



---

“Te lang hebben wij als artsen gedacht: we moeten de patiënt iets geven, óók als hij er niets mee opschiet en het zelfs bewezen ineffectief is. Te lang hebben wij als burger gedacht: we hebben recht op zorg, ook als we het eigenlijk niet nodig hebben”

## De stelling van Tijn Kool

# “Écht passende zorg vereist een verandering in cultuur en gedrag”

Als hoogleraar Passende Zorg onderzoekt Tijn Kool hoe zorgverleners het best geholpen kunnen worden bij het leveren van passende zorg en het verminderen van niet-passende zorg. Volgens hem zijn we de gezondheidszorg gaan beschouwen als onbegrensd toevluchtsoord, terwijl de effectiviteit ervan wordt overschat en zorgverleners lang niet altijd aan de verwachtingen kunnen voldoen. Een maatschappijbrede gedragsverandering is noodzakelijk om kritisch te kunnen bepalen welke zorg écht passend is, voor wie en wanneer.

**Tekst** Robert van der Broek

**Beeld** Rogier Chang

“Mijn ouders waren 66 jaar samen toen ze overleden, niet lang na elkaar. Vóór die tijd heb ik, samen met mijn broer en zussen, er alles aan gedaan om ze zoveel mogelijk uit het ziekenhuis te houden. Dat is gelukt. Toen mijn vader op zijn 96<sup>e</sup> een hartinfarct en longontsteking kreeg wilde hij dan ook niet alsnóg het ziekenhuis in. Het was mooi geweest, zei hij, laat mij maar thuisblijven en hier sterven. Ik vond dat een goede les en ik hoop dat mij die keuze ook gegeven zal zijn. Ik wil met dit voorbeeld twee dingen duidelijk maken. Ten eerste: zorg is niet altijd nodig en je hoeft er dus niet altijd gebruik van te maken. Ten tweede: als je mensen goed informeert over welke zorg helpt en welke waarschijnlijk niet, zullen ze sneller kiezen voor minder ingrijpende zorg. Patiënt en huisarts kunnen er samen voor zorgen dat het ziekenhuis uit beeld blijft, zoals wij dat in onze familie hebben gedaan, door de patiënt te coachen met alternatieve opties. Overigens zijn het niet alleen de financiële prikkels van maatschappen die niet-passende zorg in stand houden. Dit komt namelijk ook voor bij specialisten, artsen en verpleegkundigen die in loondienst werken. Het is een

veelomvattend probleem met veel factoren die een rol spelen. Het probleem is dat zorgverleners maar ook politici de verwachtingen zo ver hebben opgerekt, dat wij er als burger van uitgaan dat er voor elke ziekte, aandoening of kwaal altijd een remedie bestaat. Maar dat is maar ten dele het geval. Het Zorginstituut en de NZa hebben geholpen passende zorg bovenaan de agenda te krijgen, maar het is niet nieuw. Passende zorg is vanwege personeelsgebrek wel steeds urgenter. Toch houden we dure zorg, die vaak onnodig is en zelfs schadelijk kan zijn, in stand.”

### Toegevoegde waarde

“Voor burgers kan de transitie naar passende zorg best even slikken zijn. Ineens adviseert de huisarts jou om te stoppen met die maagzuurremmers, terwijl je daar zo aan gewend bent geraakt. Of zegt de orthopeed dat je beter kunt afzien van die kniekijkoperatie, want boven de vijftig jaar haalt dat niet veel uit. Passende zorg is een verandering van gedrag, maar ook van cultuur. Het zal niet makkelijk zijn en kost veel tijd. Het is immers veel makkelijker om door te gaan op de ingeslagen weg. Door antidepressiva voor te schrijven in plaats van ouderen thuis ‘activerende begeleiding’ te bieden. →



Tijn Kool (1964, Rome) studeerde geneeskunde en economie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Sinds 2011 is hij onderzoeker aan de afdeling IQ Health van het Radboudumc. Vorig jaar werd hij benoemd tot hoogleraar Passende Zorg. In 2016 presenteerde hij de *Beter-niet-doen-lijst* voor medisch specialisten. Later volgden lijsten voor verpleegkundigen en huisartsen. Hij heeft de afgelopen acht jaar het programma *Doen of laten?* geleid, waarin hij samenwerkte met zorgverleners die laten zien dat vermindering van niet-passende zorg noodzakelijk en haalbaar is.

**“Terughoudendheid is geen kwestie van je recht op zorg inleveren. Integendeel: kiezen voor afwachten of nietsdoen is heel vaak een gezonde keuze”**

En door foto's te laten maken terwijl je ook zónder beeldvorming een diagnose kunt stellen. Het is ook makkelijker om elke technologische innovatie die op de markt komt meteen te omarmen, ook al is de toegevoegde waarde ervan nog niet bewezen. Kijk naar al die ziekenhuizen die in de rij staan voor robotchirurgie. Te lang hebben wij als artsen gedacht: we moeten de patiënt iets geven, zeker als hij erom vraagt. En óók als hij er niets mee opschiet en het zelfs bewezen ineffectief is. Te lang hebben wij als burger gedacht: we hebben recht op zorg, ook als we het eigenlijk niet nodig hebben. Welke

zorg werkt nu écht? Wat heeft toegevoegde waarde? Het wordt tijd dat we de antwoorden vertalen naar passende zorg, sámen met de patiënt. Ja, voor samen beslissen is moed nodig, een andere houding dan het ingesleten paternalisme van 'de dokter weet raad'."

#### **De patiënt centraal**

“Passende zorg is een schuivend continuüm, het verandert mee met de levensfase. Als je een jonge sporter bent kan een arthroscopie helpen bij knieklachten, maar als je een wielrenner op leeftijd bent zoals ik, is dat niet meer per definitie zo. Kwetsbare ouderen die kanker hebben, zouden zich moeten afvragen of ze nog een ingrijpende operatie willen ondergaan waarvan je weet dat het risico op complicaties en overlijden groot is. Juist daarom is het belangrijk dat zorgverleners het gesprek aangaan. We zégggen wel dat 'de patiënt centraal' staat, maar doen we dat in de praktijk ook? Artsen zijn vaak toch geneigd het woord te voeren en een beslissing te nemen, omdat de volgende patiënt alweer voor de deur staat. Dat kan ook anders. Uit lokale initiatieven van passende zorg blijkt dat patiënten best openstaan voor alternatieven. Maar dan moet je als arts die keuze wél

## “Als je mensen goed informeert over welke zorg helpt en welke waarschijnlijk niet, kiezen ze sneller voor minder ingrijpende zorg”

bieden. En ja, je moet bij een slecht vooruitzicht ook over de dood durven beginnen. Veel mensen hebben het idee dat ze hoe dan ook behandeld moeten worden, maar dat komt door een informatieachterstand. Je hóeft immers niet gebruik te maken van zorg. Niet alles wat kán, moet. Dat is een heel andere attitude ten opzichte van zorg.”

### Landelijke transitie

“Voor passende zorg is het deïmplementeren van niet-passende zorg cruciaal. Er zijn veel behandelingen en medicijnen die niet bewezen effectief zijn. Het veranderen van die situatie zal veel tijd kosten, omdat zorgverleners hun gedrag moeten veranderen en burgers zich beter moeten laten informeren. Tijdens mijn opleiding tot arts was het nog heel normaal om bij een hernia bedrust voor te schrijven. Inmiddels weten we dat bedrust een slecht advies is en dat je juist moet blijven bewegen met pijnstilling, maar het heeft dertig jaar geduurd voordat de meeste artsen zo gingen behandelen. Ik denk dat het volledig deïmplementeren van passende zorg lang gaat duren. Het is een illusie om te denken dat dat zo gebeurd is. Doelgerichte deïmplementatie vraagt om een maatschappijbrede transitie. De medisch-specialistische zorg heeft het goede voorbeeld gegeven met het programma Zorg-evaluatie en Gepast Gebruik, waarin ik zitting heb als vertegenwoordiger van de academische centra. Daar wordt systematisch gekeken welke kennis ontbreekt en wat geïmplementeerd moet worden. Ik pleit voor een goed doordachte implementatie van passende zorg. Als we landelijk een slag willen maken, kunnen we beter met elkaar afstemmen wie waarmee bezig is en hoe we van elkaar kunnen leren.”

### Winst behalen

“Een mooi voorbeeld is een project in Drenthe. Daar heeft het Radboudumc samen met de huisartsenzorggroep Dolter Drenthe succesvol het niet-passende gebruik van inhalatiecorticosteroiden teruggebracht bij mensen met COPD. Heel veel COPD-patiënten gebruiken die inhalatiemiddelen terwijl dat niet nodig is en wel complicaties oplevert. En het overmatig gebruik van deze ‘puffers’ is ook nog eens slecht voor het milieu. We hebben een toolbox gemaakt voor de huisartsen, informatiemateriaal voor patiënten en een training voor

huisartsenpraktijken. We willen dit project nu opschalen naar de rest van het land, want er is nog veel winst te behalen.”

“Terughoudendheid is geen kwestie van je recht op zorg inleveren. Integendeel: afwachten of nietsdoen is heel vaak een gezonde keuze. Je wil toch niet zomaar in de medische molen terechtkomen? Opereren bij een achillespeesruptuur is meestal niet nodig, een brace kan volstaan. Kinderen met een acute oorontsteking moet je meestal geen antibiotica geven. En vergroot het werkelijk de kwaliteit van leven als je boven de negentig jaar nog een gebroken heup laat opereren? Een goede dokter durft dat te benoemen. Hij moet echt geïnteresseerd zijn in wat iemand als probleem ervaart en samen een oplossing willen zoeken.”

### Niet-medische invloeden

“Patiënten zouden zich op hun beurt beter kunnen laten informeren, bijvoorbeeld door eerst eens te kijken op thuisarts.nl in plaats van direct naar de huisarts te gaan. Zij kunnen samen met de huisarts ook veel meer aandacht schenken aan leefstijlpreventie. De overheid moet beginnen met campagnes tegen roken, drinken en overgewicht. We hebben de gezondheidszorg gepresenteerd als de oplossing voor alle problemen, maar een patiëntenprobleem is vaak niet medisch. Uit onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie blijkt dat medische zorg maar 11 procent van je gezondheid beïnvloedt. Maar liefst 89 procent van alle gezondheidsproblemen wordt dus veroorzaakt door gedrag, sociale omgeving, milieu en genetische aanleg. Het komt erop aan dat we de positie van patiënten versterken door hun betere informatie te geven, zodat zij een beargumenteerde keuze kunnen maken. Je zult zien, dat mensen dan veel terughoudender zijn bij het vragen om zorg.” |

