

# Diagned

## Algemene ledenvergadering

25 november 2016

Hooguit de helft van de behandelingen is nuttig voor de patiënt. De NFU, koepel van academische ziekenhuizen, zoekt uit waarom onzinnige zorg wordt geboden. Drie voorbeelden uit de praktijk.

Door Ellen de Visser

# Nutteloze pillen en testen

**DIAGNOSTIEK**  
Alle uitslagen binnen: niets wijzer geworden

Internisten zijn bij uitsmaak de artsen die diagnoses stellen, dus zij vragen veel onderzoek aan: ze laten bloed prikken, foto's maken en scans uitvoeren. Veel van die diagnostiek is overbodig, zegt internist Marcel Levi, bestuursvoorzitter van het AMC. 'Ik kan eindeloos veel voorbeelden geven. Neem een patiënt met een nierziekte en de arts weet niet wat er aan de hand is. Hij denkt aan een falend immuunsysteem en vraagt onderzoek aan om het gehalte aan een groot aantal bloedcellen te achterhalen. Als hij alle uitslagen binnen heeft, weet hij nog niks: er zijn vijftien van die cellen en de ene blijkt iets verhoogd, de andere iets verlaagd. Dus doet hij een biopsie, hij neemt wat weefsel weg uit de nier, dan weet hij wel zeker wat er speelt. Waarom doet hij dat niet meteen een biopsie en slaat hij de eiwitbepalingen niet over?'

Dat gedrag komt deels voort uit traditie, zegt Levi: artsen doen wat ze van hun opleider hebben geleerd. Het is ook voor een groot deel routine, af en toe onwetendheid of onzekerheid. 'De gedachte is dat je door diagnostiek nooit een ziekte of een aandoening over het hoofd ziet, maar dat klopt niet. En soms denken artsen gewoon niet genoeg door, zegt hij: 'Het is niet realistisch om testen aan te vragen die je niet verder helpen.'

Het klinkt onschuldig: wat kan een extra foto of scan nu kwaad voor de patiënt? Een groot misvatting, zegt Levi. 'Siet, je doet bij een patiënt een onnodige CT-scan en je vindt oprens een vlekje op de bijsnijer. Het is waars-



Een laborant doet bloedonderzoek. Veel internisten laten uit routine bloedtesten uitvoeren.

Foto Marcel van den Bergh / de Volkskrant

schijnlijk niks maar als je het weet, kun je je ogen er niet voor sluiten. Dus je gaat ertin prikken want wie weet kan dat vlekje kwaad. De patiënt gaat bloeden, moet worden behandeld. Met die scan is hij niets opgeschoten. De geneeskunde kan efficiënter,

minder belastend voor de patiënt en goedkoper worden door overdiagnostiek terug te dringen, denkt hij. In het AMC zijn daarmee de afgelopen jaren miljoenen bespaard. Elk project dat we opzetten, leverde onmiddellijk wat op, maar de klus was om

de gedragsverandering daarna te handhaven. Dat bleek niet eenvoudig. Artsen vertzouwen toch op wat ze jarenlang hebben gedaan. 'Je verandert de praktijk niet door artsen op de vingers te tikken. Wat wel werkt: onderling vergelijken.

Acht artsen op een polikliniek, die hetzelfde type patiënten behandelen, doeldeziekten vaststellen, maar er zijn er een paar die daar veel meer onderzoek voor nodig hebben. Laat dat zien, dan gaan artsen nadenken. In dan komt het vaak goed.'

**HUISARTSEN**  
Vitamines als haarlemmerolie



Moet Hoofdpijn? Concentratieproblemen? Vage klachten, waarvoor de laatste jaren een populaire kapschik is geworden: een vitaminedoort. Bij en D zijn het populairste, weet huisarts Joost Zaai, adjunct-hoofdredacteur van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NMG). 'Haarlemmerolie voor de gezondheid', noemt hij ze, omdat ze, ook door wetenschappers, met zo'n beetje alle ziektes in verband worden gebracht.

In ja, als dan de Gezondheidsraad 50 plussers adviseert extra vitamine D te slikken en als libelle bericht over de gevolgen van een vitaminedoort, dan is het lastig om daar tegenin te gaan, zegt Zaai. Het is dat vitaminedoort niet veel kosten, schreef hoogleraar huisartsgeneeskunde Patrick

Bindels vorig jaar in het NMG, anders zou je vitamineproducten betichten van het verzinnen van een ziekte. Het probleem met de vitamines, zegt Zaai: er is een boven- en een ondergrens waar het gros van de mensen tussen zit, maar ben je ziek als je hoger of lager scoort? 'We weten niet zeker of klachten worden veroorzaakt door een afwijking in het bloed.'

Ondanks die onzekerheid kruisen huisartsen op het formulier voor bloedonderzoek toch vaak vitamines aan. Het aantal aanvragen is de laatste jaren sterk gegroeid, schreef hoogleraar Bindels. Artsen weten heus wel dat het minder kan, zegt Zaai, maar bloedonderzoek levert ook geruststelling op. 'Je koopt als het ware wat tijd. Is dat altijd slecht handelen?'

Voor zijn promotie-onderzoek, ruim 25 jaar geleden, gaf hij huisartsen in Twente een vreevoorspelling aan: vraagformulier, waarmee ze nog, maar een beperkt aantal bloedwaarden konden laten bepalen. Wilden ze meer onderzoek, dan moesten ze extra moeite doen. 'Natuurlijk nam het aantal aanvragen drastisch af, maar toen het formulier terugkwam, was dat heel snel weer op het oude niveau. Het is illustratief voor de praktijk: schaf een handnekkige gewoonte maar eens af.'

**44**  
Het is dat de pillen niet veel kosten, anders zou je denken dat de makers een ziekte verzinnen

Patrick Bindels hoogleraar huisartsgeneeskunde

**44**  
De kans dat je met kijkonderzoek bij jongere mensen iets ontdekt, is minimaal

Ernst Kuipers hoogleraar maag-darm-leverziekten

**MAAGKLACHTEN**  
Belastend en duur kijkonderzoek



Jaarlijks worden ruim 200 duizend kijkonderzoeken gedaan bij patiënten met maagklachten. De arts brengt dan een slangetje met een kleine camera eraan door de slokdarm naar de maag. Maagklachten komen heel veel voor, zegt hoogleraar maag-darm-leverziekten Ernst Kuipers, bestuursvoorzitter van het Erasmus MC: 'het is een verzamelnaam voor van alles. Patiënten klagen over zuurbranden, ze zijn misselijk of hebben pijn in het maagkuiltje. Eenderde van de bevolking heeft er wel eens last van. 'Minder roken, minder drinken, afvallen: dat is wat de huisarts als eerste adviseert aan patiënten met maagklachten. Daarna worden vaak zuurremmers voorgeschreven, maar als dat allemaal niet of niet meteen

heeft, volgt onderzoek in het ziekenhuis.

'Meestal levert zo'n kijkonderzoek alleen bij de groep 60-plussers wat op', zegt Kuipers. Maag- en slokdarmkanker of maagzweren komen beneden die leeftijd immers maar weinig voor. 'De kans dat je met zo'n onderzoek bij jongere mensen iets ontdekt, is minimaal. Toch gebeurt het heel veel. Omdat artsen kanarie-lijk toch een ernstige kwaal willen uitsluiten. Maar als we kijken wat al die onderzoekers opleveren, dan leiden ze maar zelden tot een andere diagnose en tot aanpassing van de behandeling. Ook daarna geven we meestal weer gewoon zuurremmers en adviseren we de leefstijl te veranderen.'

Een kijkonderzoek kost zo'n 300 euro, dat komt landelijk gezien meer op 60 miljoen euro per jaar. Kuipers schat in dat tenderde van de onderzoeken inmiddels is. 'Schaffen we die af, dan besparen we 20 miljoen. En betalen we patiënten veel minder want het is geen pleziertje onderzoek. Bovendien hebben artsen dan meer tijd voor andere zorg.'

Beter niet doen betekent niet: helemaal niet doen, benadrukt Kuipers. 'Maar het kan wel wat minder. Als je het goed uitlegt aan patiënten, hebben ze daar vaak begrip voor.'

# Agenda

- **Huishoudelijk gedeelte**

- Ingekomen stukken en mededelingen
- Verslag ledenvergadering 30 september 2016
- Samenstelling bestuur
- Samenwerking EDMA – Eucomed (Medtech Europe)
- Begroting 2017 incl. contributie
- GMH
- Actualiteiten

- **Gast spreker**

Gerard Schouw (VIG): “Kijken in de keuken...”

- **Lunch**

# Agendapunt 1

Opening  
ingekomen stukken  
mededelingen

# Agendapunt 2

Verslag  
ALV 30 september 2016

# Agendapunt 3

## Samenstelling bestuur

# Huidige samenstelling

- Wim Smit
  - Barbara Kamp
  - John Grens
  - Frank Spijkers
  - Piet Schilder
  - Giorgio Pazzaglia
  - Hans Sluimer
  - Jordi Cereijido
- Abbott
  - Roche Diagnostics
  - Siemens
  - Becton Dickinson
  - Elitech
  - Diasorin
  - Luminex
  - Werfen

# Taakverdeling bestuur

Voorzitter + vice voorzitter	Wim + Barbara
Penningmeester	Frank
Werkgroep TOM	Hans
Werkgroep POCT	John
Werkgroep moleculaire diagnostiek	Hans/John
Gezonde marktcondities	Wim, Piet, Giorgio, Jordi
Meerwaarde diagnostiek	Barbara, John, Hans, Frank



# Agendapunt 4

Verdergaande samenwerking  
EDMA en Eucomed in  
Medtech Europe

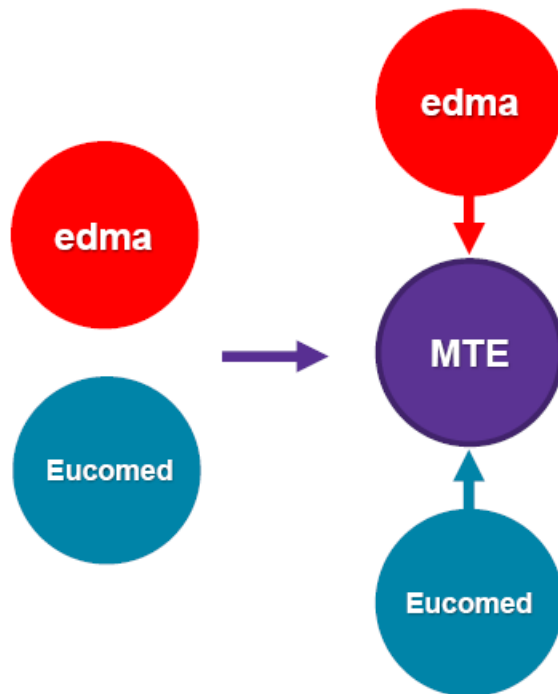
# Achtergrond

- Sinds enige jaren al nauwe samenwerking tussen Eucomed en EDMA
- 2 december: General assembly besluit over samengaan in Medtech Europe
- Inzet is: meer doen met minder geld, efficiency, synergie maar behoud indentiteit IVD
- Nu → voorstel voor opzet en governance
- Alle CAMs en NAMs moeten daarover stemmen
- Vandaag besluit Diagned.
- Ter toelichting →

# Alliance to One Single entity - An evolution vs revolution

## A successful Alliance...

- ✓ **Integration of edma & Eucomed**
- ✓ **Attraction of talents**
- ✓ **Cross feed of experience and knowledge for members**  
(i.e. Diabetes sector, NAs, + 10 Common Working groups)
- ✓ **Optimization & operational excellence**
  - Integration of Secretariat
  - Extension of services to members
  - Streamlining of providers (bargaining power and single providers)
  - Direct cost efficiencies (single subscription (vs 2) for data sources)
  - Internal policies progressively aligned
- ✓ **Critical mass for new projects**
  - New office in the centre of EU activities with extensive meeting space
  - +New projects launched at a lower cost per entity  
(i.e. International Department; MedTech week; EU Parliament annual event, new Website;)
- ✓ **Sharing and optimization of resources** from duplication (Staff) to streamlining
  - **Common projects** (Advocating positions, Value, code, Inter., Mkt access, sector, ...)
  - **New services**  
(Mkt Access, International Affairs, Legal & Compliance, Finance, HR, Membership Mgmt, Office Mgmt, Mkt Data)
  - **Shared activities**  
(MTF, CEO RT, GMTCC, +10 Common Working Groups, Comms, PA, MKT Data)



**Without losing focus on segment specific initiatives or losing the possibility to launch initiative directed mainly to one segment i.e.:**

**New regulations, HTA (EDMA), MEAT Procurement (Eucomed)**

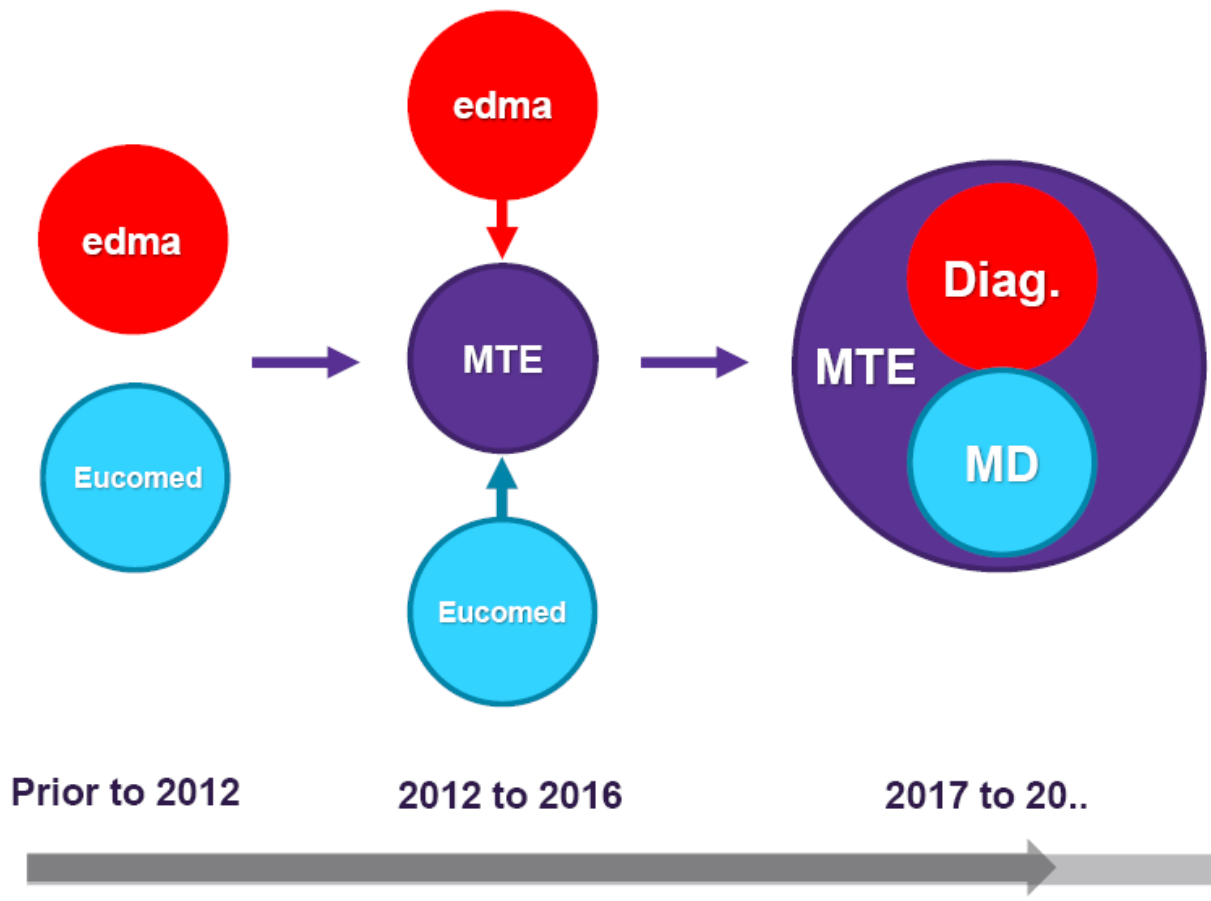
Prior to 2012

2012 to 2016

2017 to 20..



# Alliance to One Single entity - An evolution vs revolution



## PROPOSAL

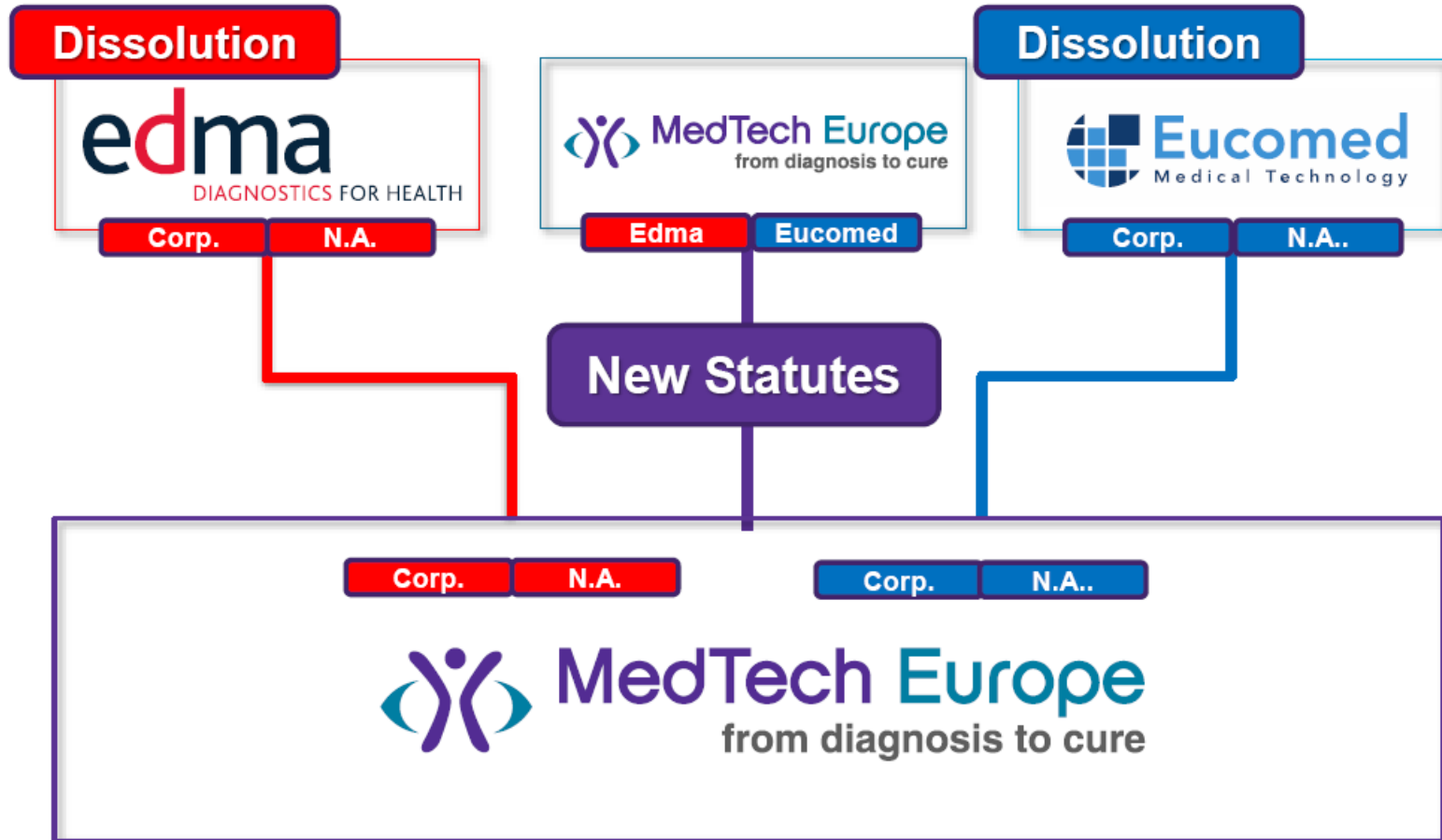
Replace the current 3 Trade Associations by a single Trade Association with the current members of edma & Eucomed as of January 1<sup>st</sup> 2017

**MedTech Europe**  
from diagnosis to cure



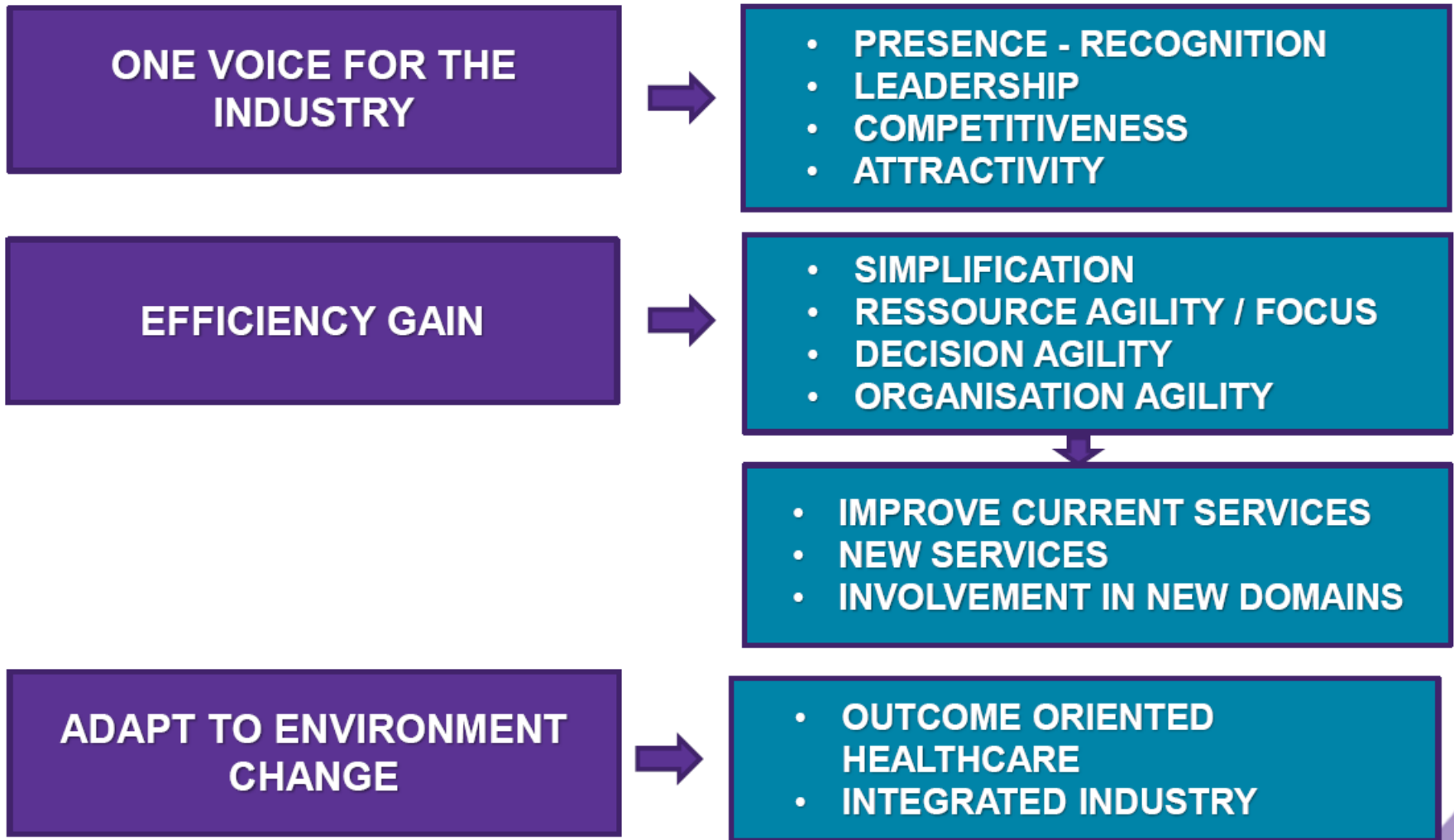
# Alliance to One Single entity - The evolution process

At Nov 2016 AGMs members will vote on the following:

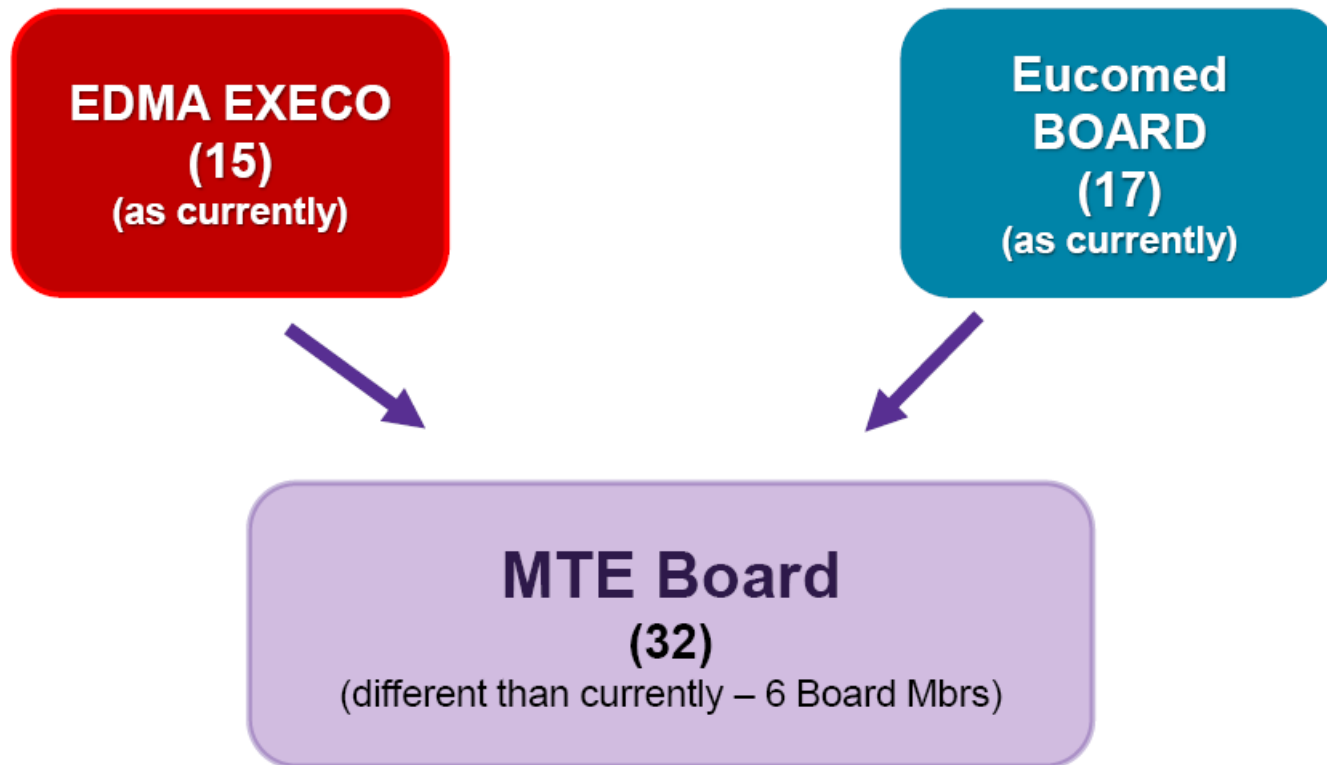


# What will a new entity bring:

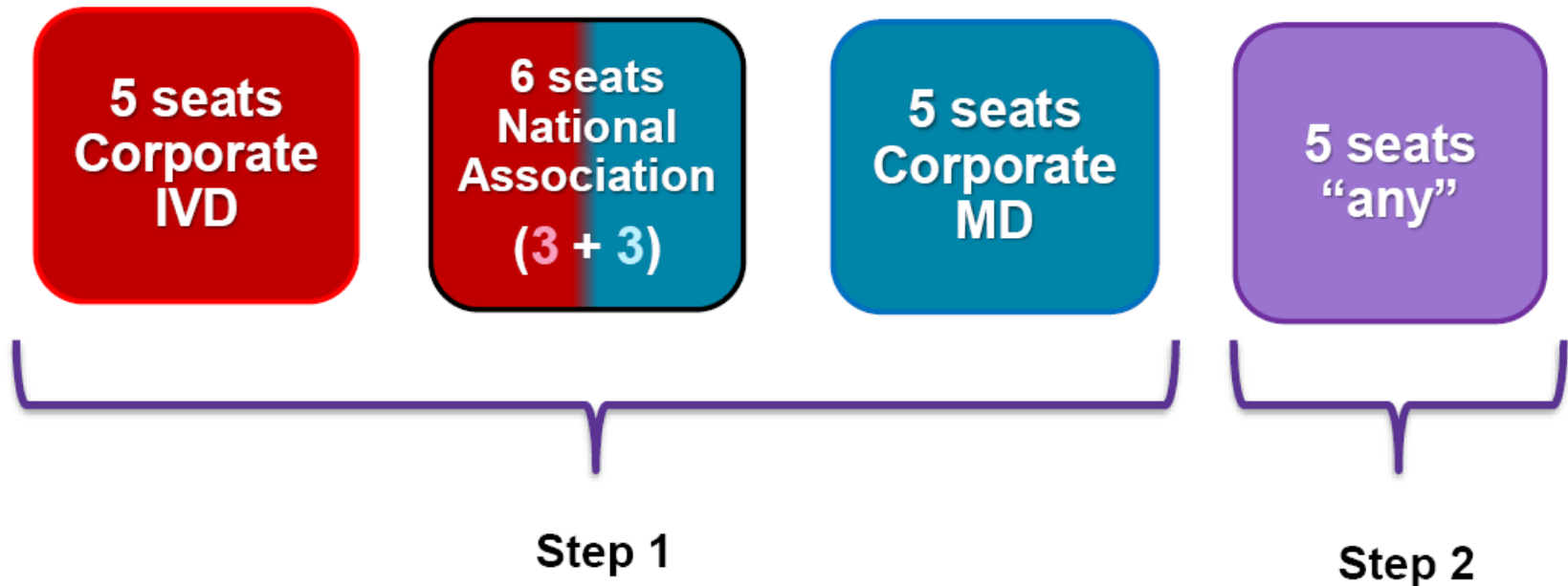
## *Solutions to our current shortfalls*



## MTE Board 2017 – A transition board



# MTE Board structure post 2017 - 21 Board Members





# Besluit

- Gaat de ledenvergadering van Diagned akkoord met deze fusie tussen EDMA en Eucomed, en geeft Diagned EDMA het mandaat om de nodige formele en praktische stappen te zetten om deze fusie vorm te geven?
  - Denk aan aanpassing statuten, overdracht assets.

# Agendapunt 5

## Begroting 2017 en contributie

# Doelstellingen

- Hoofddoelstellingen beleid 2016
  1. erkenning waarde in vitro diagnostiek
  2. reële regelgeving en beleid
  3. gezonde marktcondities
- Blijven voor 2017 ongewijzigd, met
  - accentverschuivingen
  - uitkomsten workshop juni 2016
  - beleid nieuwe regering (verkiezingen maart 2017)

## Missie Diagned

Versterken en uitdragen van de waarde van in vitro diagnostiek voor de patiënt en de gezondheidszorg, in samenwerking met andere partijen

Doelstelling 1	Doelstelling 2	Doelstelling 3
Erkenning waarde laboratoriumdiagnostiek	Reële regelgeving en beleid	Gezonde marktcondities

### Specialismen

- Klinisch chemie
- Microbiologie
- Pathologie
- Immunologie
- Mol. diagnostiek (wg)

### Productgroepen

- Point of care (wg)
- Zelftesten
- Diabetes (wg)
- Pompen (wg)
- TOM (wg)
- Screening

# 1. Erkenning waarde Dx / IVD

Samenwerking met labprofessionals in Hart voor de Zorg

> 2017: onverhoopt: indien niet gezamenlijk, dan alleen!

Verder en breder uitdragen van de waarde en het belang van laboratoriumdiagnostiek

> 2017: nav workshop 16 juni 2016: focus op zorgverzekeraars; value propositie in voorbereiding

Bevordering inbedding voldoende diagnostiek in richtlijnen

> 2017: speciaal project: inbedding NHG/NCKC/NVMM richtlijn POCT bij huisartsen

Therapie op maat

> 2017: speerpunt; werkgroep werkt concrete illustraties uit

# 2: Reële regelgeving en beleid

Bewerkstelligen totstandkoming reële en werkbare regelgeving

> 2017: vertaling + implementatietrajecten EU Verordening IVD

Voorkoming additionele wet- en regelgeving in Nederland

> 2017: 3 belangrijke ontwikkelingen GMH:

1. Omzetting Medtech Code naar GMH code
2. Wetgeving gunstbetoon medische hulpmiddelen
3. Transparantie

Voorkoming Nederlandse internationaal afwijkende additionele eisen

> 2017: diabetes: implementatie NDF consensusdocument/VWS richtlijnen

Belangen leden Diagned bij toepassing aanpalende regelgeving/beleid

> 2017: aandachtspunten: verpakkingen + biociden

# 3: Gezonde marktcondities

Tegengaan/beperken onevenredige marktmacht inkoopzijde

> 2017: actuele ontwikkelingen

Reëel budget en reële vergoedingen voor laboratoriumdiagnostiek/IVD

> 2017: visie VWS integrale diagnostiek, bijbehorende tariefstructuur

Gezond klimaat voor diagnostiek en vergroting markt voor IVD

> 2017: value propositie zorgverzekeraars

Snelle toegang van innovatieve IVD tot de markt

> 2017: continuering Ronde tafel diabetes

## DIAGNED

DIAGNED				
FINANCIEN		Budget 2016	Verwacht 2016	Budget 2017
<b>BATEN</b>				
	Contributies leden	280.000	268.463	270.000
	Rente	1.500	750	500
	<b>Totaal</b>	<b>281.500</b>	<b>269.213</b>	<b>270.500</b>
<b>LASTEN</b>				
<b>Lidmaatschappen / abonnementen</b>				
	Contributie EDMA	16.728	16.700	17.034
	Contributie NEN	0	0	0
	Bijdrage stichting GMH	4.000	4.080	8.000
	Abonnementen/overige lidmaatschappen	125	125	125
		<b>20.853</b>	<b>20.905</b>	<b>25.159</b>
<b>Secretariaat</b>				
	Ondersteuning door LAM	27.548	27.548	28.100
	SdB ondersteuning 1)	11.330	11.330	11.330
		<b>38.878</b>	<b>38.878</b>	<b>39.430</b>
<b>Bestuur en ledenaangelegenheden</b>				
	SdB ondersteuning bestuursvergadering 1)	16.480	16.480	16.480
	SdB ondersteuning ledenvergadering 1)	15.450	15.450	15.450
	Vergaderkosten	13.390	13.390	13.000
		<b>45.320</b>	<b>45.320</b>	<b>44.930</b>
<b>Communicatie</b>				
	Hosting websites	2.000	6.000	2.000
	Ondersteuning door LAM	2.755	2.755	2.810
	SdB elektronische nieuwsbrief 1)	11.330	11.330	11.330
	Opmaak/verzenden LAM	2.755	2.755	2.810
		<b>18.840</b>	<b>22.840</b>	<b>18.950</b>
<b>WERKGROEPEN</b>				
<b>Diabetes</b>				
	Richtlijn zelfcontrole/EADV en implementatie	0	0	0
	SdB ondersteuning werkgroep 1)	25.750	25.750	30.000
<b>Pompen</b>				
	SdB ondersteuning werkgroep 1)	3.605	3.605	3.605
<b>Moleculaire diagnostiek / TOM</b>				
	SdB ondersteuning werkgroep 1)	7.210	7.210	7.210
<b>POCT</b>				
	Implementatie NHG			10.000
	SdB ondersteuning werkgroep 1)	5.150	5.150	5.150
		<b>41.715</b>	<b>41.715</b>	<b>55.965</b>



## DIAGNED

FINANCIEN	Budget 2016	Verwacht 2016	Budget 2017
<b>PROJECTEN</b>			
<b>Gezonde marktcondities</b>			
SdB ondersteuning 1)	25.750	25.750	21.500
<b>Reële regelgeving en beleid</b>			
SdB ondersteuning 1)	30.900	30.900	30.900
<b>Erkenning waarde IVD</b>			
Public Eyes	25.000	0	20.000
Jubileum congres	25.000	0	
SdB ondersteuning	22.660	22.660	22.660
	<b>129.310</b>	<b>79.310</b>	<b>95.060</b>
<b>Kantoorkosten</b>			
Telefoon, fax porto	500	500	500
Kantoorbehoeften/bankkosten	500	500	500
Voorziening debiteuren	0	0	0
Overige kosten	7.500	5.500	5.500
	<b>8.500</b>	<b>6.500</b>	<b>6.500</b>
<b>Totaal</b>	<b>303.416</b>	<b>255.468</b>	<b>285.994</b>
<b>RESULTAAT</b>	<b>-21.916</b>	<b>13.745</b>	<b>-15.494</b>
<b>Verdeling saldo resultaat</b>			
Algemene reserve	-21.916	13.745	-15.494
Bestemmingsreserve	0	0	0
	<b>-21.916</b>	<b>13.745</b>	<b>-15.494</b>
<b>VERMOGEN 1 JANUARI</b>	<b>216.102</b>	<b>216.102</b>	<b>229.847</b>
<b>VERMOGEN 31 DECEMBER</b>	<b>194.186</b>	<b>229.847</b>	<b>214.353</b>
1) Ondersteuning SdB is in deze rapportage nog niet gespecificeerd conform tijdschrijving, dit gebeurt na december 2016.			
2) Websitekosten eenmalige update			

# Oorzaak toename reserve

- Gestart met negatieve begroting (doel: interen)
- Geplande activiteiten aantal keer doorgeschoven naar volgende jaar
- Met name met betrekking tot meerwaarde:
  - Hart voor de Zorg
  - gekoppeld aan lustrum evenement

# Standpunt bestuur

- Eigen vermogen geen doel op zich
- Reële reserve wel noodzakelijk ivm lopende verplichtingen en continuïteit
- Contributie gekoppeld aan omzet
- Markten behoorlijk turbulent
- Onverwachte verschuivingen moeten opgevangen kunnen worden

# Bestuur:

- Terughoudend met contributieverlaging
- Wel actieve sturing op uitvoering voorgenomen projecten
- Mogelijkheid om flexibel op nieuwe, aanvullende activiteiten vanuit bestuur en werkgroepen in te springen

# Contributievoorstel 2017

## DIAGNED

Klasse	Omzet in €	Contributie 2017 (index 0%)
Introductie	n.v.t.	1.000
I	< 450.000	2.000
II	450.000 - 1.150.000	4.005
III	1.150.000 - 2.300.000	6.010
IV	2.300.000 - 3.450.000	6.996
V	3.450.000 - 4.600.000	8.009
VI	4.600.000 - 9.200.000	10.009
VII	9.200.000 - 15.900.000	14.014
VIII	15.900.000 - 25.000.000	16.993
IX	25.000.000 - 36.000.000	20.493
X	36.000.000 - 50.000.000	23.972
XI	50.000.000 - 75.000.000	27.502
XII	> 75.000.000	29.290



# Agendapunt 6

# GMH



# Transparantie

- Afgelopen periode pilot
- Verplichte melding van bepaalde interacties tussen leveranciers van implantaten en orthopeden/cardiologen
- Evaluatie → uitbreiding verplichte melding in Transparantieregister Zorg (art. 22 GMH) per 1 januari 2017

# Miv 1 januari 2017:

Melden in Transparantieregister Zorg:

- Dienstverleningsovereenkomsten
- Sponsorovereenkomsten

Tussen:

Alle leveranciers van medische hulpmiddelen + alle medisch specialisten, die als arts in het BIG-register zijn ingeschreven (met uitzondering van huisartsen).



# Reikwijdte

- Totaalbedrag op jaarbasis > € 500
- Geldt ook samenwerkingsverbanden artsen, zorginstellingen, etc.
- Uitgezonderd: dienstverlenings-overeenkomsten m.b.t. onderzoek dat onder WMO valt
- Sponsoring van bijeenkomsten valt er niet onder

Allergologie (allergoloog)
Anesthesiologie (anesthesioloog)
Arbeid en gezond (bedrijfsgeneeskunde)
Arbeid en gezondheid (verzekeringsgeneeskunde)
Cardio-thoracale chirurgie
Cardiologie (cardioloog)
Dermatologie en venerologie (dermatoloog)
Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten
Heelkunde (chirurg)
Huisartsgeneeskunde (huisarts)
Huisartsgeneeskunde met apotheek (Apoth. Huisarts)
Interne geneeskunde (internist)
Interne geneeskunde - allergologie
Jeugdgezondheidszorg (Profiel KNMG Jeugdarts)
Keel-, neus- en oorheelkunde (kno-arts)
<del>Kindergeneeskunde (kinderarts)</del>
Klinische chemie (arts klinische chemie)
<del>Klinische genetica (klinisch geneticus)</del>
Klinische geriatrie (klinisch geriater)
Longziekten en tuberculose (longarts)
Maag-darm-leverziekten (maag-darm-leverarts)
<del>Maatschappij en gezondheid</del>
Medische microbiologie (arts-microbioloog)
Neurochirurgie (neurochirurg)
Neurologie (neuroloog)
Nucleaire geneeskunde (nucleair geneeskundige)
Obstetrie en gynaecologie (gynaecoloog)
Oogheelkunde (oogarts)
<del>Orthopedie (orthooped)</del>
Pathologie (patholoog)
Plastische chirurgie (plastisch chirurg)
Psychiatrie (psychiater)
Radiologie (radioloog)
Radiotherapie (radiotherapeut)
Reumatologie (reumatoloog)
Revalidatiegeneeskunde (revalidatiearts)
Specialisme ouderengeneeskunde
Spoedeisendehulp (Profiel SEH Arts KNMG)
Sportgeneeskunde
Urologie
Zenuw- en zielsziekten (zenuwarts)



## Nieuwsbrief GMH Uitbreiding Transparantie per 2017

Met ingang van 1 januari 2017 wordt de Gedragcode Medische Hulpmiddelen aangepast. De aanpassing betreft de uitbreiding van de verplichting tot openbaarmaking van interacties in het Transparantieregister Zorg en heeft gevolgen voor alle leveranciers van medische hulpmiddelen en voor alle medisch specialisten en zorginstellingen. Lees deze nieuwsbrief daarom goed en zorg dat u op tijd voorbereid bent.

Noteer ook vast in uw agenda woensdag 30 november a.s. van 13.30 – 15.30 uur. De stichting GMH organiseert dan in samenwerking met de stichting Transparantieregister Zorg een voorlichtingsbijeenkomst, in Hotel Houten te Houten (klik [hier](#) voor de routebeschrijving). U kunt zich [via dit formulier](#) aanmelden voor deze bijeenkomst.

### Wat verandert er per 1 januari 2017?

Per 1 januari 2017 wordt [art. 22 GMH Code](#) aangepast. Als gevolg van deze aanpassing moeten in het Transparantieregister Zorg worden aangemeld:

- dienstverleningsovereenkomsten (zoals bedoeld in art. 13 en 14 GMH Code), en
- sponsorovereenkomsten (zoals bedoeld in art. 15 t/m 17 GMH Code)

tussen alle leveranciers van medische hulpmiddelen en alle medisch specialisten die als arts in het BIG-register zijn ingeschreven, met uitzondering van huisartsen. Wilt u weten welke medisch specialismes voorkomen in het BIG-register? Klik dan [hier](#).

Voor melding in het Transparantieregister Zorg wordt een drempelbedrag gehanteerd. De verplichting geldt als het totaalbedrag, dat op jaarbasis door een leverancier in het kader van deze overeenkomsten aan een medisch specialist wordt betaald, hoger is dan € 500. Als ikpunt hiervoor geldt de datum van facturatie.

Let goed op: onder medisch specialisten worden ook verstaan de samenwerkingsverbanden, waarin zij werkzaam zijn. Dit betekent dat ook dienstverlenings- of sponsorovereenkomsten die met maatschappen van medisch specialisten of met de zorginstellingen waar medisch specialisten werkzaam zijn of in participeren worden afgesloten, onder de verplichting vallen.

Dienstverleningsovereenkomsten met betrekking tot onderzoek waar de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met mensen (WMO) van toepassing is, zijn uitgezonderd van openbaarmaking in het Transparantieregister Zorg.

# Voorlichtingsbijeenkomsten

- GMH en Transparantierregister Zorg
- Woensdag 30 november (13.30 – 15.30) uur in Houten → vol
- Vrijdag 2 december (13.30 uur tot 15.30 uur) in Utrecht
- Inschrijven via [www.gmh.nu](http://www.gmh.nu)

# Agendapunt 7

## Actualiteiten

# ELD

- Jarenlang: discussie over beleid ELD
  - 2014 Plexus, juni 2015 aankondiging integrale visie
  - 2016: ELD geagendeerd maar uitgesteld
- VWS werkt aan visie op integrale diagnostiek
- Nu discussie 'met het veld' → weerbarstig
- Industrie niet aan tafel, contacten via NVKC
- Vinger aan de pols
- Eind november: publicatie Tarieven Nza



## Wordt eerstelijnsdiagnostiek het kind van de rekening?

24 oktober, 2016 / in Beleid & Politiek, Trending / door Redactie De Eerstelijns



Eerstelijnsdiagnostiek is een belangrijk onderdeel van de eerstelijnszorg en sinds enige jaren een van de speerpunten van de zorgverzekeraars. Maar het gaat niet goed doordat het inkoopbeleid in de praktijk niet of onvoldoende wordt toegepast. De Eerstelijns analyseert.

De landelijke zorgvraag stijgt met enkele procenten per jaar als gevolg van de vergrijzing (Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014) en overheidsbeleid dat gericht is op persoonsgerichte preventie bij chronische aandoeningen als diabetes en cardiovasculaire problematiek. De druk op de eerste lijn neemt verder toe door substitutie van zorg uit de tweede lijn en de GGZ. Tegelijk met de zorgvraag stijgt de behoefte aan diagnostiek. Er is een harde, leeftijdsgebonden correlatie die resulteert in meer bloedonderzoek, functie- en beeldvormend onderzoek. De huisarts vraagt dit aan om tot de juiste diagnose te komen, ernstige aandoeningen uit te sluiten of de effecten van een behandeling binnen een zorgprogramma te evalueren, bijvoorbeeld bij diabetespatiënten. Ook vindt steeds meer diagnostiek plaats voor het bewaken van de instelling van antistollingsmedicatie bij trombosepatiënten. De aanvrager bepaalt en de diagnostiekaanbieder voert uit. Tot slot ontstaat extra volume doordat de eerstelijns diagnostische centra (EDC's) hun

# Verordening IVD: laatste nieuws

- Wederom wijzigingen in tekst Verordening → vertraging
- Nu check op inconsistenties, vertalingen
- Prioriteiten nu in uitwerking:
  - Infrastructuur, implementing acts, delegating acts, verduidelijkingen, overgangsmaatregelen
- VWS: 9 december stakeholdersbijeenkomst
- Diagned zit in panel → kans
- Workshop: planning afhankelijk van definitieve versie



# Vragen van VWS:

- *Wat zijn jullie verwachtingen voor de komende jaren van implementatie?*
- *Wat zien jullie als de grootste uitdagingen?*
- *Wat zal makkelijk gaan?*
- *Wat verwachten jullie van de eigen inzet en organisatie en wat van andere partijen?*

Afstemming met leden en Nefemed/FHI.

# Biociden

- Biocide-verordening is van toepassing op “behandeld voorwerp”, tenzij specifieke wetgeving (IVD- richtlijn) van toepassing is.
- Biocide-verordening is wél van toepassing producten in onderzoeks- en ontwikkelingsfase
- Bij IVD's ook gebruikt (denk aan desinfecterende middelen)
- Volgens EDMA: non-compliance van deze onderzoek-producten → aanzienlijke kosten en lange procedure
- Diagnosed contact met VWS.
- Leden: check en meld (potentiele) issues

# Bescherming Persoonsgegevens

- Per 1 januari 2016: ernstig datalek direct melden bij Autoriteit Persoonsgegevens
- Voorbeelden: kwijtgeraakte USB-stick, gestolen laptop, inbraak in databestand
- Ernstig = aanzienlijke kans op ernstige nadelige gevolgen / ernstige nadelige gevolgen voor bescherming van persoonsgegevens
- Melden aan betrokkenen (eventueel)
- Sancties

# Bescherming Persoonsgegevens

- Nieuwe EU wetgeving
- Algemene Verordening Gegevensbescherming (27 april 2016)
- Vervangt huidige Europese Richtlijn per 25 mei 2018
- Verordening rechtstreeks van toepassing in alle EU-lidstaten
- Behoefte aan voorlichting over nieuwe wetgeving?
- Vorm?

# Hartvandezorg.nl



- Initiatief Diagned, voortkomend uit Whitepaper
- Doel: meerwaarde laboratoriumdiagnostiek in spotlight
- Inzet: breed draagvlak
- NVKC zoekt binnen FMS draagvlak, onder meer bij NVMM en NVVP – moeizaam
- 1 december deadline gesteld
- Fall back opties – 12 december in bestuur

# Medisch lab.nl

- Upgrading medisch lab: Actualisering en 'verfrissing'
- Testversie is nu beschikbaar: vrijwilligers?
- Launch december
- Communicatie



MedischLab.nl  
medische laboratoriumtests toegelicht

Home

HOME VORIGE

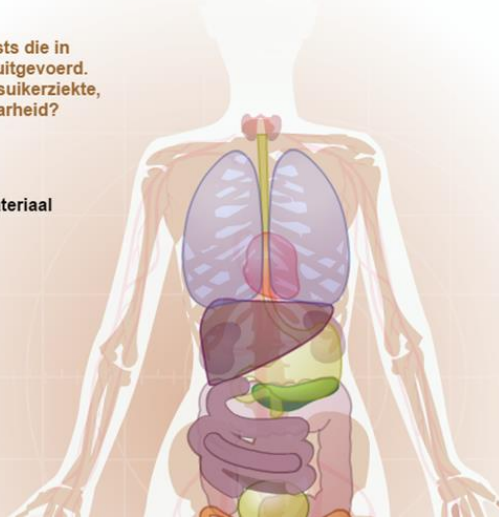
U vindt hier informatie over tests die in medische laboratoria worden uitgevoerd. Hoe test men bijvoorbeeld op suikerziekte, hartafwijkingen of onvruchtbaarheid?

Selecteer een aandoening of een lichaamsmateriaal

- ▼
- ▶ Allergie
- ▶ Bloedarmoede
- ▶ Hart- en vaatziekten
- ▶ Infecties
- ▶ Kanker
- ▶ Maag/darm/leverziekten
- ▶ Schildklierafwijkingen
- ▶ Geslachtsziekten

Informatie over de werking van een laboratoriumtest:

- ▼
- ▶ Teststrip
- ▶ Zelftest
- ▶ Bindingstest
- ▶ Afweerstoffentest
- ▶ Kleurreactietest
- ▶ Enzymtest
- ▶ Moleculaire test
- ▶ Kweek



# Diabetes



RIVM onderzoekt daarom de technische dossiers over deze medische hulpmiddelen, de betrouwbaarheid van de meting van bloedglucose in de praktijk en eventuele gevolgen voor de gezondheid van patiënten. De technische dossiers, die fabrikanten verplicht moeten aanleggen, bleken tekortkomingen te vertonen. In onafhankelijke laboratoria voldeed, afhankelijk van de gebruikte meter, 21 procent (met een spreiding tussen de meters van 0 tot 44 procent) van de metingen niet aan de nauwkeurigheidseisen die het laboratorium stelde.

National Institute for Public Health  
and the Environment  
Ministry of Health, Welfare and Sport

#### Blood glucose meters

Performance of devices on the Dutch market

RIVM Letter report 2016-0087  
A.W. van Drongelen et al.

Tekortkomingen in technische dossiers betreffen vooral de informatie over de kwaliteit van de meter en over de informatievergaring over het product nadat het op de markt is gekomen (*post market surveillance*). Volledige en correcte dossiers zijn essentieel om de kwaliteit en veiligheid van het hulpmiddel voor de patiënt te waarborgen. Deze informatie is belangrijk bij de toelatingsprocedure van het product op de markt en moet correct en volledig zijn. Onvolledigheden betekenen overigens niet per definitie dat een product onveilig of onnauwkeurig is. Zowel de meters van nieuwe spelers op de Nederlandse markt als meters van gevestigde marktpartijen vertoonden tekortkomingen in de dossiers of scoorden slechter in de laboratoria.



Id	IFU	Risk analysis	Analytical performance	Mechanical testing	Studies with lay persons	PMS procedure	Summary & analysis PMS data
BGM01	Good	Moderate	Good	Good	Moderate	Insufficient	Good
BGM02	Good	Insufficient	Insufficient	Good	Good	Insufficient	Insufficient
BGM03	Good	Good	Insufficient	Insufficient	Good	Insufficient	Good
BGM04	Good	Insufficient	Insufficient	Moderate	Good	Moderate	Insufficient
BGM05	Good	Good	Insufficient	Good	Good	Good	Moderate
BGM06	Good	Good	Insufficient	Good	Good	Insufficient	Insufficient
BGM07	Good	Moderate	Insufficient	Moderate	Good	Insufficient	Moderate
BGM08	Good	Moderate	Insufficient	Moderate	Good	Insufficient	Good
BGM09	Moderate	Moderate	Insufficient	Good	Insufficient	Insufficient	Moderate
BGM10	Insufficient	Good	Insufficient	Insufficient	Good	Insufficient	Moderate
BGM11	Good	Moderate	Insufficient	Moderate	Insufficient	Insufficient	Good
BGM13	Good	Good	Insufficient	Good	Good	Good	Insufficient
BGM15	Good	Insufficient	Good	Good	Good	Insufficient	Good
BGM16	Insufficient	Moderate	Good	Good	Good	Insufficient	Good
BGM17	Good	Good	Insufficient	Moderate	Good	Moderate	Moderate
BGM18	Good	Moderate	Insufficient	Moderate	Moderate	Insufficient	Good
BGM19	Moderate	Moderate	Insufficient	Insufficient	Good	Insufficient	Insufficient
BGM20	Moderate	Moderate	Insufficient	Good	Good	Insufficient	Insufficient
BGM24	Moderate	Moderate	Good	Moderate	Good	Moderate	Good
BGM25	Good	Insufficient	Good	Moderate	Good	Insufficient	Insufficient

■ Good  
■ Moderate  
■ Insufficient

Abbreviations:

- BGM Blood glucose meter
- Id Identification code
- IFU Instructions for use
- PMS Post-market surveillance

Figure 3.2: Results of the assessment of technical documentation

Table A4.6 Assessment of the PMS procedure

Id	Complaint procedure	Active PMS	Sources other than complaints	Special approach feedback	CAPA	Criteria for actions	Risk management activities	Periodic review PMS data	Score
BGM01	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	I
BGM02	Y	N	N	N	P	P	N	N	I
BGM03	Y	N	N	N	Y	N	P	Y	I
BGM04	Y	Y	Y	Y	Y	P	Y	Y	I
BGM05	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	G
BGM06	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	I
BGM07	Y	Y	Y	Y	N	N	P	Y	I
BGM08	Y	N	N	N	Y	N	P	Y	I
BGM09	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	N	I
BGM10	Y	Y	Y	N	Y	P	Y	N	I
BGM11	Y	Y	Y	N	Y	P	Y	Y	I
BGM13	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	G
BGM15	Y	Y	Y	N	P	N	P	N	I
BGM16	Y	Y	Y	Y	Y	P	Y	N	I
BGM17	Y	Y	Y	Y	Y	P	Y	Y	M
BGM18	Y	Y	Y	N	Y	P	Y	Y	I
BGM19	Y	Y	Y	Y	Y	N	Y	N	I
BGM20	Y	Y	Y	N	P	P	N	N	I
BGM24	Y	Y	Y	Y	Y	P	Y	Y	M
BGM25	Y	N	N	N	P	Y	P	Y	I

Sub-item scores: N – no, P – partial, Y – yes.

Assessment scores: I – insufficient, M – moderate, G – good.

# Verbazing Diagned

- 11 meters van Diagned-leden
- 10 daarvan door gerenommeerde Notified Bodies beoordeeld op basis van de meest actuele ISO-norm voor bloedglucosemeters (ISO 15197:2013)
- 9 daarvan ook nog eens afzonderlijk door TÜV Rheinland getoetst aan aanvullende eisen + goedgekeurd

# Overleg IGZ - RIVM

- Algemene toelichting op onderzoek
- Alle bedrijven krijgen individuele terugkoppeling over eigen meter, verbeteringen doorvoeren iom eigen notified body
- IGZ informeert overige andere Europese toezichthouders
- IGZ dringt bij NVKC aan op standaardisatie protocol dat laboratoria gebruiken bij vergelijking bloedglucosmetingen

# Agendapunt 8

WVTTK  
Rondvraag

# de Volkskrant

## Artsen brengen zinloze behandelingen in kaart

Ellen de Visser  
Amsterdam

Artsen hebben een beter-niet-doen-lijst laten opstellen van behandelingen die niet effectief zijn. De lijst bevat ruim dertienhonderd verrichtingen die artsen beter kunnen nalaten omdat er geen wetenschappelijk bewijs voor bestaat. Minister Schippers van Volksgezondheid neemt de lijst vandaag in ontvangst.

Slechts de helft van wat artsen in ziekenhuizen doen, is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, zo blijkt uit internationale onderzoeken. De andere helft stoelt op gezond verstand, empathie, risicomijding, eetzucht en bedrijfseconomie, schreef de NFU, koepel van de acht academische ziekenhuizen, een paar jaar geleden in een rapport. Er viel, zo concludeerden de onderzoekers, 'een wereld te winnen'. De NFU wil de komende jaren de hoeveelheid onzinnige zorg terugdringen. Artsen en onderzoekers gaan daarom eerst uitzoeken hoe vaak overbodige behandelingen worden gedaan en waarom artsen die blijven uitvoeren.

Tijn Kool, onderzoeker bij IQ Healthcare (ouderdeel van het Radboudumc) nam de afgelopen jaren samen met collega's alle medische richtlijnen door en kwam tot een lijst van 1.366 niet-doen-

verrichtingen. Eenderde daarvan gaat over diagnostiek, 40 procent over medicatie. Zo is een kijkonderzoek lang niet bij alle knieklachten zinvol en krijgen patiënten met de longziekte copd veel te vaak zware medicijnen die niet werken. Sinds deze week zijn in de databank van de richtlijnen voor medisch specialisten waarschuwingen opgenomen dat terughoudendheid soms de beste optie is.

Artsen worden opgeleid om te haan-

### 1.366 medische verrichtingen telt de beter-niet-doen-lijst

delen, niet om af te wachten, zegt Kool. 'Ze doen de dingen omdat ze die zo hebben geleerd, of omdat al hun collega's ze zo doen. En vergeet de patiënt niet, die soms kan aandringen op onderzoek. Ook geld kan een rol spelen, niet behandelen levert niks op.'

Met het schrappen van onzinnige zorg valt veel geld te besparen, denkt Ernst Kuipers, voorzitter van de NFU. Cijfers ontbreken nog maar Kuipers schat in dat alleen al het afschaffen van zinloos kijkonderzoek bij maagklachten zo'n 20 miljoen euro kan opleveren.

De zorguitgaven blijven stijgen: vorig jaar bedroegen die ruim 95 miljard

euro, 40 procent meer dan tien jaar geleden. Minister Schippers vroeg partijen in de zorg daarom drie jaar geleden mee te denken hoe de gezondheidszorg betaalbaar kan blijven. De NFU begon daarop met het project Doen of Laten?

Om uit te zoeken waarom artsen doorgaan met zinloze behandelingen en diagnostiek, worden de komende tijd al bit voorberiden onder de loep genomen. Waarom worden infusen en katheters, bronnen van infectie, niet sneller verwijderd? Waarom vragen internisten zo veel nutloze foto's en scans aan? Tal van ziekenhuizen en huisartsen werken mee aan het onderzoek.

De afgelopen jaren is een aantal veel voorkomende behandelingen al sterk teruggedrongen toen bleek dat ze weinig toevoegden. Zo worden verstandskiezen niet meer preventief getrokken, is de halfjaarlijkse picointosie bij meisjes verdwenen en pikken artsen bij kinderen niet meer standaard de oren doot, omdat pijnstilling net zo effectief is. Kool: 'Un die voorbeelden blijkt dat het kan en dat we artsen moeten hebben die voorop lopen en hun collega's betuivloeden.'

PIAGNA 5  
Drie voorbeelden van overbodige behandelingen en diagnostiek

'Met robotbenen kun je veel meer dan met gewone benen'

PROTHESESPECIALIST  
HUGH HERR P9



Piepjonge moeders in Niger

VERSTOTEN MAAR NIET VERGETEN P16-17



Hooguit de helft van de behandelingen is nuttig voor de patiënt. De NFU, koepel van academische ziekenhuizen, zoekt uit waarom onzinnige zorg wordt geboden. Drie voorbeelden uit de praktijk.

Door Ellen de Visser

# Nutteloze pillen en testen

**DIAGNOSTIEK**  
Alle uitslagen binnen: niets wijzer geworden

Internisten zijn bij uitstreek de artsen die diagnoses stellen, dus zij vragen veel onderzoek aan: ze laten bloed prikken, foto's maken en scans uitvoeren. Veel van die diagnostiek is overbodig, zegt internist Marcel Levi, bestuursvoorzitter van het AMC. 'Ik kan eindeloos veel voorbeelden geven. Neem een patiënt met een nierziekte en de arts weet niet wat er aan de hand is. Hij denkt aan een falend immuunsysteem en vraagt onderzoek aan om het gehalte aan een groot aantal bloedcellen te achterhalen. Als hij alle uitslagen binnen heeft, weet hij nog niks: er zijn vijftien van die cellen en de ene blijkt iets verhoogd, de andere iets verlaagd. Dus doet hij een biopsie, hij neemt wat weefsel weg uit de nier, dan weet hij wel zeker wat er speelt. Waarom doet hij dan niet meteen een biopsie en slaar hij de eiwitbepalingen niet over?'

Dat gedrag komt deels voort uit traditie, zegt Levi: artsen doen wat ze van hun opfeider hebben geleerd. Het is ook voor een groot deel routine, af en toe omwettendheid of onzekerheid. 'De gedachte is dat je door diagnostiek nooit een ziekte of een aandoening over het hoofd ziet, maar dat klopt niet.' En soms denken artsen gewoon niet genoeg door, zegt hij: 'Het is niet realistisch om testen aan te vragen die je niet verder helpen.'

Het klinkt ons hullidig: wat kan een extra foto of scan nu kwaad voor de patiënt? Een groot misverstand, zegt Levi. 'Stel, je doet bij een patiënt een onnodige CT-scan en je vindt op een vlekje op de bijnier. Het is waar-



Een laborant doet bloedonderzoek. Veel internisten laten uit routine bloedtesten uitvoeren.

Foto Marcel van den Bergh / de Volkskrant

schijnlijk niks maar als je het weet, kan je je ogen er niet voor sluiten. Dus je gaat erin prikken want wie weet kan dat vlekje kwaad. De patiënt gaat jaren miljoenen bespaard. Elk project dat we opzetten, leverde onmiddellijk wat op, maar de klus was om

minder belastend voor de patiënt en goedkoper worden door overdiagnostiek terug te dringen, denkt hij. In het AMC zijn daarmee de afgelopen jaren miljoenen bespaard. 'Eik project dat we opzetten, leverde onmiddellijk wat op, maar de klus was om

de gedragsverandering daarna te handhaven. Dat bleek niet eenvoudig. Artsen vertrouwen toch op wat ze jarenlang hebben gedaan.' 'Je verandert de praktijk niet door artsen op de vingers te tikken. Wat wel werkt: onderling vergelijken.

Althans op een polikliniek, die hetzelfde type patiënten behandelt, dezelfde ziektes vaststelt, maar er zijn er een paar die daar veel meer onderzoek voor nodig hebben. Laat dat zien, dan gaan artsen nadenken. En dan komt het vaak goed.'

**Gerard Schouw**  
Directeur Vereniging  
Innovatieve  
geneesmiddelen

**HUISARTSEN**  
Vitamines als  
haarlemmerolie



Me? Hoofdpijn? Concentratieproblemen? Vage klachten, waarvoor de laatste jaren een populaire kapstok is gevonden: een vitaminedekort. Bz en D zijn het populairste, weet huisarts Jooel Zaat, adjunct-hoofdredacteur van het Nederlandse Tijdschrift voor Geneeskunde (NTG). 'Haarlemmerolie voor de gezondheid, noemt hij ze, omdat ze, ook door wetenschappers, met zo'n beetje alle ziektes in verband worden gebracht.'

En ja, als dan de Gezondheidsraad 50 plusvaders adviseert extra vitamine D te slikken en als libelle bericht over de gevolgen van een vitaminedekort, dan is het lastig om daar tegenin te gaan, zegt Zaat. Het is dat vitaminedekort niet veel kosten, schreef hoogleraar huisartsgeneeskunde Patrick

Bindels vorig jaar in het NTG, anders zou je vitaminedekort testen met betrekking tot het verzuimen van een ziekte. Het probleem met de vitamines, zegt Zaat: er is een boven- en een ondergrens waar het gros van de mensen tussen zit, maar ben je ziek als je hoger of lager scoort? 'We weten niet zeker of klachten worden veroorzaakt door een afwijking in het bloed.'

Ondanks die onzekerheid kraken huisartsen op het formulier voor bloedonderzoek toch vaak vitamines aan. Het aantal aanvragen is de laatste jaren sterk gegroeid, schreef hoogleraar Bindels. Artsen weten hetis wel dat het onzeker is, zegt Zaat, maar bloedonderzoek levert ook geruststelling op. 'Je koopt als het ware wat tijd. Is dat altijd slecht handelen?'

Wor zijn promotie-onderzoek, ruim 25 jaar geleden, gaf hij huisartsen in Twente een vreesloosadvies aan: vraagformulier, waarmee ze nog maar een beperkt aantal bloedwaarden konden laten bepalen. Wilden ze meer onderzoek, dan moesten ze extra moeite doen. 'Natuurlijk nam het aantal aanvragen drastisch af, maar toen het formulier terugkwam, was dat heel snel weer op het oude niveau. Het is illustratief voor de praktijk: schiel een handreikingje gewoonte maar eens af.'

**Het is dat de pillen niet veel kosten, anders zou je denken dat de makers een ziekte verzinnen**

Patrick Bindels hoogleraar huisartsgeneeskunde

**De kans dat je met kijkonderzoek bij jongere mensen iets ontdekt, is minimaal**

Ernst Kuipers hoogleraar maag- darm- leverziekten

**MAAGKLACHTEN**  
Belastend en duur  
kijkonderzoek



Jaarlijks worden ruim 200 duizend kijkonderzoeken gedaan bij patiënten met maagklachten. De arts brengt dan een slangetje met een kleine camera eraan door de slokdarm naar de maag. Maagklachten komen heel veel voor, zegt hoogleraar maag- darm- leverziekten Ernst Kuipers, bestuursvoorzitter van het Erasmus MC; het is een verzamelnaam voor van alles. 'Patiënten klagen over zuurbranden, ze zijn misselijk of hebben pijn in het maaggebied. Eensde van de bevolking heeft er wel eens last van.'

Minder roken, minder drinken, afvallen: dat is wat de huisarts als eerste adviseert aan patiënten met maagklachten. Daarna worden vaak zuurremmers voorgeschreven, maar als dat allemaal niet of niet meteen

helpt, volgt onderzoek in het ziekenhuis. 'Meestal levert zo'n kijkonderzoek alleen bij de groep 60-plussers wat op', zegt Kuipers. Maag- en slokdarmkanker of maagzweren komen beneden die leeftijd immers maar weinig voor. 'De kans dat je met zo'n onderzoek bij jongere mensen iets ontdekt, is minimaal. Toch gebeurt het heel veel. Omdat artsen kennelijk toch een ernstige kwaal willen uitsluiten. Maar als we kijken wat al die onderzoeken opleveren, dan leiden ze maar zelden tot een andere diagnose en tot aanpassing van de behandeling. Ook daarna geven we meestal weer gewoon zuurremmers en adviseren we de leeftijd te veranderen.'

Een kijkonderzoek kost zo'n 200 euro, dat kost Landelijk gezien meer op 60 miljoen euro per jaar. Kuipers schat in dat eenderde van de onderzoeken zinloos is. 'Schaffen we die af, dan besparen we 20 miljoen. En belasten we patiënten veel minder want het is geen pijnlijk onderzoek. Bovendien hebben artsen dan meer tijd voor andere zorg.'

Beter niet doen betekent niet: helemaal niet doen, benadrukt Kuipers. 'Maar het kan wel wat minder. Als je het goed uitlegt aan patiënten, hebben ze daar vaak begrip voor.'