

Oud-hoogleraar Jim Reekers wil afrekenen met heilige huisjes in de zorg

'Het moet anders'

Emeritus hoogleraar interventie-radiologie Jim Reekers spreekt artsen toe in een boek waarvan hij hoopt dat het 'een steen in de vijver' zal zijn. Het zorgstelsel is failliet, er is te veel valse hoop en vooral: er heerst een zwijgcultuur onder dokters.

Henk Maassen
h.maassen@medischcontact.nl
✉@medischcontact



De gezondheidszorg is 'een archaïsch en onoverzichtelijk bouwwerk van belangen, macht, gewoonten en heel veel onbegrijpelijke regels'. Het zorgstelsel is moreel

en financieel failliet. De vanzelfsprekendheid waarmee dat door zijn collega-artsen wordt geaccepteerd, verwondert Jim Reekers zozeer dat hij er een heel boek aan heeft gewijd: *De medische omerta*.

Jim Reekers (70) is met emeritaat, maar was de eerste hoogleraar interventieradiologie in Nederland en een van de voortrekkers van zijn vakgebied. Hij wil met zijn boek de olifanten in de kamer en heilige huisjes aan de orde stellen. Dat hij zo de kans loopt 'de kop van Jut' te worden heeft hij bij voorbaat ingecalculeerd. Sterker, hij kan de kritiek nu al uittekenen: 'Waar bemoeit die Reekers zich mee? Hij is niet eens een echte dokter, maar een plaatjeskijker. En waarom komt hij hier pas na zijn pensionering mee?' In zijn inleiding geeft Reekers de reden: een medische klokkenluider heeft meestal weinig carrièreperspectief. 'En om dat op te geven vond ik mijn positie te belangrijk. Als hoogleraar had ik een podium en kon ik met goede, eerlijke studies, kritische voordrachten en commentaren bijdragen aan een mentaliteitsverandering. Sommige klokkenluiders eindigen in een caravan, en ik houd niet van kamperen.'

Buitenstaander

Zijn voordeel: hij is naar eigen zeggen altijd een buitenstaander gebleven. 'Ik kom uit een eenvoudig milieu. Je komt dan in een wereld van mensen wier ouders arts waren, die elkaar kennen van het dispuut. Toch heb ik me altijd op mijn gemak gevoeld, en met iedereen fijn kunnen werken – maar ook vaak het gevoel gehad dat er iets wrong.' In zijn boek schrijft hij dat hij de mores en de spelregels van het dage-

lijks functioneren in de zorg begreep, en waar nodig heeft geaccepteerd, 'maar ik heb ze me nooit eigen gemaakt'. 'Ik heb sirenen horen zingen en zag om me heen hoe moeilijk het is om weerstand te bieden aan de verleidingen van macht, faam en geld. Ik vind: je verdient in de zorg je geld, niet aan de zorg.'

Zijn voorbeeld: het vijftig jaar geleden verschenen *Wie is van hout?* van Jan Foudraine, die daarmee, zoals Reekers zegt, 'de deuren van de psychiatrie openzette naar veel meer transparantie, veel meer discussie. Daardoor is er veel ten goede veranderd. Ik hoop dat mijn boek ook zo'n steen in de vijver zal zijn. We zullen ons moeten laten toetsen door de maatschappij. Ik ken oudere collega's die in hun hele carrière nooit één dag openlijk getwijfeld hebben. Terwijl arts-zijn een ambacht is, en dat verdient niet het aureool van de-dokter-weet-het-wel.'

Waarin schuilt de 'medische omerta'?

'De curatieve sector, mijn sector dus, moet je zien als een club waarin het niet de gewoonte is kritiek te hebben op je collega's, ze de maat te nemen. Je zit in een maatschap of een praktijk en iedereen wil gezellig met elkaar kunnen werken – harmonie is het trefwoord. En dus houdt iedereen zijn mond.'

Maar waarover dan?

'Ik heb het niet over medische fouten – de zorg is top in dit land. Iedere dokter maakt fouten, dat heb ik ook gedaan, daar moet je open over zijn. Nee, ik heb het bijvoorbeeld over die interventiecardiologen in Zwolle die via hun wetenschaps-bv steekpenningen ontvingen om icd's te plaatsen. Denkt u nou werkelijk dat de andere collega's in de maatschap dat niet wisten? Dat is de medische omerta. Of neem de behandeling van long covid. De hyperbare zuurstoftank wordt als goede behandeling aangeboden. Dat is momenteel niet-verzekerde zorg à raison van 8000 euro. Terecht: er is geen spat van bewijs dat het werkt. Ik schrijf er een bijdrage over voor het NTVG: wordt niet geplaatst. Je collega's aanspreken op hun handelen, kennelijk ga je dan een grens over. Weer de medische omerta.'

In zijn boek staat Reekers in dat verband ook langdurig stil bij een kwestie waar hij zelf directe bemoeienis mee had: de behandeling van vleesbomen. Dat kan operatief, maar ook langs de weg van embolisatie. 'Gynaecologen

'Je collega's aanspreken op hun handelen, kennelijk ga je dan een grens over'

weten dat dit uitstekende alternatief bestaat, maar lange tijd waren ze uiterst kritisch en zeker niet van plan hun patiënten voor embolisatie naar een interventieradioloog door te verwijzen. Bovendien: een baarmoeder-verwijdering is een goed planbare ingreep en voor de meeste maatschappen een gegarandeerd basisinkomen, dus waarom zou je dit inkomen doorgeven aan een andere medische specialisatie?' Het is hem, zegt Reekers, in vijftien jaar niet gelukt om de patiëntvriendelijke ingreep op de kaart te krijgen. Pas onlangs kwam ZonMw met geld om de implementatie te bevorderen.

Stroman

Nog zo'n olifant in de kamer is de buitensporige invloed van de industrie op het dagelijks handelen van artsen. Reekers is zeer kritisch over collega-artsen die zich tijdens zwaar door de industrie gesponsorde congressen keer op keer manifesteren als 'key opinion leaders'. Het woord 'stroman' zou misschien beter de lading dekken, meent hij. Het internationale circuit van medische congressen biedt volgens hem plenty mogelijkheden voor 'charlatans, kwakzalvers, oplichters, leugenaars, opportunisten, goochelaars, artiesten en soms zelfs regelrechte criminelen'. Hij weet overigens vrij zeker dat ze zelf menen authentieke, eerlijke en onderbouwde opvattingen te verkondigen, want 'je kunt nu eenmaal niet jarenlang onzin verkopen zonder daar zelf in te geloven'.

Hoe heeft u zelf die verleidingen weerstaan?

'Ik beken dat ik me weleens te lichtvaardig heb laten verleiden als spreker op te treden tijdens een congres op een mooie locatie. Maar ik heb nooit voor een industrieproduct op een podium gestaan, of onderzoek gedaan. Ik ben wel vaak gevraagd. Waarom niet? Omdat ik weet dat je dan geen controle meer hebt over de uitkomst van je onderzoek.'

U was hoogleraar, maar noemt zichzelf een partimewetenschapper. Waarom?

'Vier dagen patiëntenzorg, één dag wetenschap. Dat heeft 270 publicaties, boeken en editorials opgeleverd. Toch word je ten onrechte vergeleken met artsen die veel meer tijd aan onderzoek kunnen besteden. Ook vind ik dat het belang van een onderzoek niet zozeer zou moeten afhangen van de status van het tijdschrift waarin je publiceert, maar van de werkelijke impact van het artikel zelf op de zorg. Ik heb in mijn hele carrière maar een paar grote studies met meerdere ziekenhuizen

gedaan waarbij ik hoofdonderzoeker was. Mijn andere publicaties waren geen vergelijkende studies maar gingen vooral over technische innovaties in mijn vak en verschenen in tijdschriften met een lagere impact. Die bleken nadien vaak belangrijker dan de grote studies met meerdere ziekenhuizen.'

Wetenschap wordt sterk overschat in de dagelijkse geneeskundepraktijk, stelt u. Maar het is toch alleen dankzij wetenschap dat de geneeskunde vooruitgaat?

'Ja, maar er komt geen genezing uit een reageerbuis. Al die zogenaamde doorbraken: het is allemaal onderzoek uit het lab. Je hoort er vaak nooit meer wat van. Kijk naar hoe door mijn vak de behandeling van stroke enorm is verbeterd. Dat is het resultaat van goed kijken, en van degelijk klinisch-wetenschappelijk onderzoek. Schaf daarom de wetenschappelijke stage voor medisch studenten per direct af en vervang die door een opleiding kritisch wetenschappelijk denken en lezen. Ik gaf studenten altijd artikelen mee met de vraag: waarom deugt dit stuk niet? Hoe zit het met eindpunten, de inclusie? Pas als er niets op aan te merken valt, kun je concluderen: goede studie.'

Het geloof in de wetenschap blijft groot. Neem artsen die juichend in de media vertellen dat we nu aan het begin staan van een revolutionaire verbetering in, zeg, de behandeling van kanker of een neurodegeneratieve ziekte. Er is hoop.

'Precies: ze verkopen hoop. Daar moeten ze eerlijk over zijn, maar dat zijn ze niet. Ook daarover gaat mijn boek. Laat ik me beperken tot mijn vakgebied. Moeten alle patiënten met een dichtgeslibde beenader een stent krijgen? Immers: ze lopen een jaartje, en dan zie je ze weer terug. Zouden ze niet beter af zijn met een scootmobiel à raison van 4000 euro? Patiënt blij en de maatschappij ook. We deden recentelijk een gerandomiseerde studie onder patiënten met loopklachten. Een deel kreeg looptraining, het andere deel een stent. Na een jaar zagen we geen verschil in kwaliteit van leven en loopafstand. Je moet de beperkingen van je vak zien. Ik kan echt ontzettend veel,



'Al die zogenaamde doorbraken: het is allemaal onderzoek uit het lab, je hoort er vaak nooit meer wat van'

maar of de patiënt er altijd zoveel beter van wordt, daarover ben ik de laatste tien jaar ernstig gaan twijfelen. Er zijn veel te weinig studies die kijken naar de kwaliteit van leven als uitkomstmaat. Ik heb jarenlang aneurysma's behandeld. Totdat ik mensen terug zag komen met complicaties en lekkages, en ik me ging afvragen wat nou eigenlijk de kans is dat een aneurysma van 5,5 cm ruptureert. Dat is 1 tot 2 procent. Moet je daar dan die hele operatieve machinerie voor optuigen? Ik ken wel chirurgen die daar kritisch op zijn. Maar niemand staat op en zegt: laten we hiermee ophouden.'

Wat dat betreft richt de Vereniging tegen de Kwakzalverij haar pijlen op de verkeerde doelen, stelt u.

'Ja. Wat kan mij het nou schelen dat iemand piskijkt of een kruidentheetje voorschrijft. Het echte probleem is inderdaad dat er een hoop nepwetenschap is, dat er veel dokters zijn die onware dingen roepen. Kwakzalverij met een witte jas.'

Ander punt: het stelsel. U zegt: zorgverkeeraars hebben geen toegevoegde waarde. Hoe moet het dan wel?

'Met een nationale volksverzekering heb je als overheid direct een vinger aan de pols. En dan niet zoals de Britten het doen. Ik heb er gewerkt en weet: naast de NHS kun je bedingen er een *private practice* bij te hebben. Daar wordt dus het geld verdiend. Ik zeg: alle artsen in loondienst en terug naar het oude ziekenfonds, waarvan de premie naar draagkracht wordt geïnd door de fiscus. Een utopie? Jazeker, het wordt een gigantische operatie, en het kost politieke moed. Maar nu piept en kraakt het stelsel, dus laten we toch maar eens beginnen de financiering van de zorg anders te organiseren. Het stelsel is gebaseerd op een tijd waarin acute zorg centraal stond. Tegenwoordig zijn chronische ziekten het belangrijkste probleem. Als we niets doen, zullen er steeds meer zaken uit het basispakket verdwijnen, willen we de zorg betaalbaar houden. Overigens, verzekeraars nemen nu het standpunt in dat zij niet op de stoel van de dokter willen gaan zitten, en zich daarom niet met de uitvoering willen bemoeien. Maar ze zouden ook nu al sturend kunnen zijn door alleen zinnige zorg in te kopen.'

Nog een 'olifant in de kamer': het stuwmeer met medisch specialisten die momenteel niet verder komen dan 'chef de clinique'. Pure verspilling, vindt Reekers. Zijn analyse: 'Elk

'Ik zeg: alle artsen in loondienst en terug naar het oude ziekenfonds'

ziekenhuis krijgt nu voor elke aios 122 duizend euro. Door die riante subsidiëring is er in veel beroepsgroepen een overschot aan medisch specialisten ontstaan. Toen minister Schippers van VWS in 2013 politiek werd geconfronteerd met almaar langer wordende wachtlijsten, besloot ze om via het Capaciteitsorgaan zelfs nog meer artsen te gaan opleiden. Een zeer dom plan, want de wachtlijsten worden niet veroorzaakt door een tekort aan artsen maar door een tekort aan faciliteiten en arbeidsplaatsen voor deze artsen, als direct gevolg van jarenlange bezuinigingen op de ziekenhuisbudgetten. En daarom zijn er nu ongeveer zeshonderd medisch specialisten zonder uitzicht op een vaste baan. Een groot deel zit verstoppt in de flexibele arbeidsschil, managementterm voor zzp'ers, oproepkrachten en mensen met een tijdelijk contract zoals chef de clinique.' Volgens Reekers zullen veel van deze artsen gefrustreerd hun vak verlaten, 'en dat terwijl er juist in deze tijd een grote behoefte is aan medisch specialisten, al was het alleen maar om te komen tot normale werktijden en meer tijd en aandacht voor de patiënt'. Het is een grotendeels onzichtbaar probleem, omdat ook deze groep zijn mond niet opendoet, 'om hun kleine kans op een vaste baan niet te frustreren'. 'Ook daarom zouden alle artsen in loondienst moeten.'

Alle verandering begint bij hoe studenten worden opgeleid en zich de juiste dokters-attitude eigen maken. Hoe gaan we dat anders doen?

'Ja, door ze te leren dat de primaire taak van een dokter is: zorgen voor. En dat genezen mooi is, maar dat je het moet zien als een bonus. Ik hoop dat studenten met een andere attitude in het vak gaan staan: mooi vak, maar een bijzonder mens ben je niet.'

Wat zou er gebeurd zijn als u dit boek geschreven had toen u 40 was?

'Dan was ik nooit hoogleraar geworden. Maar tegelijkertijd: als een niet-medicus dit te berde zou brengen, zou er niet geluisterd worden.' ●



De medische omerta, Jim Reekers, De Arbeiderspers, 272 blz., 22,99 euro.

Op 17 oktober organiseert De Balie (Amsterdam) een debatavond naar aanleiding van dit boek.



→ Publicaties van Jim Reekers in Medisch Contact vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.