

Schelto Kruijff

Hoe gezond is het ziekenhuis eigenlijk

Fundamentele vragen over
de geneeskunde

Uitgeverij Balans

Copyright © 2026 Schelto Kruijff/Uitgeverij Balans, Amsterdam

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd bestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Tekst- en datamining van (delen van) deze uitgave is uitdrukkelijk niet toegestaan.

Omslag Mijke Wondergem
Omslagbeeld Jerome de Lint
Boekverzorging Michel Wassenaar, Perfect Service
Druk Wilco

ISBN 978 94 638 2489 7

NUR 740

www.uitgeverijbalans.nl

 [instagram.com/uitgeverijbalans](https://www.instagram.com/uitgeverijbalans)

 [linkedin.com/company/uitgeverij-balans](https://www.linkedin.com/company/uitgeverij-balans)

 uitgeverijbalans.nl/nieuwsbrief

Inhoud

Proloog	7
1. Van ritueel tot robot. Een geneeskundige reis door de tijd	11
2. Maken dokters de mens beter?	45
3. Het redden van levens	66
4. Hoeveel levens redden dokters precies?	99
5. Verbeteren ziekenhuizen de gezondheid?	132
6. De kracht van het nietsdoen	154
7. Meer zorg maakt niet gezonder	190
8. De ongemakkelijke zorgparadox	208
9. De zorg van de toekomst	227
10. Duurzaam voorwaarts	250
Epiloog	255
Literatuur	259

Proloog

In 2005 begon ik als jonge arts aan mijn loopbaan. Ik had tijdens mijn geneeskundeopleiding sterk het gevoel gekregen dat ik hier in Nederland als dokter niet zoveel meer kon bijdragen als ik graag zou willen. Het land was 'af', iedereen had toegang tot zorg en de welvaart was in de jaren negentig hoog. Omdat ik zocht naar manieren om meer van betekenis te kunnen zijn als arts, vertrok ik naar Malawi, een prachtig, maar zeer arm land in Sub-Sahara-Afrika, met in de ziekenhuizen beperkte middelen en mogelijkheden. Ik werkte daar in een groot streekziekenhuis, het Nkhoma Mission Hospital, samen met een ervaren arts die mij alles leerde over het werk in deze omstandigheden.

Op een van onze missies reden we honderden kilometers om een zieke jongen te inspecteren, hem een matras te brengen en pijnstilling te geven. We kwamen aan bij een donkere lemen hut waarin we in eerste instantie alleen zijn ouders en een geit leken aan te treffen. Pas toen onze ogen zich hadden aangepast aan het donker werden we een magere gestalte gewaar, verscholen onder dekens. De hut stonk en het wemelde er van de vliegen. Toen ik de dekens voorzichtig terugvloog, zag ik een zestienjarige Malawische jongen met een witte huid, een albino. Zijn aangezicht was volledig bedekt door een huidtumor, iets wat door pigmentgebrek bij albino's sneller optreedt. De tumor was ooit begonnen als een doodnormale

huidafwijking die in een vroeg stadium eenvoudig verwijderd had kunnen worden. Toch deden we, misschien tegen beter weten in, verschillende pogingen te helpen en namen hem op in ons ziekenhuis terwijl we zochten naar een oplossing voor dit nare en verminkende probleem. Zo probeerden we een bestralingsfaciliteit in het buurland Zambia zover te krijgen hem te behandelen. Maar midden in dat proces weigerden hij en zijn ouders verdere hulp en wilden terug naar huis. Daar overleed hij. Het enige concrete wat we hem uiteindelijk hadden kunnen bieden, was een zachte matras om op te sterven. We voelden ons nutteloos en machteloos omdat we niet een verschil voor hem hadden kunnen maken.

Jonge artsen beginnen hun carrière vaak met een sterke, idealistische moraal, net als ik destijds. Ze hopen goed te doen door patiënten bij te staan en levens te redden. Jaarlijks strijden in dit land talloze scholieren om een plek in de geneeskundeopleiding, gedreven door het verlangen om iets wezenlijks en van waarde aan de mensheid bij te dragen. Ook ik legde aan het eind van mijn opleiding de eed van Hippocrates af met de belofte om lijden te verlichten, de mens niet te schaden en diens gezondheid te bevorderen.

Tijdens mijn werk in landen met verschillende gezondheidssystemen, in Nederland, Australië, Zweden maar ook in lage-inkomenslanden als Malawi en Kenia, ben ik me steeds vaker gaan afvragen: wat is de daadwerkelijke maatschappelijke impact van ziekenhuizen in een maatschappij? Waar streven ze naar? Maken ziekenhuizen de maatschappij uiteindelijk wel zoveel gezonder en hoeveel levens redden dokters eigenlijk tijdens hun gehele carrière?

De medische sector is in de loop van de afgelopen eeuw uitgegroeid tot een heilige tempel binnen de samenleving. Wij Nederlanders denken dat we niet meer zonder kunnen. Toch lijkt de daadwerkelijke impact van de zorg op de volksgezond-

heid, zeker in verhouding tot de inspanningen, beperkt. Goed onderwijs, dagelijkse voeding, veilige huisvesting en financiële zekerheid hebben een veel grotere invloed op onze levensverwachting, maar hierin investeren we veel minder dan in de zorgsector. Die verbruikt jaarlijks honderdtien miljard euro, een groot deel van de maatschappelijke portemonnee, waar bijvoorbeeld de gehele onderwijssector nog geen vijftig miljard van neemt. En dat terwijl een kind dat goed onderwijs geniet, in een veilig huis opgroeit en nooit honger lijdt, statistisch gezien een stuk minder zorg nodig zal hebben tijdens het leven.

Bovendien is deze enorme ziekenhuissector inmiddels uitgegroeid tot een van de meest vervuilende industrieën ter wereld en stoot zelfs meer CO₂ uit dan de vliegindustrie. Ziekenhuizen verbruiken indrukwekkende hoeveelheden grondstoffen en produceren miljoenen tonnen afval, die uiteindelijk worden verbrand. Je zou hiervan een groot gezondheidsvoordeel verwachten, maar het ziekenhuis waar ik elke dag naar toe fiets draagt – hoe wrang ook – juist óók bij aan nieuwe gezondheidsproblemen. Want met zijn uitstoot draagt de sector juist bij aan klimaatverandering, luchtvervuiling, hittestress en natuurrampen, die de gezondheid verslechteren. Dat kan toch niet de bedoeling zijn?

In dit boek laat ik zien, mede door ervaringen uit mijn carrière als oncologisch chirurg, hoe de zorgsector, in zijn poging onze gezondheid te bevorderen, deze paradoxaal genoeg juist steeds verder ondermijnt. Ziekenhuizen zijn steeds minder gezond dan we denken, en eisen een hoge prijs. Het wordt tijd om de rol van ziekenhuizen in een snel veranderende wereld bij te stellen.

I.

Van ritueel tot robot. Een geneeskundige reis door de tijd

Ja, hoe gezond zijn ziekenhuizen eigenlijk? Om die vraag te kunnen beantwoorden, is het belangrijk enig inzicht te krijgen in hoe de zorg is gekomen waar ze vandaag is. Wereldwijd is de zorg een indrukwekkende industrie geworden. Er zijn ongeveer 216.000 ziekenhuizen met gezamenlijk zo'n 23 miljoen bedden. Op een gemiddelde dag worden er enkele miljoenen patiënten behandeld, zowel in bedden als via poliklinieken en spoedeisende hulp, en ongeveer twintig tot dertig miljoen medewerkers rijden dagelijks heen en weer naar deze ziekenhuizen om de zorg draaiende te houden. De schaal van de sector laat zien hoe ingrijpend en arbeidsintensief de ziekenhuiszorg wereldwijd is.

De geneeskunde zoals we die vandaag de dag kennen is ontstaan uit de fundamentele menselijke behoefte om ziekten te begrijpen en te behandelen, om menselijk lijden te verlichten. In de vroegste tijden was er nog geen georganiseerde zorg zoals we die nu kennen, maar probeerden mensen al wel op allerlei manieren ziekten te verlichten en verwondingen te genezen. De geschiedenis van de geneeskunde is daarom een fascinerend verhaal van menselijke inspanningen om medische problemen te doorgronden en te bestrijden.

Zelf voelde ik als kind nog niet de behoefte om die inspanningen te leveren. Als zoon van een gynaecoloog en een kinderverpleegkundige, met ooms en tantes die chirurgen,

kinderartsen en verloskundigen waren, groeide ik op in een medisch nest. In mijn familie sprak iedereen vaak en veel over werk, maar het waren verhalen die mij op de een of andere manier niet zo interesseerden en zelfs een beetje afstootten. Voor mijn gevoel was die medische wereld altijd en overal aanwezig en overstemde vaak andere gesprekken. Daarnaast was er thuis de eeuwige onrust om de diensten. Zaten we op zondagochtend in de auto met het gezin op weg naar het strand, het volgende moment reden we met gierende banden naar het ziekenhuis vanwege ‘een spoedsectio’, een keizersnede die urgent moest plaatsvinden.

In het gezinsleven en de familie ging het vaak over het ziekenhuis, de maatschap, de stijgende kosten van die zorg en een minister als Els Borst. Ik kwam zelf intussen vaker in het ziekenhuis dan me lief was, omdat ik vaak aan mijn oren geopereerd moest worden. De menggeur van anesthesiegassen, ontlasting, koffie en ontsmettingsmiddel die in de gangen hing terwijl ik in mijn bedje naar de operatiekamer gereden werd, liet een blijvende afkeer bij me achter. Omdat we ‘buiten’ woonden, op 14 kilometer fietsen van mijn school, zat ik in een luie bui soms na school in het ziekenhuis te wachten op mijn vader, hopend op een ritje naar huis. Maar hij stond dan vaak helaas ‘vast op de operatiekamer’. Terwijl ik wachtte zag ik ze voorbijrennen, de artsen in hun lange witte jassen. Ze leken me in mijn ogen behoorlijk zelfingenomen, serieus kijkend met piepers en boekjes in hun zak, zich ‘redders van de mens’ wanend. Het vak was niets voor mij.

Ik had hele andere interesses, in zaken die mij veel belangrijker leken. Zoals de waarschuwingen van de Club van Rome over klimaatverandering. Die hielden mij ’s nachts pas echt wakker. Wat had het voor zin om individuele patiënten een voor een beter te maken terwijl we tegelijkertijd zo’n probleem op ons af zagen komen? Het leek me daarom logischer

om biologie te gaan studeren en daarna milieuwetenschappen. De opleiding geneeskunde had naar mijn gevoel oogkleppen op en ik miste een systemische en brede manier van denken met essentiële vragen. Waarom genezen we mensen? Met welk doel? Wat zijn de grote gezondheidsuitdagingen van deze tijd? Deze wezenlijke vragen worden vanuit filosofisch perspectief nauwelijks behandeld in de studie geneeskunde.

Een eeuw daarvoor hadden mijn beide grootvaders er juist alles aan gedaan om arts te mogen worden. Mijn grootvader van vaders kant was een telg uit een rijke bollenhandelaarsfamilie. Ze woonden in een soort paleis in Sassenheim, Het Oude Koningshuys. Mijn overgrootvader handelde succesvol in de bollen, een booming business in die tijd. Hij zou zelfs met tsaar Nicolaas bollen verhandeld hebben, die er blijkbaar dol op was. Mijn grootvader was de enige in deze handelsfamilie die geïnteresseerd was in geneeskunde. Hij zat dagelijks in de tuin kikkers te ontleden om te weten hoe ze aan de binnenkant in elkaar zaten. Al vroeg wist hij dat hij dokter wilde worden. Door de economische crisis ging de bollenonderneming van zijn vader helaas failliet en was er geen geld meer voor een geneeskundestudie. Gelukkig kon hij rekenen op rijke vrienden die hem een lening gaven. Hij voltooide zijn geneeskundeopleiding en promoveerde daarna op een gynaecologisch onderwerp. Hoewel er daarna een baan als gynaecoloog voor hem klaarlag, vestigde hij zich als huisarts in een klein dorpje in Gelderland, Herwijnen. Hij hield meer van het buitenleven en kwam graag bij patiënten thuis.

In Herwijnen werd hij door een rijke familie gekoppeld aan hun Zwitserse au pair, op wie hij verliefd werd. Hoewel zij eerst nog *hard to get* speelde en eerst terugging naar Zwitserland om haar verpleegkundeopleiding af te maken, kwam ze later terug. Hij werd getipt en stond met een bos rozen bij

de trein om haar ten huwelijk te vragen. Ondanks dat ze veertien jaar jonger was, zei ze ja en trouwde ze met hem. Zoals zij, mijn oma, mij later vaak vertelde: 'Als zo iemand voor je staat met een bos rozen heb je geen keuze, ik moest wel ja zeggen.' Dat was natuurlijk onzin. Waarschijnlijk leek het haar gewoon een mooi avontuur om in een ander land samen een huisartspraktijk te gaan runnen.

Zonder deze vrouw had mijn grootvader het als huisarts zeer waarschijnlijk niet gered. Het huisartsenvak was zwaar. Mijn grootvader fietste door weer en wind naar patiënten en begeleidde veel bevallingen in de regio. Soms moest hij met een bootje de Waal oversteken om op een woonboot een geboorte bij te staan. Mijn oma bereidde alle medicatie voor, onderzocht de patiënten vaak eerst en verzorgde de wonden.

Artsen hadden toen veel minder middelen tot hun beschikking en patiënten gingen zelden naar het ziekenhuis. Er waren weinig medische interventies beschikbaar. De overlevingskansen van patiënten hingen vaak af van het natuurlijke verloop van de ziekte. Mijn grootvader richtte zich vooral op het verlichten van lijden, en slechts af en toe lukte het hem de dood uit te stellen. Hun eigen inkomen was niet altijd zeker doordat nog niet iedereen een zorgverzekering had. In de oorlog konden mensen mijn grootvader niet altijd voor zijn diensten betalen en moest hij het met een stuk kaas of vlees doen als betaalmiddel in natura.

De eerste vorm van verplichte medische verzekering werd in Nederland namelijk pas ingevoerd in 1941, ironisch genoeg niet door de Nederlandse overheid zelf – die er al decennialang over debatteerde zonder tot een akkoord te komen –, maar door de Duitse bezetter. Het Ziekenfondsenbesluit was bedoeld om werknemers met een laag inkomen te beschermen tegen ziektekosten, gebaseerd op het Duitse systeem

van *Krankenkassen*. Na de bevrijding bleef het besluit gehandhaafd, omdat het zo'n grote verbetering was ten opzichte van de vooroorlogse situatie. Pas in 1964 werd het omgezet in een volwaardige Nederlandse Ziekenfondswet. Het systeem werkte op basis van een verplichte verzekering voor werknemers in loondienst onder een bepaalde inkomensgrens. Zelfstandigen, boeren en mensen met hogere inkomens vielen erbuiten en waren aangewezen op particuliere verzekeringen. De Ziekenfondswet vormde de basis van het sociale verzekeringsstelsel in Nederland, totdat de Zorgverzekeringswet van 2006 het oude stelsel verving en iedere inwoner van Nederland wettelijk verplicht werd een basiszorgverzekering af te sluiten. De kennis en mogelijkheden van artsen als mijn grootvader lijken in de ogen van moderne artsen misschien middeleeuws, maar dokters hadden begin 1900 al veel meer kennis van fysiologie en anatomie dan in de eeuwen daarvoor. Zo werd mijn grootvader op een dag geconfronteerd met een schipperskind dat tien weken te vroeg werd geboren en slechts 1000 gram woog, destijds vrijwel kansloos om te overleven. Desondanks vroeg hij de timmerman uit het dorp snel een houten kist te bouwen met een dubbele bodem en een kruik om het warmteverlies tegen te gaan, de grootste bedreiging in deze levensfase. Tot ieders verbazing werkte deze geïmproviseerde couveuse en overleefde het kind. Later studeerde deze prematuur geboren baby geneeskunde in Utrecht en werd hij een bekend anatomisch tekenaar. Hij werd gered door de geneeskundige kennis en droeg er zelf weer aan bij.

Natuurlijk was de constructie van deze couveuse technologisch eenvoudig, maar de kennis die nodig was voor het ontwerp en het inzicht in de werking ervan was er al. Deze kennis vormt nog steeds de basis voor de moderne couveuse die vandaag de dag gebruikt wordt door de gespecialiseerde afdelingen neonatologie voor te vroeg geboren kinderen.