



# de Volkskrant

## Veel ziekenhuiszorg heeft geen enkel nut

Michiel van der Geest  
Amsterdam

**Van de helft van alle handelingen die artsen uitvoeren in Nederlandse ziekenhuizen is niet bewezen dat de patiënt er baat bij heeft. Van 5 à 10 procent van de geleverde zorg is zelfs wetenschappelijk aangetoond dat deze niets toevoegt.**

Dat zegt Sjoerd Repping in een interview met de Volkskrant. Hij is door de artsen, verpleegkundigen, zorgverzekeraars, ziekenhuizen, patiënten en het ministerie van Volksgezondheid aangewezen om de 'onzinnige zorg' uit de ziekenhuizen te verbannen en het aandeel bewezen waardevolle zorg op te voeren.

Repping is niet de eerste die wijst op het substantiële aantal onbewezen en onnodige behandelingen in ziekenhuizen, die samen miljarden aan zorgkosten uitmaken. Wetenschappers, medisch specialisten en zorgverzekeraars roepen al jaren dat er veel 'lucht' zit in de zorg: nutteloze ingrepen en interventies die de zorgkosten laten stijgen zonder dat ze de patiënt beter maken. Maar Repping is wel de eerste die, in opdracht van alle partijen uit de medisch specialistische zorg, het mandaat heeft er iets aan te doen.

Het gaat om behandelingen als het opereren van etalagebenen waar looptherapie net zo effectief is, jaarlijkse oogcontroles bij patiënten met diabetes terwijl eens per drie jaar ook volstaat of het plaatsen van buisjes in kinderooren waarvan is vastgesteld dat afwachten vaak net zo effectief is.

### Schadelijk

Hoewel Reppings schatting deels leunt op buitenlands onderzoek, zou het gezondheidseconoom Xander Koolman (Vrij Universiteit) 'helemaal niets' verbazen als de genoemde getallen kloppen. 'En hier geldt: baat het niet, dan schaadt het wel. Om bewezen ineffektieve behandelingen mogelijk te maken, zijn er elders in de zorg, bijvoorbeeld in de ouderenzorg, pijnlijke bezuinigingen nodig. Ik heb vaak het gevoel dat die verantwoordelijkheid niet wordt gezien in de ziekenhuissector.'

Wetenschappelijk onderzoek - ook als daarvan de uitkomst is dat een veelgebruikte behandeling niet werkt - dringt



**Om bewezen ineffektieve behandelingen mogelijk te maken, zijn elders pijnlijke bezuinigingen nodig**

Xander Koolman  
gezondheids-econoom

moelzaam door tot de praktijk. 'Wetenschap en praktijk lijken soms gescheiden werelden. Dat moeten we veranderen', aldus Repping.

Deze week komen alle partijen uit de zorg bij elkaar op een congres om plannen te maken hoe onzinnige handelingen voorgoed uit de Nederlandse zorg moeten verdwijnen en welke nog niet-bewezen zorg grondig wetenschappelijk onderzoek verdient. Die samenwerking spraken de zorgorganisaties afgelopen lente af in het zogeheten hoofdlijnenakkoord.

### Onvoldoende onderbouwd

Artsen voeren onnodige handelingen uit omdat de laatste wetenschappelijke inzichten hen niet bereiken, omdat financiële prikkels daartoe aanzetten of omdat zij liever vertrouwen op hun eigen ervaringen uit de praktijk.

Bart Berden, voorzitter van de raad van bestuur van het Elisabeth-Twee Steden Ziekenhuis in Tilburg, erkent dat er nog 'heel veel zorg onvoldoende onderbouwd is', maar zegt ook dat de Nederlandse ziekenhuizen al jaren bezig zijn de onnodige zorg uit te bannen. 'Maar ook al beslaat die onnodige zorg maar 3 procent van het totaal, dan gaat het nog steeds om een aanzinnig bedrag.' Daar staat tegenover, zegt Berden, dat de 'menselijke maat' soms haaks staat op de zorg die uit de wetenschappelijke literatuur als wenselijk naar voren komt.

Volgens cardioloog Marcel Daniëls, voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten, is de wetenschap een 'ja/nee-vak', waaruit kan blijken dat op groepsniveau de ene behandeling beter is dan de andere. De artsenpraktijk is weerbarstiger dan dat, zegt Daniëls. 'De vertaling van het onderzoek, waarin ouderen of mensen met drie ziektes tegelijk vaak niet zijn meegenomen, naar de individuele patiënt in de spreekkamer die wel oud en chronisch ziek is, maakt het lastig. Dat je een behandeling beter niet kunt doen, is iets anders dan dat je deze nooit moet doen.'

Dat laat overigens onverlet, aldus de cardioloog, dat medisch specialisten altijd op zoek zijn naar meer bewijs voor hun medisch handelen en dat behandelingen waarvan is aangetoond dat niemand er beter van wordt, zo snel mogelijk moeten verdwijnen.



Sjoerd Repping:  
'Focus op echt goede zorg zal de kosten altijd naar beneden brengen'  
PAGINA 10-11



'Social comedian' Nienke Plas heeft méér te bieden dan schunnige grappen

V4-5

## Epke Zonderland staat weer

DERDE EUROPESE  
TITEL AAN DE REKSTOK  
SP2-3



## Tjoeries

In een metro vol mensen in alle huidskleuren van de regenboog zat een spierwit pubermeisje met een bedrukt gezicht naar haar rinkelende telefoon te staren. Ze aarzelde, zuchtte, nam toen toch op. Ik verwachtte een timide 'hoi mam' of zo, maar in plaats daarvan knalde er een felle, zwierige tirade uit haar mond, in een tong-

val die grondig gemarineerd was in de multiculturele samenleving. 'Jason! Hónderd keer heb ik het je uitgelegd. Denk je dan niet bij jezelf van, weet je, laat me verstand krijgen of zo?' De halve wagon viel stil en luisterde mee hoe ze de kennelijke uitvluchten aan de andere kant van de lijn beantwoordde met langgerekte tjoeries

- Surinaams voor zo'n misprijzend slis-geluid. 'Je blijft praten', besloot ze uiteindelijk, 'maar op geefe moment ga ik moe worden met je...'

Met rollende ogen drukte ze hem weg. Ze had zowaar weer kleur op de wangen. Jason was nog lang niet jarig.

Sander Donkers

# 150



Intieme gesprekken in de archiefkast. **Gijs Groenteman** in gesprek met gasten die hem fascineren

Beluister zijn podcast via [soundcloud.com/metgroentemanindekast](https://soundcloud.com/metgroentemanindekast)

JAARGANG 97  
48 pagina's  
NUMMER  
28888

€ 3,10

België €3,85  
Frankrijk €4,10  
Luxemburg €3,85



8 710371 002009

INTERVIEW SJOERD REPPING

# 'Focus op goede zorg zal de kosten altijd naar beneden brengen'

De theorie is simpel, zegt de man die is aangewezen om de 'onzinnige zorg' uit de ziekenhuizen te verbannen. Doe wat werkt, doe niet wat niet werkt en als je niet weet of het werkt, zoek het uit. Maar het wordt 'rete-ingewikkeld' om dat in alle ziekenhuizen praktijk te laten worden.

Door Michiel van der Geest Foto's Kiki Groot

# T

Toen Sjoerd Repping twintig jaar geleden als jonge onderzoeker begon in het AMC in Amsterdam, deelde hij een kamer met een roker. Onprettig, vond Repping, maar klagen deed hij niet: het was 'not done' om mensen op dat 'toegeëigende recht' aan te spreken. Hoe anders is dat vandaag, nu het zo ongeveer 'binnen de ring A10 verboden is nog een sigaret op te steken' en roken in een ziekenhuis al helemaal tot de onvoorstelbaarheden uit een verleden behoort.

Hij wil maar zeggen: wat op het ene moment vanzelfsprekend is, kan enkele jaren later hopeloos ouderwets en ongewenst blijken.

De zorg staat op het kantelpunt van zo'n denkomslag. Is de overtuiging van Repping. 'Over vijf jaar zullen we terugkijken op de afgelopen jaren en denken: hè, deden we dat vroeger echt zo?'

De huidige situatie: 'een massief blok' van een zorgsysteem, met concurrentie in plaats van samenwerking, met vaststaande protocollen, met verkeerde financiële prikkels die belonen voor het aantal behandelingen. En een systeem waarin artsen werken zoals ze dat van oudsher gewend zijn, gebaseerd op hun ervaringen en die van hen door wie ze ooit zijn opgeleid. Waar het naartoe moet: een 'in theorie supermakkelijke' denkwijze: 'Ik kan het een kind in 30 seconden uitleggen. Zorg waarvan je weet dat het werkt, moet je doen. Als je weet dat het niet werkt, moet je het niet doen. En als je het niet weet of het werkt, moet je dat uitzoeken.'

Repping, jarenlang hoogleraar voortplantingsgeneeskunde aan het AMC, is sinds februari namens alle partijen uit de medisch specialistische zorg 'kwartiermaker Zorgevaluatie en Gepast Gebruik' bij het Zorginstituut. Hij heeft net zijn kennismakingsronde langs de talloze instituties in de zorg erop zitten. Deze week komen al die artsen, verzekeraars, patiënten en bestuurders samen om plannen te maken voor de komende vijf jaar.

Zijn aanstelling komt voort uit het Hoofddoelakkoord van vorige zomer. Daarin spraken alle zorgpartijen af dat zin en onzin van de geleverde ziekenhuiszorg beter moet worden geëvalueerd en dat medisch specialisten ook echt moe-

ten stoppen met behandelingen als vast is komen te staan dat ze geen enkel doel dienen of dat een goedkoper alternatief even goed werkt. Dat is beter voor de patiënt en het moet voorkomen dat de kosten van de zorg in de ziekenhuizen (nu al zo'n 23 miljard euro per jaar) nog verder stijgen: vanaf 2022 mogen de ziekenhuizen in omzet niet meer groeien.

De theorie mag dan eenvoudig zijn, dat tot dagelijkse praktijk verheffen in de ziekenhuizen wordt 'rete-ingewikkeld'.

**Uw taak klinkt heel logisch, waarom is het zo gecompliceerd?**

'Vanwege de gescheiden werelden waaruit de zorg bestaat. Een artikel in de *New England Journal of Medicine* dat aantoonde dat de ene behandeling beter werkt dan de andere, leidt tot een blijde onderzoeker, maar verder gebeurt er weinig. De arts zou deze uitkomst meteen moeten terugvinden in de beroepsrichtlijn. De ziekenhuisbestuurder zou deze uitkomst moeten gebruiken om tegen zijn artsen te zeggen: met die andere behandeling gaan we dus ophouden. Een zorgverzekeraar moet het weten om de kosten te kunnen reduceren. En een patiënt zou blij moeten zijn omdat hij een bepaalde handeling niet krijgt. Die werelden moeten we bij elkaar brengen.'

Die samenwerkende werelden passen beter bij 'een superbelangrijke transitie' die nu plaatsvindt in de zorg, zegt Repping. Voorheen was de arts god die besliste en beschikte over zijn gelovige patiënten. Verleden tijd. 'Er zijn twee dingen gebeurd: de patiënt van tegenwoordig gelooft niet meer in god. En die god denkt: misschien is dat wat ik altijd voor waar heb aangenomen, minder waar dan ik dacht.'

De gezondheidszorg is vaak niet zwart-wit, niet 'ik ben ziek, ik word behandeld, ik word beter', zegt Repping. Veel meer is het: 'je leeft, er is iets met je, wat kunnen we allemaal doen, wat is belangrijk voor jou, en op welke bewezen informatie baseren we dat?' Die harde wetenschappelijke onderbouwing moet de ervaringsoplossingen van artsen gaan vervangen.

**Hoeveel zinloze zorg wordt er nu in ziekenhuizen geleverd?**

'Voor ongeveer de helft van alle behandelingen is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat die zin hebben. Dat betekent overigens niet dat die behandelingen niet nuttig zijn, maar van een groot deel weten we gewoon onvoldoende. Dan is de geneeskunde het meest complex, want je kunt ook niet tegen de patiënt zeggen: komt u maar over vijf jaar terug, dan weet ik meer. Je moet dan eerlijk zijn over wat je wel en niet weet en het voor toekomstige patiënten uitzoeken. Maar er is ook een deel waarvan we nu

# 4

ZORGHANDELINGEN  
DIE BEWEZEN  
ONNODIG ZIJN

## CONTROLE OP OOGAFWIJKING

Het standaard controleren op oogafwijkingen bij patiënten met diabetes type-2. Met een voorspelmodel blijken risicopatiënten er tussenuit geplukt te kunnen worden. Dat scheelt veel patiënten een vervelend testje, en bespaarde in West-Friesland alleen al 2,5 ton.

## RÖNTGENFOTO BIJ BUIKPIJN

Een röntgenfoto op de spoedeisende hulp bij acute, ernstige buikpijn. Uit onderzoek blijkt dit geen toegevoegde waarde te hebben boven echo of ct-scan. Dit staat al in de richtlijn, maar toch maakt de helft van de artsen nog een foto. Een schatting van de kostenbesparing is 7,5 tot 11,3 miljoen euro per jaar.

## ORZAAK VAN ECZEEM

Zoeken naar de oorzaak van eczeem. Constitutioneel eczeem is een ontsteking van de huid en kan ontzettend jeuken. Heel vervelend voor de patiënt, maar de oorzaak en het verloop van de jeuk zijn niet bekend. Wanneer een arts dat duidelijk maakt, aan patiënten kan dat overbodige diagnostiek voorkomen. Besparing onbekend.

## ANTIBIOTICA VIA INFUUS

Te lang doorgaan met antibiotica via het infuus. Een vroege overstap van infuus-antibiotica naar de orale vorm is wetenschappelijk gezien verantwoord. Dat is patiëntvriendelijker, handiger voor de verpleging en goedkoper. Bovendien kan een patiënt dan eerder naar huis. Totale besparing onbekend.

al weten dat het niks toevoegt. Dat is ingewikkeld om te meten, maar het ligt zo tussen de 5 en 10 procent van de ziekenhuiszorg. Dat moeten we zo snel mogelijk veranderen.'

Voorbeelden zijn er genoeg: buikfoto's op de spoedeisende hulp, te vroeg een gescheurde meniscus opereren, jaarlijkse oogcontroles bij patiënten met diabetes, het te snel plaatsen van buisjes in kinderooren, dure medicijnen als goedkope pillen volstaan.

**Er wordt al jaren gesproken om dit soort behandelingen uit te bannen. Blijkbaar zonder succes. Hoe gaat het u nu wel lukken?**

Lachend: 'Weet jij het antwoord?'

Alle verandering mag moeilijk zijn en op weerstand stuiten, zeker de zorg staat bekend als een notoire olletanker die zich moeilijk laat bijsturen. Er zijn eindeloos veel belangen, verdeeld over eindeloos veel partijen, die allemaal ook nog iets van elkaar vinden. Repping is dan ook niet 'irrationeel optimistisch dat het allemaal vanzelf gaat'. Maar wat helpt: 'Iedereen ziet dat de zorg moet veranderen. Er is geen enkele partij die zegt: het gaat wel goed zo. Sterker nog, er is de laatste jaren een beweging op gang gekomen van gedreven artsen en wetenschappers die laten zien dat met onderzoek de zorg echt kan verbeteren.'

Reppings strategie: zorgverleners moeten weten van de nieuwste inzichten, ze moeten willen veranderen en dagelijkse en systematische belemmeringen moeten uit de weg worden geruimd, zodat ze het ook kunnen.

Het begint ermee dat ook de huisarts in Sneek en de specialist in Terneuzen op de hoogte moeten zijn van de veranderde inzichten. Een arts kan onmogelijk 'op donderdagavond' alle vakliteratuur bijhouden, dus moet die nieuwe wetenschappelijke kennis snel een plek vinden in de artsenrichtlijn. Liefst binnen een jaar, in plaats van de 'ongelooflijke trage' vijf jaar die daar nu voor staat.

Op zijn ronde is Repping naar eigen zeggen gestuit op veel enthousiasme van artsen, verzekeraars en bestuurders die het anders willen. Vooral ook bij de nieuwe generatie medisch specialisten. 'Die zijn al opgeleid in de nieuwe manier van denken. Ze zien beter waar de zorg naartoe moet. Met hen zullen we een frontlinie moeten creëren van mensen die ervoor willen gaan. Want ik heb zeker niet de illusie dat elke arts denkt: jottem, dit gaan we doen.'

Die aarzeling merkte hij ook bij de zorgorganisaties. 'Op macroniveau is het makkelijk, dan is iedereen voor verandering. Maar als je de individuele partijen vraagt of ze zelf moeten veranderen, gaan de handjes omlaag.' Het betekent dat hij bij de uitvoering van zijn plannen 'honderd keer' op weerstand zal stuiten.

**Stoppen met een behandeling kan een arts of ziekenhuis direct in de portemonnee raken. Komt de weerstand niet ook daar vandaan?**

'Ja, die productieprijken bestaan gewoon. Een bekend voorbeeld is dat van de oorbuises. We weten dat je die pas moet plaatsen als een kind drie of vier keer een trommelvliesperforatie heeft gehad. De arts die dit had onderzocht, ging met de bevindingen enthousiast aan de slag. Maar vervolgens krijgt die arts een telefoontje van de raad van bestuur: 'Wat ben je aan het doen daar op die afdeling? We komen in de problemen, want je levert te weinig op.' Op hetzelfde moment werden de kno-artsen in de omgeving gefeliciteerd, zij kregen al die pa-

## Ten eerste



tiënten binnen, terwijl zij dingen aan het doen waren die helemaal geen zin hadden.'

Op 'heel veel' afdelingen in 'heel veel' ziekenhuizen gaat het nog altijd zo, zegt Repping. Dat het aantal behandelingen de omzet en dus de prikkel bepaalt. Terwijl de kwaliteit van zorg bepalend zou moeten zijn voor het geld dat een ziekenhuis binnenkrijgt. 'Als een arts of ziekenhuis tegen zo'n verkeerde prikkel aanloopt, kunnen wij een gesprek organiseren tussen de medisch specialist, het ziekenhuis, een wetenschappelijke vereniging, de zorgverzekeraar en de overheid. Samen zullen zij eruit moeten komen. Zo'n onafhankelijke instantie, die

door alle zorgpartijen samen in het leven is geroepen, is er nu nog niet.'

**Volgens zorgverzekeraar VGZ is in de huidige praktijk nog 25 procent van de geleverde zorg in ziekenhuizen onnodig.**

'Los van het feit dat dit misschien gewoon waar is, is het niet handig als een zorgverzekeraar dat alleen zegt. Als het klinkt als een koude opdracht om minder geld uit te geven, vindt geen ziekenhuis dat leuk. Als je thuiskomt en je zegt: 'schat, we gaan de huishoudpot vijf jaar bevriezen', dan stuit dat ook op weerstand, want ja, de pindaas is zo lekker. 'De truc is vrij contra-intuïtief: de

reflex is vaak om bijvoorbeeld op de dure geneesmiddelen te besparen, maar dat kan nou juist iets zijn waar patiënten baat bij hebben. Er zit veel lucht in het systeem, daar is iedereen het echt wel over eens. Juist die lucht moet je gebruiken om de kosten te reduceren. Stop met de tien dingen waar patiënten niets aan hebben. Dan heb je een goed verhaal en een sluitend huishoudboekje.'

Uiteindelijk, zegt Repping, zal die focus op wat nu echt kwalitatief goede zorg is de kosten altijd naar beneden brengen. Stoppen met wat niet zinnig is, levert sowieso geld op. Maar ook investeren in een duurdere, maar betere behandeling zal uiteindelijk leiden tot lagere



**In veel ziekenhuizen bepaalt nog steeds het aantal behandelingen de omzet en dus de prikkel**

kosten, omdat het aantal terugkom-behandelingen en het aantal bijwerkingen zal afnemen.

**Toch waarschuwde Ad Melkert, voorzitter van de Nederlandse vereniging voor ziekenhuizen, onlangs dat 'de jas te krap' dreigt te worden voor ziekenhuizen nu ze per 2022 op de nullijn zijn gezet.**

'Dat vond ik onverstandig en onterecht. De druk op het budget helpt om ziekenhuizen te laten stoppen met dingen waar patiënten niets aan hebben. Dat gaat om veel geld. Ik zie niet in waarom de ziekenhuizen er nu geld bij zouden moeten krijgen.'