kunnen prima in de eerste lijn behandeld worden en behoeven hooguit voor een endoscopie te komen.* (Jan Kleibeuker, UMC Groningen)

Daarbij zullen ook kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg een belangrijk aandachtspunt zijn. Er worden in toenemende mate eisen gesteld aan de kwaliteit van zorg, het registreren ervan en het rapporteren daarover. Dit leidt tot een toenemende administratieve last die ten koste lijkt te gaan van de contacttijd met patiënten. Dit kan eventueel opgevangen worden door uitbreiding van mankracht, maar substitutie van laagcomplexere zorg, betere ondersteuning en innovatie (*e-health*) zijn opties. Minder vinken geldt niet alleen voor de opleiding, maar ook voor de MDL-praktijk, zeker als dat gepaard gaat met 'meer vonken'. Het is voor de MDL, net als voor veel andere specialismen, dan ook de uitdaging om een balans te vinden tussen kwaliteitscontrole en dataverwerking. Het overgaan in de tweedelijnsgezondheidszorg van budgetfinanciering naar uitkomstfinanciering zal dit proces versnellen.

Het aantal behandelmogelijkheden lijkt bijna oneindig te gaan worden. De maatschappij vraagt echter ook om kostenbewustzijn bij het maken van keuzes en het opstellen van behandelrichtlijnen.



*De MDL-arts van de toekomst is een vrouw ... In 2013 zijn alle hoogleraren MDL in Nederland op één na man.* (Rob de Man, Erasmus MC)

We komen van een tijdperk waarin het normaal was vijf lange dagen per week te werken, met veel diensten, en waarin het normaal was om in de avonden en weekenden ook nog veel tijd aan het vak te besteden. Het vak was voor velen tevens hobby. Voorbereiden van congrespresentaties, NVMDL-vergaderingen en werken aan kwaliteitsrichtlijnen vonden buiten reguliere kantoor tijden plaats ... Dit werd opmerkelijk genoeg niet als een last ervaren, maar men vond en vindt het leuk. Dit is tegenwoordig echter niet meer vanzelfsprekend. Tijd in de avond of het weekend heeft nu een definitief erkende claim van partner, gezin, hobby en sociaal leven. 'Werk' dient in 'werktijd' te gebeuren. Er zal een nieuwe balans gezocht moeten worden tussen privé en werk, die hierbij aansluit. Dit zal leiden tot discussies over verandering van de manier van werken binnen het beroep. Het zal mogelijk niet meer vanzelfsprekend zijn dat commissiewerk in de vrije tijd geschiedt. Ook zal de structuur van de weekindeling zich aanpassen en zaken zoals duobanen en parttime werken meer mogelijk maken. Dit zal effecten hebben op de manier waarop het beroep wordt uitgeoefend. Er zal een nieuwe generatie MDL-artsen komen, die het vak weliswaar anders zal invullen maar ook verder zal opstuwten. Men zal constant bezig zijn om het vak verder te verbeteren en te zoeken naar nieuwe mogelijkheden.

De veelzijdigheid van het vak maakt het ook mogelijk om na een aantal jaren nieuwe activiteiten te ontplooiën binnen het vakgebied en zo te zorgen voor nieuwe uitdagingen. Dit kan door een andere vakinhoudelijke richting te kiezen, activiteiten in commissies, het verrichten van managementtaken of wetenschappelijk onderzoek of bijdragen aan de opleiding van nieuwe MDL-artsen. Dit geldt ook voor afdelingshoofden. Het stokje tijdig overdragen aan een jongere collega kan goed zijn voor de afdeling, maar ook positief voor de eigen persoonlijke ontwikkeling. Als je als oudere MDL-arts niet meer kunt voldoen aan alle eisen, kun je nog altijd succesvol excelleren in een *niche* en als generalist en brede MDL-arts bijdragen aan de kwaliteit van patiëntenzorg.

*Durf te dromen. Op dit moment heeft meer dan 50% van de MDL-vakgroepen geen 5-jaren-perspectiefplan. Sturen in plaats van gestuurd worden.*

(Rob de Man, Erasmus MC)

Belangrijk is dat er, ondanks drukke agenda's en een tekort aan MDL-artsen, voldoende tijd vrijgemaakt wordt om na te denken over de toekomst van vak en vakgroep, de organisatie van het vakgebied, manieren om de werkdruk binnen acceptabele grenzen te houden en antwoorden op de veranderende omgeving en politieke ontwikkelingen te bedenken. Alleen zo kunnen we het vak toekomstbestendig te maken en laten we ons niet de kaas van het brood eten door andere partijen die hier wel tijd voor nemen.

*De NVGE-meeting met cabaret en de luchtigheid en openheid van de contacten deden mij beseffen dat de MDL-gemeenschap in Nederland uniek is en dat ik mij bij deze groep mensen véél beter op mijn plaats zou gaan voelen dan bij dat andere specialisme. Ik heb nooit spijt gehad van deze beslissing.* (Jacques Bergman, AMC)

## Een kleurrijk geheel

*Wat m.i. niet onvermeld mag blijven, is dat de MDL-artsen zulke leuke mensen zijn en dat het wat dat betreft zo'n plezier is om in dit vakgebied te werken. Ze zijn gevarieerd, houden van hun vak, gaan voor kwaliteit van de inhoud ervan en zijn ten bate daarvan bereid om actief te zijn. Ik hoop van harte dat dat zo blijft, ook als er meer MDL-artsen komen.*

*Wat dat betreft heb ik nog wel een anekdote. Toen ik (lang geleden) voor de keuze stond om verder te gaan in de interne geneeskunde of de MDL, bezocht ik vlak achter elkaar de NIV- en NVGE-vergaderingen. Bij de eerste viel het me op dat buiten de congressalen de beroepsgroep bestond uit met name mannen met beige- of blauwgeruite colberts met grijze broeken, die in gedachten door de gangen van het congressentrum liepen. Bij de NVGE viel me het kleurrijke geheel op van verschillende beroepsgroepen die vrolijk met elkaar een borrel dronken. Op dat moment heb ik mijn keuze voor de MDL gemaakt en er nooit spijt van gekregen.* (Annemieke Cats, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis)

Opvallend genoeg zijn er veel MDL-artsen die hun keuze voor het vak ook hebben laten beïnvloeden door de goede sfeer tijdens de vergaderingen van de NVGE en NVMDL. Deze congressen staan bekend als gezellig en zijn een optimale gelegenheid om behalve het delen van wetenschappelijke bevindingen formele en informele contacten te onderhouden, die de verenigingen ten goede zullen komen. Het is dan ook aan de verenigingen om ervoor te zorgen dat deze goede sfeer behouden blijft.

*MDL-congressen zijn de gezelligste congressen!*

(Ben Witteman, Ziekenhuis Gelderse Vallei)