

Henri Verbrugh: “Onderzoek doen is een puzzel oplossen; je vindt iets uit en je ziet iets”

Jan Kaan, Bartelt de Jongh

Inleiding

Henri Verbrugh was hoogleraar medische microbiologie aan de Erasmus Universiteit van 1993 tot 2015. Daar ging een lange periode van opleiding en onderzoek in Utrecht aan vooraf; deels in de Verenigde Staten, later in combinatie met een praktijk in het Diaconessenhuis en het ziekenhuis Oudenrijn in Utrecht.

Zijn ervaringen in die verschillende periodes zijn van belang voor de ontwikkeling van de medische microbiologie in Nederland en daarom relevant voor de keuzen waarvoor dit vakgebied op dit moment staat. Henri ontvangt ons in zijn huis, dat hij samen met zijn vrouw Annemieke in de van stijl van Frank Lloyd Wright heeft laten bouwen dicht bij het hart van Rijswijk. Hun drie kinderen zijn al lang uit huis. Zij hebben zeven kleinkinderen.

Henri Alexander Verbrugh werd geboren op 25 november 1949 in Tanjung Pandan, op het eiland Billiton (Pulau Belitung), tussen Sumatra, Borneo en Java. Grootvader Alexander Verbrugh vocht als militair mee in de Boerenoorlog (1899-1902). Daarna was hij in Medan op Sumatra actief in de rubberindustrie. Hij huwde een Indonesische vrouw en in 1915 werd hun zoon Albertus geboren, die opgroeide in Medan en daar de HBS volgde. In die tijd gingen Albertus' ouders uit elkaar. Hij ging op zijn 16e geneeskunde studeren in Leiden. Toen zijn vader Alexander overleed keerde hij terug naar Nederlands Indië. Bij terugkeer was Albertus in feite wees en nog altijd minderjarig; de nalatenschap werd ondergebracht bij de Boedelkamer. Pas op zijn 21e kon hij verder studeren in Soerabaja op Java, waar de Nederlandsch-Indische Artsen School (NIAS) nog steeds staat en hij studeerde begin 1942 af. Net daarvoor, december 1941, bombardeerden de Japanners Pearl Harbor en veroverden ze vervolgens Indonesië. Albertus werd als krijgsgevangene tewerkgesteld aan de Birmaspoorlijn. Na de Tweede Wereldoorlog heeft Albertus als arts aan Nederlandse



Henri Verbrugh, emeritus hoogleraar medische microbiologie

kant gewerkt tijdens de Indonesische Onafhankelijkheidsoorlog (Polititionele Acties, 1947-1949). In die tijd ontmoette hij op Bali zijn Nederlandse vrouw, die daar als verpleegkundige werkzaam was en zij trouwden. In 1946 werd de eerste zoon geboren en drie jaar later volgde Henri.

Jan Kaan, arts-microbioloog,
Bartelt de Jongh, arts-microbioloog.
Correspondentieadres: jkaan@kpnmail.nl.

Henri's vader Albertus was een generalist. Als enige dokter op het eiland Billiton, waarheen ze inmiddels verhuisd waren, beoefende hij zowel de snijdende als de beschouwende vakken. De politieke situatie dwong hen uiteindelijk in 1958 naar Nederland te gaan.

In Nederland werd Albertus bedrijfsarts bij het gemeentelijk energiebedrijf van Rotterdam. Henri's moeder overleed, 36 jaar oud, in 1961. Als gevolg hiervan werd Henri in een internaat ondergebracht in Zeist. Na Henri's gymnasiumtijd in Zeist en later aan het St. Franciscus College in Rotterdam, koos ook hij voor de studie geneeskunde. In 1968 werd hij toegelaten tot de pas opgerichte Medische Faculteit Rotterdam. In 1968 bestond een systeem van verdeling van geneeskundestudenten over de faculteiten, waarbij zoveel mogelijk met ieders wensen werd rekening gehouden. Rotterdam had als bijzonderheid een *numerus fixus* vanwege het feit dat de faculteit pas in 1966 van start ging. Zijn vader heeft Henri nooit meer als dokter meegemaakt, helaas overleed ook hij jong in 1971, 56 jaar oud. Omstreeks die tijd leerde Henri zijn toekomstige vrouw Annemieke Carlier kennen, die bij hen in de buurt woonde. Zij gingen al snel samenwonen in Rotterdam-Zuid.

Henri was actief in de Medische Faculteitsvereniging, waar de studentenbelangen werden behartigd in de roerige tijd van democratisering. Hij was geen lid van een studentenvereniging maar beoefende wel, en niet onverdienstelijk, hockey bij de vereniging 'Tempo 34'. Gedurende zijn zesjarige opleiding kreeg Henri geen uitgesproken voorkeur voor een specifieke specialisatie.

"Chirurg, internist, ik wist het eigenlijk niet goed."

Henri herinnert zich een college over congenitaal rubellasyndroom van de kinderarts prof. dr. H.K.A. Visser en dit onderwerp fascineerde hem. Henri koos voor de opleiding microbiologie. Rotterdam bood geen vacature maar de aimabele benadering van prof. dr. K.C. (Cornelis) Winkler in Utrecht bezegelde zijn stationering in het Laboratorium voor Besmettingsleer (nu het Eijkman-Winkler Instituut voor Microbiologie, Infectieziekten en Ontsteking) te Utrecht. In het instituut was ook de arts-microbioloog Jan Verhoef werkzaam. Verhoef had in het laboratorium van Paul Quie, hoogleraar pediatrie infectiologie, in Minneapolis ervaring opgedaan met het bestuderen van de

fagocytose kort nadat door Quie de oorzaak van chronisch granulomateuze ziekte (CGD) bij kinderen was ontdekt. Verhoef werkte daar samen en raakte bevriend met dr. Phil Peterson, internist-infectioloog. Verhoef keerde in 1976 terug naar Nederland. In het Laboratorium voor Besmettingsleer werd met het fagocytose-onderzoek de basis gelegd voor een nieuwe onderzoekslijn met *S. aureus* en andere micro-organismen. Jan Verhoef werd in 1979 benoemd als lector en volgde later prof. Winkler op als hoogleraar medische microbiologie. De taken van de hoogleraar waren naast onderwijs en opleiding, het fundamentele onderzoek van de vakgroep.

Doctor Verbrugh

Na de driejarige opleiding liet Henri zich in 1978 registreren als specialist. Tijdens de opleiding werkte hij aan zijn onderzoek, waarop hij in 1979 promoveerde, getiteld 'Phagocytic Defence against Staphylococcal Infections' en Jan Verhoef was zijn promotor.

Daarna verwierf hij in 1980 een Fogarty Fellowship van de National Institutes of Health, waardoor hij twee jaar als post-doc in de Verenigde Staten kon werken. Samen met zijn vrouw Annemieke, inmiddels socioloog geworden, ging hij daarheen. Zij heeft daar in dezelfde periode een Master in Public Health gehaald.

Henri kwam op voorspraak van Jan Verhoef terecht op het laboratorium van Paul Quie, waar hij samen met Phil Peterson verder onderzoek deed naar de fagocytose van stafylokokken, onder andere door macrofagen uit de long.

Na zijn terugkeer uit de Verenigde Staten vervulde Henri een vacature voor arts-microbioloog in het Diaconessenhuis Utrecht, van waaruit ook het ziekenhuis Oudenrijn Utrecht werd bediend. De vacature was ontstaan door het onverwachte overlijden van de arts-microbioloog Veldkamp. Maar Henri wilde niet louter klinisch gaan werken. "Ik vond het leuk om onderzoek te doen; een vraag, dan uitzoeken, een puzzel oplossen. Je vindt iets uit en je ziet iets."

Hij heeft met staf en directie van het Diaconessenhuis, dat op fietsafstand van de Catharijnesingel lag, kunnen afspreken dat hij universitair onderzoek mocht blijven doen naast zijn werk in het Diaconessenhuis, als hij maar altijd beschikbaar bleef voor de praktijk.

In het Laboratorium voor Besmettingsleer werd een

deel van de academische patiëntenzorg gedaan, met name voor het Wilhelmina Kinderziekenhuis en voor de snijdende specialismen in het Academisch ziekenhuis Utrecht. De patiëntenzorg voor de Inwendige Geneeskunde gebeurde even verderop aan de Catharijnesingel in het Academisch ziekenhuis zelf, in een apart laboratorium onder leiding van dr. R.P. (Peter) Mouton, lector klinische Bacteriologie. De arts-assistenten microbiologie liepen bij Mouton stages met nadruk op de klinische aspecten van het vak. Voor de klinische microbiologie voor het Wilhelmina Kinderziekenhuis aan de Nieuwegracht was Mieke Hoogkamp-Korstanje het verantwoordelijke staflid. Het was Verhoef duidelijk dat de toekomst van de microbiologie en de geldstromen voor onderzoek in de kliniek lag. Toen Peter Mouton in 1977 benoemd werd tot hoogleraar in Leiden wilde en mocht Jan Verhoef hem dan ook opvolgen als hoofd van de universitaire vakgroep en van het ziekenhuislaboratorium.

Dokter Verbrugh en de regio

De microbiologen van het Diaconessenhuis en het St. Antonius ziekenhuis werkten allang samen. Dit leidde in de jaren 80 tot het concept van een vergaande samenwerking, met het handhaven van laboratoriumvoorzieningen in diverse ziekenhuizen, het verrichten van wetenschappelijk onderzoek en het deelnemen aan opleidingen, hetgeen uitmondde in de vorming van een maatschap in 1990. De collega's Ad Kayser en Bert Landheer (artsen-microbioloog) en Pieter van Helden (medisch-immunoloog) hebben samen met Henri in het Diaconessenhuis, het St. Antonius ziekenhuis, het Lorentz ziekenhuis in Zeist en het Hofpoort Ziekenhuis in Woerden de Regionale Maatschap Microbiologie en Immunologie gevormd. Samenwerken was altijd het motto van Henri en hij was een drijvende kracht achter de totstandkoming van de maatschap.

Ook in het Diaconessenhuis bleek ruimte voor klinisch en voor fundamenteel onderzoek. Henri had zijn ervaring met het fagocytose-onderzoek. De fagocyten werden voorheen uit bloed, uit broncho-alveolaire lavages en uit de peritoneale holte van CAPD-patiënten gewonnen. Op verzoek van Henri werd in het Diaconessenhuis door de chirurg Piet Leguit aan iedere laparotomiepatiënt toestemming gevraagd voor het nemen van een omentumbiopt ('een stukje vetweefsel'). Dat bleek een succesvolle bron van

kweekmateriaal voor mesotheelcellijnen. Verschillende arts-assistenten hebben daarmee hun onderzoek met een promotie kunnen afronden.

De komst van diverse stafleden met wetenschappelijke interesse leidde tot de oprichting van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Diaconessenziekenhuis Utrecht. Deze traditie werd na Henri's vertrek voortgezet door Rob Diepersloot en Steven Thijsen.

Ziekenhuishygiëne en infectiepreventie

In het ziekenhuis Oudenrijn heeft Henri zich samen met deskundige infectiepreventie Joke Mintjes bezighouden met ziekenhuishygiëne. Naar Amerikaans voorbeeld werd in het Oudenrijn een continue ziekenhuisbrede registratie van ziekenhuisinfecties opgezet, als eerste ziekenhuis in Nederland, met een aantal publicaties en een promotie van Mintjes in 1996 als uitvloeisel. Zij werden de initiatiefnemers van het Project Surveillance Ziekenhuisinfecties Utrecht, dat met ondersteuning vanuit het RIVM en het CBO werd opgericht. Met dit project werd de basis gelegd voor de landelijke Ziekenhuisinfectieregistratie (PREZIES).

Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie

In 1985 werd Henri bestuurslid in de Nederlandse Vereniging voor Laboratoriumartsen (NVL), de beroepsvereniging van artsen-microbioloog. Hij was hier actief in de beroepsbelangencommissie. Naast de NVL bestond een tweede wetenschappelijk-georiënteerde vereniging, dat was de Medische Sectie van de Nederlandse Vereniging voor Microbiologie (NVvM). De wens en noodzaak ontstond om tot eenwording te komen. In 1991 werden tijdens een heidag van de NVL, georganiseerd door Gijs Ruijs en Han Siem, gesproken over de positie van de medische microbiologie en over de contouren van een fusie. Zo ontstond in 1992 de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM). De NVMM was gelieerd met de NVvM. Cruciaal was daarbij het formuleren en vastleggen van het beroepsprofiel van de arts-microbioloog.

Henri werd voorzitter, eerst van het 'overgangsbestuur' en daarna van de fusievereniging NVMM, waarvan hij tot 1999 de eerste voorzitter werd, degelijk onderbouwd door notariële akten tot stand gekomen.

Als gevolg van deze veranderende positionering is het vakgebied medische microbiologie in aanzien gestegen. Daarbij speelden zowel het opduiken van infectie-

VAN DE VOORZITTER



Een Infectious Diseases Service Line ten behoeve van het primair proces

Op moment van schrijven staat het 36-ste Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC) voor de deur. Voor veel medisch microbiologen is deze jaarlijkse gebeurtenis te vergelijken met het openen van het academisch jaar, het markeert het begin van het drukke najaarsseizoen in de praktijken en je gaat naar deze mega-happening toe om te horen wat de nieuwste bevindingen en interessante trends in het vakgebied zijn.

Vorig jaar was het in San Francisco en werden er onder meer 'breakfast meetings with experts' georganiseerd. Een expert is mij bijgebleven en dat was Lucy Thompkins, hoofd van het microbiologisch laboratorium van het San Francisco General hospital, die haar concept 'The infectious diseases service line' presenteerde. Als reactie op voortdurende bezuinigingen op het laboratoriumbudget en op voorstellen van het ziekenhuisbestuur om de microbiologische diagnostiek buitenshuis bij een commercieel laboratorium onder te brengen, had zij een strategische alliantie gesloten met de afdeling infectieziekten. Vanaf dat moment bestaat er in dat ziekenhuis een divisie die integraal de zorg voor patiënten met infecties voor zijn rekening neemt - inclusief de infectiepreventie - en die daartoe is uitgerust met alle faciliteiten (bedden, polikliniek, laboratorium en klinisch en microbiologisch geschoolde specialisten en hun medewerkers). Deze dienstverlening noemde zij 'The infectious diseases service line' en is onmisbaar voor het functioneren van het ziekenhuis. Dit concept, het bijeenbrengen van alle relevante deskundigen en faciliteiten met betrekking tot infectieziekten, is ook voor Nederland relevant. Er wordt immers hard gesleuteld aan de organisatie van de ziekenhuizen in ons land. Volgens het recente rapport 'Ondernemend besturen. Ziekenhuismanagement van overmorgen'¹ van een NVZ-commissie moeten ziekenhuizen zich reorganiseren; zij moeten gaan van een dienstenstructuur naar een procesgerichte structuur, opgezet vanuit een patiënt-georiënteerd model. 'Kantelen' noemt men dat en daarmee is men volop bezig; vele ziekenhuizen zijn al gekanteld. En waar komen de afdelingen medisch microbiologie dan terecht? Helaas blijkt dat meestal in een 'laboratorium-divisie' of een divisie 'overigen' te zijn, dus niet opgezet vanuit een patiënt-gericht model en niet samenhangend met een primair zorgproces. Dit is mijns inziens een 'verlegenheidsstructuur' die voorbij gaat aan het feit dat er in ziekenhuizen zeer veel (ziekenhuis)infecties worden behandeld en dat deze 'infectieziektenzorg' vanuit de optiek van de patiënt wel degelijk als een belangrijk, primair, zorgproces (=service line) wordt gezien. Het is conceptueel niet relevant dat de infecties zich verspreiden over vele disciplines door het gehele huis aandienen. De patiënten en dus de organisatie zijn erbij gebaat dat de dienstverlening voor de infectieziekten zo geïntegreerd mogelijk plaatsvindt, en dat dus alle infectieziektendeskundigen en hun faciliteiten nauw samenwerken. Voor academische centra en enkele grote andere Nederlandse ziekenhuizen is het model van Lucy Thompkins verre te verkiezen boven een 'laboratoriumdivisie', voor kleinere ziekenhuizen zal nauwe samenwerking cq organisatorische integratie met het klinisch specialisme met het grootste aanbod aan infectieziektenproblematiek, meestal de inwendige geneeskunde, het beste werken. Gaarne geef ik derhalve Lucy's advies aan u door:

Werk aan uw toekomst, organiseer een eigen 'Infectious Diseases Service Line'!

Literatuur

1. Visser GR, G Kersten, L Koopmans, et al. Ondernemend besturen. Ziekenhuismanagement van overmorgen. Van Gorcum, Assen, 1996 (ISBN 90 232 3128 7).

Prof. Dr. H.A. Verbrugh, medisch microbioloog, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, Academisch Ziekenhuis Rotterdam, afd. Bacteriologie, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam.

ziekten, de komst van nieuwe antimicrobiële middelen en de opkomst van resistentie, als de steeds snellere en accuratere diagnostiek een rol.

Een van de eerste ambities van het nieuwe bestuur was een wetenschappelijk verenigingstijdschrift. Dit werd gerealiseerd met de oprichting van het *Nederlands Tijdschrift voor Medische Microbiologie (NTMM)* in 1993, waarbij Henri als bestuursvoorzitter zitting nam in de redactie. In die tijd ontstonden deels als gevolg van zijn rol als kartrekker nieuwe ideeën zoals de beschrijving van het beroepsprofiel, de grenzen van ons vakgebied en de benaming 'arts-microbioloog' voor ons beroep.

De eerste editie van het *NTMM* bevatte de toespraak die hij voor de eerste ledenvergadering hield [1]. Het stuk is onverminderd lezenswaardig, want hierin werden alle onderwerpen genoemd die de komende decennia hun beslag zouden krijgen. Ons specialisme werd beschreven als gericht op de patiënt meer dan als de houder van een laboratorium als facilitair bedrijf. Inmiddels was de NVMM als wetenschappelijke vereniging geaccepteerd door de Landelijke Specialisten Vereniging en door het College Geneeskundige Specialismen. De wederzijdse versterking die met het RIVM zou worden nagestreefd werd bestendigd, er was belangstelling van de Inspectie Volksgezondheid. Voor de opleidingscapaciteit werd gereageerd op het rapport Hoefnagels waarin 190 microbiologen nodig werden geacht, 1 microbioloog op 110.000 inwoners, om ook te kunnen voorzien in de academische posities waaronder onvervulde ordinariaten, maar ook die bij het RIVM, de Geneeskundige Hoofdinspectie, de Gezondheidsraad en de WIP. De uitbreiding van de A-B-opleidingscircuits werd genoemd, waarvoor een fors aantal B-opleidingen zouden moeten worden ingericht. Het belang van de kwaliteit werd benadrukt met de SKMM, die op dat moment een tiental jaren bestond. En er was urgentie voor het opstellen van beroepsvisities van ziekenhuizen en maatschappen evenals de al dan niet verplichte nascholing van medisch microbiologen.

Henri bracht zijn ideeën geregeld in het *NTMM* in de vorm van een column 'Van de Voorzitter', waarvan er ruim 20 zijn verschenen. Zelf sprak hij van zijn motivering voor het ontwikkelen van een strategische visie in zijn werk.

"Jan Verhoef sprak me er een keer over aan, hij vond die columns altijd leuk." Henri heeft veel respect voor Jan Verhoef: "Jan heeft veel betekend voor de NVMM

op Europees niveau als een van de oprichters van de ESCMID, geen kleine prestatie."

In de columns kwamen zaken aan bod als het begrip 'Infectious Diseases Service Line' (zie de afbeelding op pagina 83): er moet gedurende 24 uur consultatie mogelijk zijn voor de patiënt met (het vermoeden op) een infectie, om adequaat diagnostiek en zo nodig therapie te bedrijven en hygiëne-maatregelen te nemen. Daarbij speelt het vakgebied microbiologie een bijzondere rol. Henri zegt hierover: "De microbioloog houdt zich behalve met de patiënt, bezig met al die microben, die een biologische entiteit en daarmee een ecosysteem vormen." De behoefte aan accreditatie van de ziekenhuizen in de jaren 90 breidde zich uit naar de laboratoria. Over de keus van de accrediterende instantie (klinische, of een laboratorium-technische blik) ontstond polemiek.

"Ik herinner me de column 'Let there be PACE'."

'PACE' stond voor Proefproject Accreditatie en vond zijn oorsprong in een aantal ziekenhuizen, het was de voorloper van het Niaz. Hij herinnert zich de commotie daarover: "De accreditatie zou via het Coördinatie Commissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing op het gebied van Laboratoriumonderzoek in de Gezondheidszorg (CCKL) gaan lopen. We hebben twee jaar overlegd."

De conclusie was uiteindelijk dat er niet "met ons, niet door ons en wel over ons werd onderhandeld", waarna de NVMM een andere weg zocht.

En door te kiezen voor PACE (later Niaz, weer later Qualicor) lukte het uiteindelijk de accreditatie via de klinische insteek voor elkaar te krijgen.

Dan was er de kwestie van de beheersstructuur: het landelijk ISIS-project. Het RIVM claimde het eigendom van het ISIS-bestand gevuld met gegevens vanuit alle laboratoria en legde dit vast in het contract. Henri vond, terecht, dat de deelnemende instellingen en de daar praktiserende medisch specialisten de zeggenschap over hun eigen gegevens moesten houden. Hij wist de ledenvergadering daarvan te overtuigen en zo is het geschied [2].

Henri was onder andere met prof. Jos van der Meer in 1996 ook een van de oprichters van de SWAB.

Let there be *PACE*

VAN DE VOORZITTER



In het tijdschrift Medisch Contact van 8 augustus jl. werd gemeld dat het Centraal College voor de erkenning en registratie van medisch specialisten een set criteria heeft vastgesteld op basis waarvan het bestaansrecht van elk medisch specialisme zou moeten worden getoetst. Dit was nodig omdat het Centraal College zich, na de allergologie, opnieuw voor de vraag gesteld zag of een medisch specialisme, in dit geval de klinische chemie, nog bestaansrecht heeft. Afgezien van het feit dat er in Nederland (te) weinig arts-klinische chemie zijn, ligt vooral de vraag voor de hand of het uitoefenen van klinische chemie door een arts meerwaarde heeft. Immers, voor de schatting van de *medische* betekenis van de uitslagen van klinisch chemisch onderzoek, wordt op het niveau van de individuele patiëntenzorg thans slechts sporadisch een beroep gedaan op het hoofd van het klinisch chemisch laboratorium; de aanvrager-arts bepaalt zelf wat de uitslag betekent en lijkt geen behoefte te hebben aan een arts in het klinisch chemisch laboratorium. Hoe anders is het voor de medische microbiologie. Hier is de arts-microbioloog deskundige op het terrein van de infectieziekten, zowel op het gebied van de individuele patiëntenzorg als bij het beleid ten aanzien van antibioticumgebruik en infectiepreventie, en neemt hij een unieke plaats in die niet door een ander kan worden ingevuld. Bij het bevorderen van de kwaliteit van de dienstverlening van de arts-microbioloog dient derhalve terdege rekening te worden gehouden met deze consultatieve taken van de arts-microbioloog. Bij het invullen van de verplichte nascholing is hier al vanuit gegaan. Men wordt immers niet gelimiteerd in de soort nascholingsactiviteiten, bijvoorbeeld door alleen nascholing in de laboratoriumdiagnostische aspecten van het vakgebied te erkennen.

Wij dienen ons te realiseren dat de kwaliteitsinspanningen in het kader van de SKMM en CCKL in het verleden voornamelijk gericht zijn geweest op hetgeen zich intern in de laboratoria afspeelt; is de laboratoriumdiagnostiek wel goed en hoe kunnen wij de activiteiten in het laboratorium in een kwaliteitsborgingssysteem onderbrengen. Er is bijvoorbeeld geen praktijkrichtlijn ontwikkeld voor de kwaliteitsborging van onze consultatieve taken noch van onze inspanningen in het kader van het ziekenhuisbeleid ten aanzien van infectieziekten. Toch ligt daar de toekomst van de medische microbiologie als medisch specialisme. En die toekomst is naderbij nu de ziekenhuizen zich zullen laten accrediten door de stichting *PACE*.

PACE staat voor Proefproject Accreditatie en is door een aantal ziekenhuizen in 1989 op de rails gezet met als doel te komen tot een accreditatie-instelling voor ziekenhuizen. Er zijn inmiddels voor vrijwel alle onderdelen van het ziekenhuis, inclusief de activiteiten in het kader van de medische microbiologie, kwaliteitsborgingsnormen ontwikkeld en daarna accreditatiegidsen gemaakt ter implementatie in de ziekenhuizen.

De uitvoering van *PACE* ligt voor een belangrijk deel in handen van de sector medische technologie van TNO-Preventie en Gezondheidszorg in Leiden (telefoon 071-5181818). Het aantrekkelijke van dit accreditatietraject is dat men bij de toetsing uitgaat van de inbedding van de medische microbiologie in de totale ziekenhuisorganisatie.

Een aantal ziekenhuizen, waaronder het mijne, is inmiddels aan een proefaccreditatie onderworpen geweest (zie het hierbij afgedrukte certificaat) en op landelijk niveau heeft de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen zich aan dit systeem gecommitteerd. Het lijkt mij derhalve verstandig dat wij ons niet meer richten op certificering/accreditering door de stichting CCKL-test, maar - gezien onze klinische impact - richten op het *PACE*-traject. Met CCKL-test schieten wij, mede door de starre opstelling van het bestuur ervan, niet zoveel op. Dus 'let there be *PACE*'.

Prof. dr. H.A. Verbrugh, arts-microbioloog, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie, Academisch Ziekenhuis Rotterdam, afdeling Bacteriologie, Dr. Molewaterplein 40, 3015 GD Rotterdam



Professor Verbrugh

In 1993 werd Henri benoemd tot gewoon hoogleraar medische microbiologie aan de medische faculteit van het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam, met als leerstoel Klinische Microbiologie en Antimicrobiële Therapie. Henri en Annemieke verhuisden naar Rijswijk.

Hij heeft in zijn Erasmus MC-periode 54 promoties begeleid en er is veel gepubliceerd. Verder was hij bestuurlijk actief: hij werd voorzitter van het Stafconvent vlak voordat de Raad van Bestuur aftrad waarna een roerige periode ontstond. Later kwam de fase waarin de medische faculteit en het ziekenhuis werden gecombineerd tot een universitair medisch centrum. In die periode heeft hij zich ook beziggehouden met een nieuwe cao die samenhangt met de medische universitaire centra. Henri had zitting in de centrale stuurgroep nieuwbouw Erasmus Universitair Medisch Centrum, dat werd geïmplementeerd in 2018.

In die periode vervulde hij twee termijnen in het bestuur van de Orde van Medisch Specialisten als vertegenwoordiger van de medisch specialisten van de acht universitaire medische centra. Op een verzoek toe te treden tot de Raad van Bestuur, ging hij niet in.

Maasstad Ziekenhuis

In 2013 raakte Henri betrokken bij, wat later werd genoemd, de Maasstadaffaire. Henri: "Drie collega's artsen-microbioloog verbonden aan het Maasstad Ziekenhuis werden in mei 2013 door het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag berispt vanwege hun handelen ten tijde van de Klebsiella pneumoniae OXA-48-uitbraak tussen 2010 en 2011." Henri werd uitgenodigd het verweer te voeren in de tuchtzaak. "De relatie tussen de artsen-microbioloog en de deskundigen infectiepreventie was ernstig verstoord en er was gehandeld tegen de geldende BRMO-richtlijn in, tegen de wens van de aangeklaagde artsen-microbioloog."

Zij werden door de Inspectie aangeklaagd met voor ogen een schorsing uit het register, maar het Tuchtcollege besloot uiteindelijk tot een berisping, wegens het ontbreken van een formele relatie met de ziekenhuishygiënist.

Een belangrijk onderdeel van het 'systeemfalen' in het Maasstad Ziekenhuis was dat de artsen-microbioloog en de ziekenhuishygiënist niet goed samenwerkten;

dat is vragen om moeilijkheden." Over de casus schreef Henri zijn column 'Als het kalf verdronken is ...', waarin hij pleitte voor een formele band tussen hygiënist en artsen-microbioloog, conform de richtlijn Kriz-2.

Emeritaat

Henri ging met emeritaat in december 2014. In 2015 sloot hij zijn Erasmus-loopbaan af met de rede 'Never a dull moment; from one genome to the hologenome' [3]. Hij kijkt terug op een periode waarin zijn voorliefde voor het klinische deel van het vak het won van het laboratorium-technische. "Maar misschien heb ik me met het klinische deel eigenlijk wel té weinig beziggehouden in Rotterdam".

Met zijn opvolging heeft hij zich niet willen bemoeien. Dat een infectioloog, Annelies Verbon, hem opvolgde was in lijn met het idee dat de afdeling zich met beide specialismen, microbiologie en infectieziekten, bezighield.

Na zijn emeritaat bleef hij zich bezighouden met activiteiten in Indonesië. Eind jaren 90 was Henri betrokken bij het tot stand komen van het bilaterale Scientific Programme Indonesia The Netherlands (SPIN) van de KNAW. Peter Hans van den Broek en Henri Verbrugh ontwikkelden samen met Indonesische specialisten het deelprogramma Antimicrobial Resistance in Indonesia. Dit kreeg veel bijval ter plekke. Er zijn Nederlandse proefschriften uit voortgekomen en de samenwerking houdt tot nu toe aan. Juliette Severin is in een duo met Endang Sri Lestari op de prevalentie en genetische basis van dit onderwerp gepromoveerd.

Volgens Henri hebben deze activiteiten impact op het gezondheidsniveau in Indonesië. Er is begonnen met een project van resistentiemeting per ziekenhuis, waardoor een onderlinge competitie is ontketend, met als gevolg een opkomst van nationale resistentiebestrijdingsprogramma, inclusief antibioticumbeleid. Ook is een Antibiotic stewardship-programma, opgezet in Pekanbaru (op Sumatra), een lokaal succes. Er is alleen nog niet gemeten of dit invloed heeft op antibioticumgebruik. Maar: het gaat om een uitgestrekt groot land, dat bestaat uit ruim 16.000 eilanden, met 265 miljoen inwoners, met beperkte middelen. Er was bij aanvang van het SPIN-programma slechts één opleiding medische microbiologie voor het hele land (nu zes). Een

bijkomend probleem vormt de verwevenheid met de klinische pathologie, die de microbiologie bij zich wil houden. En dat verandert vanzelfsprekend niet snel in zo'n groot land met minder dan 200 artsen-microbioloog.

Henri Verbrugh heeft met de huidige problematiek in het vakgebied mede door corona minder voeling. Zo ontlokt het noemen van de opkomst van de commercie en marktwerking in de microbiologie in Nederland nu, bijna 10 jaar na zijn pensionering, niet veel commentaar.

Over de roerige periode van de pandemie, zegt hij: "De omvang van de diagnostiek is onderschat. We dachten het wel aan te kunnen vanuit de eigen laboratoria. Slechts een paar laboratoria is het gelukt om de vraag en de begeleiding vanuit volksgezondheid in te vullen."

En wat betreft de bemoeienis van de beroepsgroep met de coronamaatregelen zet hij vraagtekens bij het initiatief vanuit onze beroepsgroep om in 2020 tegen de lijn van het OMT in, te adviseren om de scholen te sluiten.

De discussie over samenwerking met de infectiologen vindt Henri niet goed afgerond. Nog steeds valt te denken aan een gezamenlijke opleiding met de verschillende aandachtsgebieden of uitstroombrofielen.

Henri werd in 2016 benoemd tot erelid van de NVMM. Ook behoorde hij gedurende 30 jaar tot de redactie, later hoofdredactie van het *Leerboek Medische Microbiologie*, dat is overgegaan in het *Leerboek Microbiologie en Infectieziekten*.

Naast zijn activiteiten in Indonesië is Henri actief op andere terreinen, onder andere in de politiek. Hij is voor D66 actief in de gemeenteraad van Rijswijk. Daarnaast houdt hij zich landelijk bezig met de D66-thema-afdeling 'Senioren en Samenleving'.

De medische microbiologie vandaag

Organisatiestructuren van specialismen en hun wetenschappelijke vereniging maken voortdurend veranderingen door. Daarvoor is visie en creativiteit een voorwaarde. Dat geldt in hoge mate voor een complex en uitgebreid wetenschapsgebied als de medische microbiologie, dat het ecosysteem van de voor infecties van de mens belangrijke micro-organismen omvat. In de afgelopen decennia zijn er diverse structuren binnen dit specialisme ontstaan als

uiting van de visie en creativiteit van vele microbiologen. En dan kun je de vraag stellen of het vak medische microbiologie er in Nederland anders zou hebben uitgezien zonder het tijdperk Verbrugh. Die vraag is moeilijk te beantwoorden. Zeker is wel dat op een aantal momenten in de wordingsgeschiedenis van het vak er bij hem als eerste ideeën ontstonden, en dat veel ervan uiteindelijk gestalte kregen.

Referenties

1. Verbrugh HA. Van de redactie: De eerste ledenvergadering. Ned Tijdschr Med Microbiol. 1993;1:3.
2. Peeters MF. Henri Verbrugh zette de NVMM op de kaart. Ned Tijdschr Med Microbiol. 1999;4:96.
3. Verbrugh HA. Afscheidsrede: Never a dull moment; From one genome to the holo-genome. Ned Tijdschr Med Microbiol. 2015;3:101.