



Betreft: Brandbrief embolisatie van myomen

Geachte lezer,

Vrouwen mogen in ons land zelf beslissen. Ze hebben sinds ruim honderd jaar stemrecht en zijn baas in eigen buik. Maar ze zijn nog geen baas in eigen baarmoeder.

Het kan toch niet waar zijn dat jaarlijks bij duizenden vrouwen met een vleesboom de complete baarmoeder wordt verwijderd, terwijl er een alternatieve behandeling is, die minder ingrijpend en goedkoper is, dat we dit al jaren weten en dat de praktijk nog steeds niet is veranderd?

Bij dezen doen wij een dringende oproep aan u de impasse in het systeem te doorbreken en de perverse prikkel bij te stellen.

De huidige situatie: onnodig verwijderen van de baarmoeder

Een myoom is een vleesboom in de baarmoeder. Myomen zorgen voor pijnlijke menstruaties en hevig bloedverlies en kunnen tot onvruchtbaarheid leiden. Momenteel is hysterectomie, het verwijderen van de baarmoeder, de meest voorkomende niet-medicamenteuze behandeling van patiënten met een myoom.

Er is een andere oplossing: embolisatie. Daarbij wordt de bloedtoevoer afgesloten waardoor het myoom zal verschrompelen. Embolisatie werd in 1995 voor het eerst beschreven en is sindsdien uitvoerig getest. Emeritus hoogleraar Jim Reekers, interventieradioloog aan het Amsterdam Universitair Medisch Centrum, concludeerde op basis van [een ZonMW-onderzoek](#) dat deze behandeling niet alleen veel minder ingrijpend is voor de patiënt – zwangerschap is na embolisatie niet uitgesloten –, maar ook veel goedkoper.

Sinds [2013](#) moeten gynaecologen embolisatie met patiënten bespreken als een mogelijke behandeling van hun myoom. Toch wordt de behandeling bij slechts 100 van de 8000-9000 patiënten toegepast.

De barrières: perverse prikkels

Als embolisatie veilig, minder ingrijpend en goedkoper is, waarom wordt het dan nog maar zo weinig uitgevoerd? Het antwoord ligt in de perverse prikkels in ons zorgsysteem.



De behandelend specialisten (gynaecologen) lijden inkomstenverlies wanneer ze patiënten voor embolisatie moeten doorverwijzen naar de interventieradioloog. Voor huisartsen is het niet mogelijk direct naar de interventieradioloog te verwijzen – dat er aan behandelingen bij de interventieradioloog geen diagnose-behandelcombinaties (dbc's) zijn gekoppeld maakt het nog ingewikkelder. Zorgverzekeraars zouden kunnen sturen op zorginkoop, maar dat is niet aantrekkelijk omdat de aantallen klein zijn. Daar komt nog bij dat een myoom geen levensbedreigende ziekte is, waardoor de medische noodzaak van ingrijpen laag wordt ingeschat.

Zo kan het dat veel vrouwen nooit bij de interventieradioloog terecht komen. Terwijl embolisatie voor hen een geschikte, minder ingrijpende en baarmoederbesparende behandeling zou zijn van een aandoening die hun kwaliteit van leven aanzienlijk verlaagt.

De oplossing: systeemverandering en alternatieve bekostiging

Het is niet onmogelijk om dit probleem op te lossen. In het Tilburgse Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis trekken gynaecologen en radiologen samen op bij de behandeling van myomen en hebben ze afspraken gemaakt over bekostiging. Zo hebben ze de perverse financiële prikkel weg kunnen nemen. Het gevolg: embolisatie wordt veel vaker toegepast en, een mooie bijvangst, de praktijk groeide.

Kom in actie!

Specialisten, wees transparant naar de patiënt over verschillende behandelmogelijkheden en verwijs haar vaker door naar de interventieradioloog.

Beleidsmakers, zorg voor duidelijke richtlijnen die sturen op de minst ingrijpende behandeling. Grijp daarvoor het nieuwe traject zorgevaluatie aan.

Zorgverzekeraars, ontwerp positieve prikkels om embolisatie in te kopen, zonder dat de gynaecoloog hieronder hoeft te lijden.

Samen kunt u de zorg goedkoper en efficiënter maken en de patiënt geven waar ze recht op heeft: baas zijn in eigen baarmoeder.

Met vriendelijke groeten,

Paul Iske
Bas Ruysenaars
Instituut voor Briljante Mislukkingen