



Van alle markten thuis?

Oratie Huub van der Vaart



Universitair Medisch Centrum
Utrecht

Van alle markten thuis?

Inaugurele rede uitgesproken

bij de aanvaarding van de leerstoel

Urogynaecologie

aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit Utrecht

op donderdag 8 november 2012

door prof.dr. C.H. van der Vaart

Inhoudsopgave

Wat is urogynaecologie?	5
Weten, doen en goed doen	7
Op weg naar integrale zorg	11
Kwaliteit is betaalbare gezondheidswinst	15
Marktwerking zonder markt?	20
De specialist van de toekomst	23
Over de verspilling van geld en middelen	25
Urogynaecologie en regeneratieve geneeskunde	28
Slotwoord	30
Dankwoord	31

Mijnheer de Rector Magnificus, Leden van de Raad van bestuur, geachte collegae, beste familie en vrienden, waarde toehoorders.

Ik draag deze rede op aan mijn in 2003 te jong en vooral ook te plots overleden vader Bert van der Vaart.

Ik neem u de komende 45 minuten mee in het verhaal van mevrouw de Jong, Eva de Jong. Eva de Jong is het zat, meer dan zat. Zij is 42 jaar, moeder van 2 kinderen en is, zoals zij het zelf plastisch omschrijft, “zo lek als een zeef”. Zij verliest haar plas, is dus incontinent en dat zoiets ook al op haar leeftijd kon voorkomen had zij nooit gedacht. Lekker trampoline springen en sporten met de kinderen lukt niet meer. Ook de seks staat op een laag pitje omdat zij hierbij haar urine verliest. Gisteren werd zij tot overmaat van ramp zelfs gebeld door iemand van Tena Lady. Of zij maar even informatie wilde geven over haar incontinentie verband gebruik!? Wat een onbeschaamdheid en hoe komen zij aan haar nummer? De laatste tijd heeft zij, als zij terug fietst van haar werk, ook het gevoel op een balletje te zitten en daar maakt zij zich best zorgen over. Iets ernstig zal het wel niet zijn want daar is zij te jong voor, maar toch... en dan die ontlasting die zij nu ook begint te verliezen. Je schaamt je toch dood....

Wat is urogynaecologie?

Waarde toehoorders, Eva de Jong is een voorbeeld uit de dagelijkse praktijk. Zij heeft meerdere problemen van het functioneren van haar blaas, darm en bekkenbodemp. Dit is het terrein van het nog jonge subspecialisme binnen de gynaecologie en tevens mijn leerstoel; de urogynaecologie.

Mevrouw de Jong is niet alleen. Om maar direct de situatie te schetsen. Als de dames in het gehoor naar de dame naast hen kijkt, u mag dit nu doen, moeten zij zich beseffen dat zij zelf, dan wel de andere dame wel eens urine verliest. Hinderlijke urine incontinentie komt bij één op de vier vrouwen boven de 40 jaar voor, maar ook jongere vrouwen kunnen deze klacht al hebben. Meestal treedt het urineverlies op bij inspanning, de zogenaamde stress incontinentie, maar er zijn ook vrouwen bij wie de aandrang te moeten plassen zo plots en heftig is dat zij het toilet niet meer halen. Er zijn rond de 600.000 vrouwen in Nederland dagelijks dusdanig incontinent dat zij speciaal verband gebruiken. Alleen al aan incontinentieverband op recept besteden wij jaarlijks meer dan 160 miljoen Euro. Met de toenemende vergrijzing zal dit bedrag de komende jaren nog fors stijgen. Dat zijn de directe kosten, maar over de indirecte kosten, veroorzaakt door bijvoorbeeld werkverzuim, sociale isolatie en een slechtere levenskwaliteit zijn nauwelijks gegevens beschikbaar.

Het gezegde “een ongeluk komt nooit alleen” is ook binnen de urogynaecologie van toepassing. Vaak gaan problemen met het plassen gepaard met klachten van een verzakking van blaas, baarmoeder of

endeldarm en/of klachten bij de ontlasting. Een 80 jarige vrouw heeft 10% kans om tijdens haar leven minimaal 1 operatie voor een vaginale verzakking te hebben ondergaan en 4-6% van de vrouwelijke bevolking verliest dagelijks ongewenst ontlasting. Het verborgen leed is groot. De schatting is dat meer dan 60% van de vrouwen met hinderlijke urogynaecologische klachten geen hulp zoekt. Schaamte speelt hierbij zeker een rol, maar ook onbekendheid met de behandel mogelijkheden. Immers, het heeft pas zin een probleem te bespreken als je ook weet dat er een mogelijke oplossing is. Ik hoop dat met mijn leerstoel de aandacht voor dit verborgen leed toeneemt.

Weten, doen en goed doen

Eva de Jong besluit eerst maar eens op het internet te kijken wat er zoal bekend is over haar probleem. Zij leest dat zij een bekkenbodemp probleem heeft en dat er echt wat aan te doen is. Maar is dat zo? Hoe staat het met de medische kennis op het gebied van de urogynaecologie?

De ongemakkelijke waarheid is dat wij bij zeker de helft van de urogynaecologische klachten niet precies weten wat wij moeten doen. U schrikt daar misschien van, dacht dat de medisch specialist altijd alles weet, maar dat is niet de realiteit van de dagelijkse praktijk. Wij hebben wel kennis, passen die ook toe, maar weten niet of de gekozen behandeling wel de oplossing gaat bieden. Wij starten daarom met een behandeling waarvan wij verwachten (soms is dit zelfs niet meer dan hoop) dat het zal helpen. Gebeurt dit niet dan gaan wij verder met de volgende therapie in het rijtje. Dat rijtje kan verschillen per ziekenhuis en soms zelfs binnen een ziekenhuis per dokter. Het moge duidelijk zijn dat bij onzekerheid over de juiste diagnose of behandeling de neiging te verwijzen naar collega's en de behoefte aan extra onderzoeken toeneemt. Extra onderzoeken, waarvan wij helaas óók vaak niet weten wat wij precies met de uitslag moeten doen. Het resultaat is overmatig gebruik van middelen en daarmee geld, maar soms ook het starten van een behandeling waar de patiënt meer schade dan verlichting van ondervindt. De beste oplossing voor ons "niet weten" is gelegen in het uitvoeren van gedegen wetenschappelijk onderzoek, met als belangrijkste component het doen van een vergelijkende studie tussen verschillende behandelingen. Maar zulk onderzoek is complex en duur en kan zeker niet voor al onze vragen worden ingezet. Er is een tweede kans.

Die ligt in het uiterst zorgvuldig registreren van de specifieke kenmerken, de uitkomsten van de onderzoeken en behandelresultaten van alle patiënten. Deze registraties moet men binnen de organisatie periodiek evalueren, de daaruit verkregen kennis in de zorg gaan toepassen en het effect opnieuw gaan onderzoeken. Dit wordt ook wel een zelflerende organisatie genoemd. Een strikte voorwaarde voor het toepassen van dit zelflerend vermogen is een excellent elektronische patiëntendossier. Dit elektronisch dossier ondersteunt de specialist tijdens het spreekuur, geeft informatie terug over het handelen, helpt bij beslissingen en kan zelfs beslissingen, bijvoorbeeld over dosering van medicijnen, controleren. Naast een goed elektronisch dossier moeten de betrokken medici en paramedici met een open vizier in een zelflerende organisatie staan. Het kan immers zijn dat een behandeling die je gewend bent te doen, soms zelfs overgenomen hebt van je leermeester, niet echt zinvol blijkt te zijn.

Gelukkig weten wij steeds vaker wél wat effectieve diagnostische onderzoeken en behandelingen zijn. Jaarlijks verschijnen er rond de 30.000 wetenschappelijke publicaties. Door een goede selectie en het uitvoeren van zogenaamde meta-analysis, dat wil zeggen dat de uitslagen van diverse onderzoeken bij elkaar worden genomen en als één geheel worden beoordeeld, weten wij steeds sneller wat wij wél moeten doen en vooral ook wat wij moeten laten. Dat is mooi zult u zeggen, maar helaas duurt het gemiddeld 12 jaar voordat de nieuwe kennis algemeen gebruik is geworden. De weerstand van individuele artsen en andere zorgverleners, maar ook het beperkte vermogen van een ziekenhuisorganisatie om hierin te sturen, spelen hierbij een rol. En, wij dokters zijn best hardleers. Wij weten al meer dan 100 jaar dat het handen

wassen het overbrengen van ziektekiemen, en daarmee infecties, kan voorkomen. Het bewijs is keihard. Toch blijkt het anno 2012 noodzakelijk dat het Universitair Medisch Centrum Utrecht een project handhygiëne start om te voldoen aan de hedendaagse veiligheidseisen. Op het gebied van de urogynaecologie zijn er recent een 3-tal belangrijke nationale en internationale onderzoeken uitgevoerd. Door deze onderzoeken *weten* wij dus wat wij moeten *doen*. Ten eerste. Het verrichten van een, voor de vrouw belastend, blaasfunctieonderzoek blijkt in het geval van een inspanningsincontinentie niet nodig te zijn. Het resultaat voor de patiënt wordt er niet beter van. Ten tweede. Het in alle richtlijnen opgenomen advies om bij inspanningsincontinentie *altijd* te starten met bekkenbodemp fysiotherapie leidt maar bij 15% van de vrouwen met een matig tot ernstige urine incontinentie tot enige verbetering. Zij zijn veel beter af en vaker tevreden met een kleine chirurgische ingreep, die ook kostenbesparend blijkt te zijn. Een derde, en heel recent voorbeeld, is het gebruik van een MRI onderzoek bij de diagnostiek van een vaginale verzakking. Dit geeft geen betere uitkomst voor de patiënt, maar kost wel extra geld. Ik zie het als mijn taak als hoogleraar om dergelijke nieuwe inzichten sneller in de dagelijkse urogynaecologie praktijk op te nemen dan dat wij nu doen.

Maar helaas zijn wij er dan nog niet. Ook als wij weten wat wij moeten doen én het ook daadwerkelijk doen in onze dagelijkse praktijk, doen wij het vaak niet efficiënt genoeg. Efficiënte, en daarmee waardevolle zorg is zorg die maximale gezondheidswinst voor de patiënt weet te koppelen aan lage kosten. De hoeksteen van efficiënte zorg is het op wetenschappelijke bewijs gebaseerde protocol waar iedereen zich aan houdt en alleen beargumenteerd van mag afwijken. Met een helder

protocol kan er ook een duidelijke taakdelegatie worden doorgevoerd. De rol van de verpleegkundigen, verpleegkundig specialist of physician assistent zal de komende jaren binnen de protocollaire zorg steeds groter worden. Tevens is de infrastructuur, zijnde de voorzieningen waarbinnen wij ons werk moeten doen, bij zorg met een hoge mate van voorspelbaarheid maximaal efficiënt in te richten. De inzet van de juiste zorgprofessional voor de juiste taak, in combinatie met een efficiënte infrastructuur, kunnen de kosten voor dit soort standaard behandelingen fors beperken. Voorwaarde is wel dat de betrokkenen adequaat getraind worden zodat de kwaliteit van de zorg, door mij consequent gedefinieerd als gezondheidswinst voor de vrouw, gewaarborgd blijft. De medisch specialist kan in dit scenario meer tijd besteden aan de zorg voor complexere patiënten. Dat zijn dus de patiënten waarbij wij vaak nog niet weten wat wij moeten doen en kunnen bereiken, en waar de medisch specialist, met haar/zijn gespecialiseerde kennis, bij uitstek diegene is die met nieuwe ideeën moet komen. Terug naar Eva de Jong.

Op weg naar integrale zorg

Eva de Jong besluit hulp te zoeken want zo gaat het niet langer. Zij gaat naar haar huisarts toe. De huisarts hoort haar verhaal, onderzoekt haar, en constateert een lichte verzakking van de blaas. Gezien de combinatie van klachten besluit de huisarts mevrouw de Jong door te verwijzen naar het lokale ziekenhuis, want daar zit een “bekkenbodemteam”. Is het niet een beetje gek dat de huisarts niet zelf behandelt en wat is zo een “bekkenbodemteam” vraagt mevrouw de Jong zich af.

Uit het eerste deel van mijn betoog heeft u kunnen opmaken dat wij, urogynaecologen, ons bescheiden moeten opstellen. Wij moeten nog veel leren en dat gaat het best, zoals bij ieder beroep, door dagelijks praktijk te voeren en ervaring op te doen. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de huisarts, de spin in het web van onze gezondheidszorg, qua kennis de ontwikkelingen van *alle* specialismen niet bij kan houden. Dit wordt onderkend in het rapport medisch specialistische zorg 20/20 van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Daarin wordt gepleit voor integrale zorg tussen huisarts en specialist. Het is mijn missie de huisarts veel meer te ondersteuning in de dagelijkse praktijk, zelfs op locatie, dan dat wij nu doen. Daarnaast werk ik samen met de huisartsenopleiding Utrecht en Nijmegen aan een differentiatiestage voor huisartsen in opleiding. Het doel van deze twee trajecten, het naar de huisarts toe gaan en het trainen van jonge huisartsen in opleiding, is het voorkomen van onnodige verwijzingen en het stroomlijnen van de zorg waarmee dubbele diagnostiek en over- of juist onderbehandeling wordt voorkomen. De uitdaging ligt hier voor mij niet meer in het idee

maar in de uitvoering. Ondersteuning vanuit de zorgverzekeraars is hierbij cruciaal.

En dan het bekkenbodemteam waar Eva de Jong over heeft gelezen. Wat is dat eigenlijk? Het woord “bekkenbodemteam” is niet beschermd en er zijn geen criteria waaraan dat team moet voldoen. Het kan variëren van een organisatie die al haar activiteiten op de urogynaecologie heeft gericht, zoals Bergman Vrouwenzorg, tot zoals mijn zeer gewaardeerde collega prof Vierhout eens uitsprak “ een gynaecoloog en uroloog die 1 keer per maand een kopje thee drinken hebben ook een bekkenbodemteam”. Vooral het woord team is in deze interessant. Een team heeft een gemeenschappelijk doel en een gedeelde visie over de aanpak. De teamleden dienen elkaar aan te vullen vanuit hun eigen expertise en het team is daarmee multidisciplinair.

Multidisciplinair is de laatste 10 jaar het toverwoord geweest in menig discussie over de kwaliteit in de zorg. Multidisciplinaire zorg is een uitstekend principe waar het samenwerking betreft van twee of meer duidelijk gescheiden professies. Een goed voorbeeld is de behandeling van gynaecologische kanker. De samenwerking tussen een operatief geschoolde specialist (de gynaecologisch oncoloog), een specialist in chemotherapie (internist oncoloog), en een specialist in bestraling (radiotherapeut) is essentieel voor een optimaal resultaat. Geen van allen heeft op een van de andere vakgebieden voldoende kennis en opleiding gehad. Men vult elkaar aan en versterkt elkaar. Prima!

Bij de urogynaecologie ligt dit heel anders. Van oudsher behandelt de gynaecoloog, naast stoornissen in de functie van de vrouwelijke

geslachtsorganen, ook blaasproblemen zoals urineverlies. Niet in de laatste plaats omdat problemen van een verzakking en urineverlies, zoals bij mevrouw de Jong, vaak samen voorkomen. Op het gebied van problemen van de ontlasting heeft de gynaecoloog ervaring met het behandelen van obstipatie bij een verzakking van de endeldarm en het behandelen van schade aan de anale kringspier ten gevolge van de bevalling. Onvoldoende herstel van de anale kringspier kan leiden tot ontlasting verlies. Vanwege deze combinatie van klachten die wij zien in onze dagelijkse praktijk heeft de NVOG al meer dan 20 jaar een zeer actieve werkgroep bekkenbodem, thans onder voorzitterschap van mijn gewaardeerde collega Fred Milani, waarbinnen de urogynaecologische zorg zich sterk heeft ontwikkeld. In dat kader heeft de focus van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde en die van de Nederlandse Vereniging voor Urologie zich veel beperkter gericht op de bekkenbodemproblematiek en is de opleiding daarin minder breed gestructureerd. Mijn mening is dat zeker 90% van alle bekkenbodemproblemen door de urogynaecoloog zelf behandeld kunnen worden. Hij/zij is dus op dit gebied “van alle markten thuis”. Het multidisciplinaire team binnen een urogynaecologische organisatie is alleen nodig voor de echt complexe problematiek. Als echter een “bekkenbodemteam” betekent dat de individuele patiënt apart langs alle betrokken specialisten moet, wiens kennis en inbreng binnen het team zich beperkt tot hun eigen vakgebied, is de regie onduidelijk, de zorg niet efficiënt ingericht en daarmee veel te duur.

Het grootste gevaar schuilt er dus in dat het woord multidisciplinair als synoniem wordt gebruikt voor kwaliteit. In de urogynaecologie is een

dergelijke aanname absoluut niet bewezen! En ja, die kwaliteit, daar wil Eva de Jong ook wel meer over weten!

Kwaliteit is betaalbare gezondheidswinst

Eva de Jong besluit via het internet te kijken hoe het staat met de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis waar zij naar wordt verwezen. Er gaan de laatste tijd zulke gekke verhalen de ronde over regionale verschillen tussen ziekenhuizen. Gelukkig heeft zij geen galstenen want zij heeft gelezen dat zij in haar regio dan al lang, en mogelijk ten onrechte, was geopereerd....

Geachte toehoorders, ik ga u teleurstellen. Mevrouw de Jong gaat niet ver komen in haar zoektocht. Het is alsof zij naar de markt gaat om een doosje aardbeien te halen, maar van de verkopers alleen de bovenste laag mag bekijken. Hoe de kwaliteit beneden het oppervlakte is mag zij niet zien en u weet dat kan met aardbeien, maar ook met de zorg, wel eens tegenvallen. Maar wat verwacht mevrouw de Jong van het woord kwaliteit? De kwaliteit die zij verwacht is dat zij weer normaal kan leven zonder gehinderd te worden door de incontinentie. Daar gaat het haar om: gezondheidswinst en verbetering van haar kwaliteit van leven! Maar als zij leest over kwaliteit van ziekenhuizen gaat het over iets heel anders. Zij kan lezen dat men zich in het ziekenhuis houdt aan de opgestelde criteria over veiligheid en dat men zich conformeert aan de richtlijnen die er zijn. Dat is mooi en natuurlijk van belang, veiligheid is een groot goed, maar zij wil zo graag weten of zij ook van haar incontinentie klachten af kan komen!

De kwaliteit vanuit het oogpunt van de patient, de gezondheidswinst, is ook steeds betrouwbaarder te meten. Ik ben in 2001 gepromoveerd op het proefschrift “ quality of life in women with pelvic floor dysfunction”. In dit proefschrift beschrijf ik de ontwikkeling van een vragenlijst die gericht is op het meten van het effect van de behandeling vanuit het perspectief van de patiënt zelf. Zowel het verdwijnen of verminderen van klachten als het verbeteren van de levenskwaliteit wordt met deze vragenlijst meetbaar gemaakt. De lijst is snel na 2001 geworden tot de standaard vragenlijst van de werkgroep bekkenbodemp en wordt gebruikt bij wetenschappelijk onderzoek, maar ook in de dagelijkse zorg. Bij Bergman Vrouwenzorg kunnen wij u bijvoorbeeld al 10 jaar de behaalde gezondheidswinst door onze operatieve behandelingen van urine incontinentie en vaginale verzakkingen in maat en getal laten zien. Maar wat doen wij in Nederland met deze kennis? De laatste jaren hebben wij tientallen miljoenen euro’s gespendeerd aan het “zichtbare zorg” traject, inmiddels failliet verklaard. Na uitgebreide vergaderingen met medisch specialisten, fysiotherapeuten, de consumentenbond, zorgverzekeraars en kennisinstituten werden er 4 indicatoren voor de behandeling van urine incontinentie opgesteld. Ieder ziekenhuis in Nederland moest deze indicatoren aanleveren. De vragenlijst van onze werkgroep, ingevuld voor én na de behandeling, was 1 van de 4 indicatoren. Een uitgelezen kans om eventuele verschillen in kwaliteit, in de zin van gezondheidswinst voor de vrouw, tussen ziekenhuizen te meten! Echter de opdracht aan de zichtbare zorg commissie was om na te gaan *of* de vragenlijst werd gebruikt en niet *wat* de uitkomst gemeten met de vragenlijst was. Met deze focus alleen op het proces, en natuurlijk gaf ieder ziekenhuis aan de vragenlijst te gebruiken, en niet op de

uitkomst liet deze indicator geen enkele differentiatie tussen zorgaanbieders zien en was daarmee niet van waarde. Een gemiste kans.

Want, dat er wel degelijk verschillen zijn in kwaliteit tussen ziekenhuizen weten wij al sinds het klassieke artikel van Wennberg uit 1982. Hierin toonde hij aan dat er in de Verenigde Staten grote regionale verschillen zijn in het uitvoeren van bepaalde chirurgische ingrepen, bijvoorbeeld het verwijderen van de baarmoeder. Deze verschillen waren niet te verklaren door een verschil in populatie, zoals bijvoorbeeld verschillen in leeftijd, ras of opleiding. Nu, 30 jaar later, worden wij in Nederland opgeschrikt door een publicatie over de grote regionale verschillen in de indicatie tot een galblaasoperatie, en misschien geldt dit ook wel voor de behandeling van stress urine incontinentie. Voor zorg waarvan wij nog niet weten wat wij moeten doen is zo een variatie te begrijpen. Maar bij zorg waarvan wij weten wat de standaard moet zijn past een dergelijke variatie niet. Maar waarom gebeurt dit dan toch? Ligt dat aan de medisch specialist die er 12 jaar over doet om overtuigd te raken? Is het de zorgverzekeraar die worstelt met het meten van kwaliteit? Zijn het belangen binnen de beroepsvereniging van de medisch specialist? Of zijn het de ziekenhuizen zelf?

Het klassieke ziekenhuismodel is gebaseerd op het creëren van een optimale werkomgeving voor de specialisten. De gedachte was dat als alle faciliteiten maar op orde zijn dat garant zou staan voor goede kwaliteit. Ik heb u uitgelegd dat kwaliteit de gezondheidswinst voor de patiënt is en dat dit meer van een organisatie vraagt dan een mooi gebouw met nieuwe apparatuur. De ziekenhuisorganisatie zou medische specialisten moeten ondersteunen in het uitvoeren van efficiënte zorg met

aantoonbare kwaliteit als uitkomst, maar hen daar dan ook op moeten beoordelen. Dat vergt veel van de huidige organisatie waarin medisch specialisten vaak niet naast, maar tegenover het ziekenhuismanagement staan. De Orde van Medisch Specialisten erkend dit en stelt ook in haar visiedocument dat de medisch specialist zich meer verantwoordelijk moet gaan voelen voor de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Initiatieven, zoals ik recent zelf vanuit de Bergman Kliniek heb mogen ervaren, om medisch specialisten en managers gemeenschappelijk te scholen en verantwoordelijk te maken voor de kwaliteit en kosten van de zorg, zijn het nastreven waardig.

Kwaliteit is ook het onderwerp van het rapport medisch specialistische zorg 20/20. Kort samengevat geeft ook dit rapport aan dat kwaliteit moet worden geformuleerd in functionele termen, dus uitkomst voor de patiënt. Borging van deze kwaliteit ligt bij de hoogleraren, die dat niet alleen moeten doen binnen hun academie, maar ook daarbuiten. Zij moeten actief leiding geven aan de normstelling en het naleven daarvan. Noodzakelijke voorwaarde daarbij is dat de beroepsverenigingen een strikte scheiding aanbrengen tussen de belangenbehartiging van de leden en de behartiging van het algemeen belang. Ik onderschrijf deze visie en zal mij de komende jaren hiervoor inzetten, en, misschien nog wel belangrijker, toetsbaar opstellen.

Het onderwerp kwaliteit van de urogynaecologische zorg wil ik afsluiten met de woorden van Richard Bohmer, van wie ik recent het genoegen mocht hebben onderwijs te volgen aan de Harvard Businesschool te Boston. Hij schreef "The only realistic hope for substantially improving care delivery is for the old guard to launch a revolution from within. Existing players must redesign themselves". U hoort het goed,

Richard Bohmer spreekt over een revolutie, Jaap Maljers noemt het creatieve destructie, maar de essentie is hetzelfde. De gezondheidswinst van de patiënt is onze gemeenschappelijke en allesomvattende opdracht. Om dit ook betaalbaar te houden moeten wij bereid zijn onze organisatie en individuele belangen daarop rigoureus aan te passen, niet andersom. Terug naar Eva de Jong.

Marktwerking zonder markt?

Eva de Jong kan over de kwaliteit van de behandeling en aantal complicaties van het betreffende ziekenhuis niets vinden en besluit haar zorgverzekeraar te bellen. Immers die koopt voor haar de zorg in en moet toch weten hoe de markt in elkaar zit. Marktwerking in de zorg, hoe zit dat eigenlijk?

Geachte toehoorders, voor u staat een hoogleraar wiens opdracht het is de patiëntenzorg, de opleiding, het onderwijs en de wetenschap binnen de urogynaecologie te dienen. Hij is geen econoom, geen “die-hard” bestuurder, gewoon een normale man alhoewel zijn kinderen daar regelmatig anders over denken. Maar dat proces heet evolutie. Toch heb ik mijn voordracht de titel “van alle markten thuis” meegegeven, maar niet voor niets met een vraagteken. Ik pretendeer op het gebied van de marktwerking geen diepgaande kennis, maar volgens mij begint alles met de vraag of er überhaupt een markt is. Immers alleen met het bestaan van een markt kan men voor of tegen marktwerking zijn. Ik ga wel eens naar de markt en zoek daar kwaliteit voor een goede prijs. Het liefst natuurlijk topkwaliteit voor een zo laag mogelijke prijs. U weet wel, die doos volledig gave zomerkoninkjes, die je van de verkoper helemaal mag bekijken, en die de helft van de prijs is vergeleken met de concurrent ernaast. Zijn kwaliteit is altijd goed en als er een rotte aardbei tussenzit verontschuldigd hij zich en zegt dat hij nog beter de kwaliteit gaat bewaken. Daarbij telt ook nog, u mag bij de concurrent helemaal niet onder de bovenste laag kijken. Niet omdat hij dat principieel niet wil, maar omdat hij zelf ook niet weet hoe het eruit ziet. U koopt dus bij de beste leverancier. Marktwerking heet dat geloof ik.

Het optimaal afstemmen tussen vraag en aanbod op basis van kwaliteit en prijs.

Hoe gaat dat in de zorg? Daar wordt het aanbod niet gestuurd op kwaliteit maar op volume. Op de markt zou dat betekenen dat de verkoper van de onbekende kwaliteit en dure aardbeien deze toch mag leveren omdat nu eenmaal is afgesproken dat iedere verkoper 1000 doosjes per jaar mag verkopen. Hoezo marktwerking? De totale uitgave aan zorg mag niet groeien dus worden er afspraken gemaakt per ziekenhuis of zelfstandige kliniek over het aantal patiënten dat men maximaal mag behandelen. Alhoewel u het wel zou verwachten, u bent immers klant van de zorgverzekeraar, wordt er op urogynaecologisch gebied helemaal niet ingekocht op kwaliteit van de geleverde zorg. De situatie kan zich dus voordoen dat uw kliniek naar keuze, waar de kwaliteit voor u en uw huisarts wel zichtbaar is, voor het einde van het jaar haar afgesproken aantal patiënten heeft behandeld. U kan daar dan, in tegenstelling tot de vrijheid in keuze die u heeft op de aardbeienmarkt, niet meer behandeld worden. U moet dan uitwijken naar een andere kliniek, met voor u onduidelijke, overigens natuurlijk niet per definitie slechtere, kwaliteit waar nog wel ruimte is. Het verhaal wordt nog meer bizar als u zich bedenkt dat uw kliniek van voorkeur, die met zichtbare kwaliteit, ook nog eens 30% goedkoper is dan de andere kliniek. Voor de zorgverzekeraar betekent dit dat zij 30% meer patiënten kunnen laten behandelen voor dezelfde kosten, mits zij keuzes durven maken. Het alleen op basis van volume beheersen van de kosten staat ver van ons gemeenschappelijk doel: een optimale gezondheidswinst voor de individuele patiënt per bestede euro. De revolutie is dus nog niet

begonnen maar ik daag alle spelers uit deze met mij te starten. Maar terug naar Eva de Jong, zij heeft een afspraak in het ziekenhuis.

De specialist van de toekomst

Mevrouw de Jong treft een arts aan die weinig tijd heeft en alleen maar oog lijkt te hebben voor het technische deel van haar verhaal. Wat is dat toch raar met die dokters. Kan dat niet anders?

Jarenlang is het rolmodel van de medisch specialist de 24-uur per dag met zijn werk bezig zijnde, overvolle spreekuren draaiende, technisch hoogbekwame dokter geweest. Hard werken, beloning naar inspanning, en vooral onafhankelijk van zo veel mogelijk partijen, vooral de veelal vervloekte “overhead”. Maar tijden veranderen. Ten eerste komt de patiënt steeds beter voorbereid naar het spreekuur en wil antwoord op haar vragen. Vragen die niet alleen van medisch technische aard zijn, maar ook betrekking hebben op de gevolgen van ziekte en behandeling op haar relationele en sociale leven en die van haar directe omgeving. Ten tweede worden steeds meer taken van de medisch specialist overgenomen door andere zorgprofessionals en werkt men in dit kader steeds intensiever samen in plaats van solo. Ten derde kan een specialist er niet meer onderuit dat zij/hij deel uit maakt van de maatschappij in de brede zin des woords. Ivoren torens bestaan er niet meer en het betaalbaar houden van de zorg is ook de opdracht voor de medisch specialist. Zoals eerder gesteld is samenwerken met de managers in het ziekenhuis hierbij een “must do”.

Het goede nieuws voor mevrouw de Jong is dat het inderdaad anders kan en dat dit ook al gebeurd. Onze aanstaande collegae worden opgeleid volgens het zogenaamde CanMed model. In hun opleiding staan de volgende competenties centraal. Medisch handelen, communicatie,

samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Op het gebied van de gezondheidszorg worden de jonge dokters dus veel breder geschoold dan hun zittende collega's en zijn zij aan het einde van hun opleiding "van alle markten thuis". Mijn opdracht is, net als die van iedere hoogleraar, hen volgens deze CanMed structuur op te leiden. De eerste uitdaging is daarin te bewaken dat de kwaliteit van het medisch handelen op hoog niveau blijft. Een jonge gynaecoloog die goed kan luisteren en samenwerken, maar geen idee heeft wat zij/hij met het medisch probleem moet doen, is ook niet het gewenste eindresultaat van een opleiding. De tweede uitdaging voor de komende jaren is de capaciteiten van de individuele specialist ook gedifferentieerd te gaan belonen. Net als in het bedrijfsleven dienen beloningen te worden afgestemd op het behalen van doelstellingen. Deze kunnen in kwaliteit van het medisch handelen worden uitgedrukt, maar ook in ander CanMed rollen die de medisch specialist moet beheersen. In academische ziekenhuizen, waar medisch specialisten in loondienst zijn, vindt een dergelijke gestructureerde beoordeling inmiddels al plaats. Het resultaat daarvan is dat specialisten steeds meer worden ingezet voor taken waar zij bewezen talentvol in zijn. In de praktijk van vrij gevestigde specialisten is een dergelijke wijze van beoordeling, en daarmee sturing richting het maximaal benutten van de individuele capaciteiten, nog nauwelijks ontwikkeld. Het dreigende gevaar is dat een patiënt niet altijd door de meest getalenteerde specialist voor haar specifieke probleem wordt behandeld.

Over de mateloze verspilling van geld en middelen

Mevrouw de Jong blijkt een stress urine incontinentie te hebben waarvoor zij een operatie moet ondergaan. Haar is inmiddels duidelijk geworden dat dit in zeker 80 ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (de ZBC's) in Nederland kan. In al die klinieken zijn specialisten die de techniek toepassen en ook alle ziekenhuizen hebben geïnvesteerd in de benodigde apparatuur en instrumenten. Mevrouw de Jong is gerustgesteld. Maar moeten haar zorgverzekeraar en de overheid dat ook zijn?

Jaarlijks vinden er in Nederland zo ongeveer 5000 anti-incontinentie operaties plaats, alhoewel dit aantal niet zeker is. Bij deze operaties wordt een kunststof bandje onder de plasbuis geplaatst. Deze behandeling is met een hoge mate van patiënttevredenheid in dagbehandeling uit te voeren, maar op vele plaatsen worden vrouwen nog 1 nacht opgenomen na de ingreep. De ingreep zelf duurt kort en per dagdeel zijn er in ervaren handen 5-6 ingrepen uit te voeren. Conservatief gesteld zijn dat er 10 per dag. Stel dat een kliniek zich echt toelegt op deze ingreep en er 3 dagen per week voor reserveert. Dan lukt het om 30 ingrepen per week uit te voeren. Bij een openstelling van deze kliniek voor 50 weken per jaar kunnen er in een dergelijke kliniek 1500 ingrepen per jaar worden uitgevoerd en is er voor 150 dagen een medisch specialist als operateur nodig. Vertaald naar de Nederlandse situatie zouden er 4 tot 5 van dergelijke klinieken nodig zijn, verdeeld over het land. Met het grootschalige volume neemt de ervaring en daarmee kwaliteit toe, de efficiency neemt toe door verbetering van de logistiek rondom de

ingreep en daarmee kunnen ook de kosten omlaag. Tel daarbij op dat het ook niet nodig is om de benodigde apparatuur en instrumentarium op 80 locaties op pijl te houden en het is haast onbegrijpelijk dat wij in deze slechte economische tijden dit dure systeem laten bestaan. De oplossing ligt in het onderbrengen van deze zorg in focusklinieken. Deze focusklinieken maken in hun strategie bewust de keuze wat men wel doet, richten hun bedrijf daarop in, maar maken vooral ook de keuze wat men niet wil doen. Een dergelijk proces van ja en nee keuzes zien wij in steeds meer ziekenhuizen optreden. Een probleem daarbij is dat deze keuzes vaak nog onvoldoende regionaal worden afgestemd. Om in de analogie van de markt te blijven zou een marktmeester toezicht moeten houden op het aantal aanbieders van een bepaald product op de markt. Tien groentekramen op de markt met alleen aardbeien gaat ook geen tevreden bezoekers opleveren. De toezichthouder kan de overheid zijn, maar misschien zelf wel de zorgverzekeraar. Ook het UMC Utrecht maakt keuzes en terecht. Dat doet men nu in de vorm van de strategie 3.0, maar deed men ook in 2002 bij het “durven kiezen” project. Destijds heeft dit geleid tot de oprichting van Alant Vrouw en daarmee was het UMC Utrecht haar tijd ver vooruit. Ook op het gebied van de urogynaecologie is het slechts een kwestie van tijd dat ziekenhuizen keuzes moeten maken. Mijn leerstoel bevat ook de opdracht de schakel te zijn tussen het zelfstandig behandel centrum Bergman Vrouwenzorg en het UMC Utrecht maar ik wil meer. Ik wil met onze regionale partners streven naar vergaande centralisatie van de urogynaecologische zorg. Pogingen daartoe zijn, van beide kanten, tot nu toe blijven steken in goede bedoelingen. Maar volharden in deze struisvogelpolitiek leidt niet tot voor de patiënt betere en betaalbare zorg. Zoals eerder gezegd, de revolutie moet van binnen uit komen. Ik

daag mijn collega's, een aantal hiervan in de zaal, daartoe uit! Vanaf morgen heb ik daarvoor al tijd!

Urogynaecologie en regeneratieve geneeskunde

Mevrouw de Jong is goed geholpen, maar hoe zal het in de toekomst gaan met haar dochters? En wat al zij zelf meer problemen met de verzakking gaat krijgen. Haar moeder heeft al 3 operaties vanwege zo een verzakking achter de rug en het probleem is nog niet over

Geen hoogleraar zonder onderzoek. Zonder enige bedenking durf ik dit te stellen. Maar zoals eerder gememoreerd zijn de beschikbare financiële middelen beperkt en moeten ook academische ziekenhuizen keuzes maken waar men in wil investeren. Mevrouw de Jong maakt zich zorgen over twee dingen. Ten eerste de toekomst van haar dochter en ten tweede haar eigen toekomst. Wat betreft het eerste bevindt haar dochter zich in de gelukkige omstandigheid dat zij nog geen kinderen heeft gebaard. Het is immers een vaststaand feit dat een vaginale bevalling schade geeft aan de bekkenbodem en daarmee de belangrijkste risicofactor is voor het optreden van urine incontinentie en een vaginale verzakking. Een tweede risicofactor is de leeftijd. Om de bekkenbodem dus optimaal te houden moeten vrouwen geen kinderen krijgen en niet oud worden. Maar ja, mevrouw de Jong wil uiteindelijk nog wel oma worden en haar dochter ongetwijfeld moeder. De bevalling kunnen wij niet vermijden dus dient onze aandacht zich te richten op het beperken en misschien wel voorkomen van blijvende schade aan de bekkenbodem. Het is deze vraagstelling die de basis vormt van mijn onderzoek binnen de zogenaamde regeneratieve geneeskunde. Binnen dit onderzoek willen wij de vraag gaan beantwoorden of het gebruik

van stamceltherapie na de eerste bevalling in staat is blijvende schade aan de bekkenbodem te voorkomen of te beperken. Het UMC Utrecht en het Hubrecht instituut hebben in deze regeneratieve geneeskunde een wereldwijde faam en daar kan ik gebruik van maken. Dit soort onderzoek doet men heden ten dage niet alleen en daarom is het mijn taak om een nationale en internationale samenwerkingsverband met andere instituten op te zetten. Met de uitzending van Kristine Jansen, een van mijn onderzoekers, naar de Cleveland Clinics en de interne samenwerking binnen de Universiteit Utrecht en extern met het VU medisch centrum in Amsterdam zijn de eerste stappen gezet.

Zoals gezegd zijn er nog veel meer vragen dat antwoorden voor een aanzienlijk deel van de urogynaecologische zorg. Naast het eerder genoemde basaal wetenschappelijk onderzoek blijft er voorlopig een grote behoefte aan patiëntgebonden onderzoek. Immers mevrouw de Jong wil wel, indien nodig, een optimale behandeling voor haar vaginale verzakking. Ook dat onderzoek kunnen wij niet alleen doen. Daar is samenwerking voor nodig en dat doen wij in het daartoe in het leven geroepen landelijk “consortium urogynaecologie”. Dit consortium kent inmiddels een “harde kern” in de goede zins des woords. Deze kerngroep van specialisten, die binnen hun eigen organisatie ruimte en middelen weten te creëren en inzetten, zelfs als externe financiering beperkt is, zijn voor mij de ware revolutionairs waar zoveel behoefte aan is.

Slotwoord

Ik kom tot de afronding van mijn inaugurele rede. Ik heb u mijn visie op de urogynaecologische zorg geschetst en vat die kort samen. De hedendaagse urogynaecoloog moet op een aantal gebieden van alle markten thuis moet zijn. Dat reikt veel verder dan strikt alleen de medische zorg. Talent op het gebied van organisatie en samenwerking moet worden gestimuleerd en beloond. De tijd van algemene ziekenhuizen voor alle algemene problemen is voorbij. De urogynaecologische zorg moet worden ondergebracht in speciaal daartoe ingerichte klinieken waar sterk geprotocolleerde zorgpaden worden uitgevoerd door daartoe bekwame medewerkers, die in veel gevallen geen medisch specialist hoeven te zijn. Dat geeft een goede uitkomst voor de patiënt tegen beduidend lagere kosten. In dezelfde urogynaecologische kliniek wordt ook zorg aangeboden voor ziektebeelden waar wij nog niet precies van weten wat de beste behandeling is. Door dit zodanig te organiseren dat wetenschappelijk onderzoek onderdeel uitmaakt van de dagelijkse praktijk en de organisatie daarmee zelflerend wordt, maakt men maximaal gebruik van de specifieke expertise van de medisch specialist. Ik hoop met mijn teams binnen de Bergman Vrouwenzorg en de afdeling voortplantingsgeneeskunde en gynaecologie van het UMC Utrecht hier verder aan te kunnen bouwen. Ik steun daarbij op voor mij twee belangrijke kernwaarden “be value driven and be different”. Kies voor echte waarde in de zorg en wees onderscheidend.

Dankwoord

Het college van Bestuur van de Universiteit van Utrecht en de Raad van Bestuur van het UMC Utrecht dank ik voor het in mij en mijn vakgebied gestelde vertrouwen.

Mijn carrière voorafgaande aan mijn aanstelling in het UMC Utrecht in 1996 is enerverend geweest en het is haast ondoenlijk een ieder die daarin een rol heeft gespeeld persoonlijk te bedanken.

Mijn eerste baan was poortarts in het Bonifatius Ziekenhuis te Leeuwarden. Ik kijk op die periode terug als zijnde de meest leerzame uit mijn medische carrière. Mijn dank gaat uit naar de internisten Piet Spoelstra, Hans Samsom en Jaap Houwerzijl die mij hebben leren denken. Mijn dank gaat ook uit naar de chirurgen Dick Kramer, Frans Stolte en Piet Klinkert die mij vooral hebben leren doen. En natuurlijk dank ik de gynaecologen Henk Wijmenga, Gerrit Batterink, Johan Lubbers en Hans Hirdes die mij het denken en doen leerden combineren.

Mijn opleiding gynaecologie volgde ik in de Cluster Groningen en ik dank mijn opleiders Dr Fred Engel, Prof Jan Aalders en Dr Willem Brouwer voor hun stimulerende begeleiding.

Ik dank Prof Peter Heintz. Hij heeft mij in Utrecht aangenomen met de opdracht het wetenschappelijk onderzoek urogynaecologie te ontwikkelen en gaf mij daarin alle vertrouwen en vrijheid. Peter: dank!

Mijn collega's in het UMC Utrecht dank ik voor al de jaren van plezierige samenwerking. Mijn speciale dank gaat uit naar Prof Bart Fauser wiens vertrouwen in mij zich vertaalde in een actieve ondersteuning tijdens het proces van deze benoeming. Bart, wij hebben allebei onze eigen stijl, maar vooral een gemeenschappelijk doel: De gezondheidszorg voor vrouwen in Nederland reorganiseren en vooral vrouwspecifiek maken. Je bent daarin het toonbeeld van vastberadenheid. Een tweede collega die ik speciaal wil bedanken is Karlijn Schweitzer. Zonder enige twijfel mijn grote steun en toeverlaat in de laatste roerige jaren. Als zij niet de enorme hoeveelheid werk die het succes van Bergman Vrouwenzorg met zich meebrengt in goede banen had geleid had ik hier niet gestaan. Daar ben ik van overtuigd en mijn dank is dan ook groot. Baukje van Dinther wil ik bedanken voor de stimulerende samenwerking waarbinnen het motto "juiste persoon voor de juiste taak" van deze oratie haar grondslag heeft gevonden.

Ik dank ook mijn hele team bij Bergman Vrouwenzorg want zij staan aan de wieg van de door mij geschetste urogynaecologische kliniek. Mijn speciale dank gaat uit naar Jaap Maljers. Zijn visie op de gezondheidszorg is uitdagend, aanstekelijk en in een veel opzichten visionair. Ik dank hem voor het kritisch becommentariëren van mijn oratie tekst.

Mijn dank gaat uit naar de grondleggers en bestuursleden van de werkgroep bekkenbodemp van de NVOG. Jan de Graaf, Harry Vervest, Hans van Geelen, Julien Dony, Mark Vierhout, Fred Milani. Jullie mogen je tot de ware pioniers van de urogynaecologie rekenen.

Ik dank mijn collega en goede vriend Jan Paul Roovers voor zijn aanstekelijke enthousiasme voor de urogynaecologische zorg en wetenschap. Hij organiseert ons consortium, is enorm gedreven en bereid op de barricades te staan. Jan Paul, het is slechts een kwestie van tijd dat ik jouw oratie mag aanhoren. Ik verheug mij daar nu al op.

Ik dank mijn twee secretaresses Ellis Hanko en Anneke de Heer die de schone taak hebben mijn agenda's van het UMC Utrecht en Bergman Vrouwenzorg te combineren.

Ik dank mijn lieve moeder Hannie van der Vaart-Vlek die 52 jaar geleden dapper haar bekkenbodemp op het spel heeft gezet om mij geboren te laten worden. Maar nog veel meer dank ik haar en mijn vader Bert van der Vaart dat ik mocht opgroeien in een omgeving van vrijheid en ondersteuning, met genoeg ruimte om mijn eigen fouten te mogen maken. Die basis heeft het mogelijk gemaakt deze mijlpaal in mijn carrière te bereiken.

Ik dank mijn lieve kinderen Tim, Lisa en Ruben voor hun geduld met mij. Het is mooi te zien hoe jullie zo heerlijk opgroeien tot unieke persoonlijkheden. Tim, een sociaal dier met passie voor muziek die langzaam volwassen begint te worden. Lisa, voor wie een dag van 24 uur veel te kort is om alles in te doen wat zijn wil. En Ruben, de meer introverte van de drie, maar waarschijnlijk wel de slimste.

En dan Johanna, mijn steun en toeverlaat, mijn liefste zonder wie het leven er nooit zo mooi zou hebben uitgezien. Ik beloof je niet het rustiger aan te doen, want je hebt het gehoord; ik heb nog zo veel te doen!

Maar deze mijlpaal, dit moment, is misschien nog wel meer jouw verdienste dan die van mij.

Ik wil mijn oratie afsluiten met een wens voor u allen in deze toch wel moeilijke tijden. Het is een tekst van Bob Dylan

*May your hands always be busy
May your feet always be swift
May you have a strong foundation
When the winds of changes shift
May you always be courageous
Stand upright and be strong
May you stay
Forever young.*

Ik heb gezegd

Colofon

Uitgave

© Universitair Medisch Centrum Utrecht/Universiteit Utrecht; januari 2013

Foto cover

Thomas Dobber, Multimedia, Facilitair Bedrijf, UMC Utrecht

Opmaak

Multimedia, Facilitair Bedrijf, UMC Utrecht

Druk

ZuidamUithof Drukkerijen, Houten

Oplage

800

UMC Utrecht

Bezoekadres:

Heidelberglaan 100
3584 CX Utrecht

Postadres:

Afdeling Voortplantingsgeneeskunde en Gynaecologie
Huispost F05.126
Postbus 85500
3508 GA Utrecht

Tel 088 75 510 41

E-mail C.H.vanderVaart@umcutrecht.nl

www.umcutrecht.nl

Prof.dr. Huub van der Vaart (1960) werd op 1 februari 2012 benoemd tot hoogleraar Urogynaecologie aan het UMC Utrecht. Van der Vaart studeerde Geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, waar hij in januari 1986 zijn artsexamen haalde. Na een multidisciplinaire oriëntatie als ANIO in het Andreas Ziekenhuis te Amsterdam en het Medisch Centrum Leeuwarden werd hij in de periode 1990-1996 opgeleid tot gynaecoloog in het cluster Groningen (opleiders dr. F. Engel, prof.dr. J.G. Aalders en Dr W. Brouwer).

Vanaf oktober 1996 werkt hij als staflid Obstetrie en Gynaecologie (thans divisie Vrouw en Baby) met als opdracht onderzoek te verrichten binnen de Urogynaecologie. In 2001 promoveerde hij op het proefschrift, getiteld: “Pelvic floor dysfunction and quality of life in women”. In 2002 richtte hij het Zelfstandig Behandel Centrum Alant Vrouw (thans Bergman kliniek, divisie vrouwenzorg) op. Hij was van 2004-2010 voorzitter van de werkgroep “Bekkenbodem” van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. Vanaf 2010 is hij medisch afdelingshoofd van de afdeling Voortplantingsgeneeskunde en Gynaecologie. Zijn specifieke belangstelling ligt bij de (re)organisatie van de zorg en op wetenschappelijk gebied bij het patiëntgebonden onderzoek en de regeneratieve geneeskunde.

