



Al toen MAROESKA ROVERS ging studeren, wist ze dat ze maatschappelijk relevant onderzoek wilde doen. Ze realiseert zich dat ze vaak voor de troepen uitloopt, ook nu weer in haar positie als hoogleraar Evidence-based Surgery aan het Radboudumc. ‘Het Nederlandse chirurgische onderzoek zou tot de top van de wereld kunnen behoren, maar we concurreren nog teveel met elkaar. In welk ander land zijn de afstanden zo klein en zijn alle patiënten via een basisverzekering verzekerd?’ Tekst Gonny ten Haaft

‘De epidemiologie wordt een heel ander vak: als alles open access wordt, zijn er geen cohorten meer nodig’

Bij Maroeska Rovers staat altijd lekkere koffie klaar, zo laat ze in een mail weten. In plaats van de automatenkoffie uit het Radboudumc, presenteert ze koffie uit een espressoapparaat van een bekend merk. Ze kreeg dit apparaat van haar collega's van het UMC Utrecht, bij haar afscheid vier jaar geleden.

‘Ik krijg er veel aanloop door. Chirurgen komen, als ze maar even tijd over hebben, voor een snel kopje koffie naar mijn kamer. Ik waardeer dat, juist dat directe contact is heel waardevol.’

Het tekent Maroeska Rovers die op de relatief jonge leeftijd van 38 jaar door het Radboudumc gevraagd werd om een leerstoel Evidence-based Surgery op te zetten. Ze staat bekend als toegankelijk, ambitieus, bevlogen en communicatief sterk. Allemaal eigenschappen die ze nodig heeft bij haar opdracht om de doelmatigheid en duur-

zaamheid van chirurgische technieken te onderzoeken. ‘Ja, dat betekent dat ik natuurlijk veel discussies voer met chirurgen. Eigenlijk gaat dat altijd goed. Chirurgen zijn vaak recht voor zijn raap, ik vind dat prettig. Bij chirurgen is het *what you see, is what you get*.’

Trommelvliesbuisjes en mandarijnennetjes

Rovers kreeg veel bekendheid met haar promotieonderzoek, nu alweer vijftien jaar geleden. Op basis van een gerandomiseerde studie liet ze zien dat het plaatsen van trommelvliesbuisjes bij hele jonge kinderen met een middenoorontsteking vaak geen effect heeft. Zolang kinderen geen andere klachten hebben dan gehoorverlies, kunnen deze buisjes beter niet worden geplaatst. ‘Voor de meeste kinderen in een afwachtend beleid net zo goed.’

Zeker sinds de start van de campagne Verstandig Kiezen in 2014 (een initiatief van de Orde van Medisch Specialisten, wetenschappelijke verenigingen en ZonMw), hoeft Rovers de noodzaak van het nemen van behandelbeslissingen op basis van ‘evidence-based aanbevelingen’ minder vaak uit te leggen. Tegelijkertijd verbaast het haar dat het aantal kinderen dat trommelvliesbuisjes krijgt, nog maar weinig is afgenomen.

‘We zijn dus te láát met onze effectiviteitsonderzoeken. Als een behandeling eenmaal is ingeburgerd, is het heel lastig om te bewerkstelligen dat artsen, en ook ouders, ervan afzien. Zeker zolang een behandeling geen schade oplevert, krijg je dat bijna niet voor elkaar.’

Haar werk van de laatste jaren heeft haar in deze visie gesterkt. Tot haar verbazing ontdekte zij dat medisch-technologische en chirurgische innovaties zomaar ‘in de markt gezet mogen worden’, zonder ook maar de simpelste toets op de effectiviteit ervan. Het contrast met de eisen die aan geneesmiddelen worden gesteld, had niet groter kunnen zijn.

‘Het voorbeeld van het mandarijnnetje dat het tv-programma *Radar* vorig jaar liet zien, is wáár. De programmamakers kregen het voor elkaar om een keurmerk te krijgen voor een implantaat voor vrouwen die last hebben van een verzakking. Ze presenteerden hun nieuwe product als een bekkenbodematje, maar in werkelijkheid was het een netje voor mandarijnen.’

Voorwaardelijke toelating?

Volgens Rovers kan dit alleen veranderen als we ‘heel anders gaan denken’. Medische innovaties moeten liefst al ‘aan de voorkant’ worden getoetst, nog voordat ze op de markt komen. ‘We moeten veel eerder met bedrijven in gesprek. Eerst over hun ideeën, en vervolgens over de vraag of het betreffende idee beter is dan het bestaande, én of het kosteneffectiever is. Misschien moeten we de vraag zelfs omdraaien: als je die verbetering denkt te behalen die je geraamd hebt, wat mag je innovatie dan kosten?’

Liefst ziet Rovers een beleid waarbij medisch-technologische innovaties die in eerste studies positieve resultaten laten zien, voorwaardelijk worden toegelaten. Blijkt tijdens deze proefperiode dat het product toch niet (kosten)effectief is, dan pleit zij voor een streng beleid, dat wil zeggen geen definitieve toelating. Ze is hierover onder andere met het Kwaliteitsinstituut in gesprek. ‘Ik snap natuurlijk dat dit een grote stap is. Zo’n beleidswijziging raakt grote delen van het stelsel. Voor specialisten en ziekenhuizen kan het bijvoorbeeld betekenen dat ze minder gaan verdienen, dat krijg je niet zomaar voor elkaar.’

Toch hoopt Rovers dat alle betrokken partijen (politici, beleidsmakers, bedrijven, dokters en patiënten) ‘hierboven kunnen gaan staan’. De snel voortschrijdende technologische ontwikkelingen maken de gezondheidszorg domweg te duur, vindt Rovers. ‘Alleen al met de ontwikkeling van medische technologie is in Europa jaarlijks acht miljard euro gemoeid. We kunnen zo niet doorgaan, zeker als je bedenkt dat zestig tot tachtig procent van de ziekenhuisinterventies nog nooit is onderzocht. Het is makkelijk om kritiek te hebben op kno-artsen die nog steeds trommelvliesbuisjes plaatsen, maar het is wel hun verdienste dat ze hun handelen hebben onderzocht en zich dus kwetsbaar hebben opgesteld. Dat zouden meer disciplines moeten doen.’

Test-OK

De hoogleraar wijst hierbij op een studie van de Cochrane-groep, waarbij in een meta-analyse 743 gerandomiseerde studies naar het effect van nieuwe behandelingen zijn onderzocht. In totaal waren hier 300.000 patiënten bij betrokken. Bij slechts 50 procent van deze innovaties bleek de nieuwe therapie inderdaad beter dan de bestaande.

Deze percentages worden volgens Rovers ‘keer op keer’ in onderzoek bevestigd. Zelf heeft het Radboudumc kortgeleden een dochteronderneming opgericht waar-

in zij onderzoek doet voor bedrijven die overwegen een nieuw product (verder) te ontwikkelen. ‘We hebben de innovatie van tien fabrikanten gemodelleerd; wederom blijft die 50/50-verdeling overeind.’

In het najaar opent het Radboudumc drie operatiekamers die geschikt zijn om nieuwe technologieën te testen. Zo zijn er hoge verwachtingen van een MRI-scanner die tijdens het opereren gebruikt kan worden. Op de eerste plaats hoopt het ziekenhuis hiermee de resultaten van haar behandelingen te verbeteren, bijvoorbeeld omdat tumorweefsel beter kan worden verwijderd. Ten tweede kunnen deze OK’s worden gebruikt door bedrijven die hun producten willen testen, inclusief onderzoek naar effectiviteit en kosten.

‘De eerlijkheid gebiedt me te zeggen dat we deze innovaties zullen moeten evalueren’, lacht Rovers. ‘We denken wel dat een MRI-scan tijdens het opereren verbeteringen oplevert, maar dat moeten we nog wel bewijzen voordat er straks ook elders in Nederland MRI-scanners op de operatiekamers komen.’

Benedictijns leiderschap

Voor bedrijven, ziekenhuismanagers en artsen is Rovers regelmatig de professor die op basis van modellen de vooruitgang tegenhoudt. Ze deinst er niet voor terug om de *toys for the boys*-cultuur te kritiseren. Zo vindt zij dat de populaire Da Vinci-robot, een op afstand bestuurbare operatierobot, in teveel ziekenhuizen is geplaatst. Soms is deze kritische rol wel eens moeilijk, maar ze heeft altijd steun aan haar team. ‘Wetenschap is samenwerken. Als onderzoeker moet je altijd je bevindingen bij anderen toetsen, je moet blijven spiegelen. Gelukkig ben ik er altijd in geslaagd zulke collega’s te vinden.’

Daarnaast omschrijft ze zichzelf als een vechter en iemand die – kennelijk – graag voor de troepen uitloopt. Anderen noemen haar eigenwijs, maar zelf spreekt ze liever van onconventioneel. Pas recent ontdekte ze hoezeer ze gevormd is door haar vader.

‘Hij is een uitgetreden priester. Tijdens een cursus leiderschap ging het over Benedictijns leiderschap, en toen zag ik een duidelijke parallel met een boek dat mijn broer over mijn vader schreef. Het boek gaat over mijn vaders waarden en normen, en hoe hij deze wil overdragen en iets voor anderen wil betekenen. Ik wist nooit hoe ik aan mijn drive kwam, maar ineens besepte ik dat het in mijn genen zit. Al toen ik ging studeren, wist ik dat ik onderzoek wilde doen dat helpt om maatschappelijke vraagstukken op te lossen.’

Conventionele referenten

Vanuit deze maatschappelijke gedrevenheid is Rovers dan ook blij met de Wetenschapsvisie 2025. Niet eerder verscheen een landelijke visie waarin zo expliciet benoemd staat dat burgers, maatschappelijke groeperingen en bedrijven een belangrijke inbreng bij onderzoek en innovatie moeten hebben. Langzaam ziet Rovers deze bewustwording groeien, maar helaas zijn er binnen de wetenschappelijke wereld ‘nog veel remmende krachten’. Als voorbeeld toont ze de recentste versie van een wetenschappelijk artikel dat door ‘de grote bladen’ (zoals *the Lancet* en *BMJ*) is afgewezen. In het artikel rekenden Rovers en haar collega’s uit hoeveel er te besparen valt als Nederlandse dokters hun medisch handelen zouden baseren op de zogeheten ‘do not recommend’-lijst die het Engelse National Institute for Health and Care Excellence (NICE) opstelde. Op basis van gegevens van de Stichting Dutch Hospital Data rekenden de onderzoekers dit eerst uit voor de chirurgische ingrepen die op deze lijst staan. Vervolgens extrapoleerden ze deze getallen naar alle interventies binnen de Nederlandse ziekenhuizen.

‘Als we in deze analyses uitgaan van een schatting dat vijf procent van de nu bestaande chirurgische interventies niet effectief is, dan zouden we in Nederland per jaar ongeveer zestig miljoen euro kunnen besparen.’

Volgens Rovers is dit artikel niet geaccepteerd omdat veel referenten niet gewend zijn om op deze manier te denken. Reviewers zijn vaak conventioneel. ‘Het antwoord dat we steeds kregen, is dat onze getallen het resultaat zijn van assumpties. Dat is ook zo, maar het zijn wel conservatieve assumpties. Natuurlijk is er onzekerheid, maar als je zulke artikelen niet plaatst, dan kan je toch ook dit debat niet voeren? Hoe wil je dan de zorg betaalbaar houden?’

Interactieve evaluatie

Daarvoor moet je anders kunnen en willen denken, benadrukt Rovers nogmaals. Onder andere dringt zij erop aan om producten en interventies veel meer te ontwikkelen in een ‘interactief evaluatieproces’. ‘In Nijmegen hebben mijn collega’s een methodiek ontworpen waarbij we de visies van alle betrokkenen in een vroeg stadium bij elkaar brengen. Patiënten vertellen waar ze behoefte aan hebben, en waarom, en dat geldt ook voor dokters. Bedrijven op hun beurt kunnen aangeven waarmee ze geholpen zouden zijn, enzovoorts. Op basis van een aantal interviewrondes ontstaat consensus die uiteindelijk resulteert in een bepaalde innovatie. Vervolgens kunnen we deze innovatie modelleren: is deze kosteneffectief?’

Om deze methodiek verder te beproeven, dienden Rovers en haar collega’s een aanvraag in bij een groot Europees fonds. Helaas ontvingen ze kortgeleden een afwijzing. De hoogleraar vindt het niet moeilijk hierover te vertellen – ook dit hoort bij de pioniersrol die zij vaak vervult. ‘We wilden met dit voorstel vooral ons gedachtegoed uitdragen: een manier van denken waarbij de wensen van de patiënt het uitgangspunt van een innovatie vormt. Een van de redenen om de aanvraag af te wijzen, was dat we iets kleins zouden zijn vergeten bij de medische behandeling die we als voorbeeld wilden nemen. Ik denk dat we te ver voor de troepen uitlopen – over vijf jaar zijn de fondsen wellicht wel rijp voor zo’n aanvraag.’

Nieuwe vragen

Bij Rovers ligt de nadruk vaak op het woord ‘samen’. Onderzoek moet meer samen met patiënten gebeuren, samen met bedrijven, en ook veel meer in een samenwerkingsverband tussen ziekenhuizen onderling. Nu ijvert elk UMC voor zichzelf.

‘Als de UMC’s en perifere ziekenhuizen zich zouden verenigen, zou het Nederlandse onderzoek tot de wereldtop kunnen behoren. Nederland biedt zoveel voordelen: alle patiënten hebben een basisverzekering, de lijnen zijn kort en je kunt één onderzoeker door heel Nederland sturen. In de praktijk zie je echter dat de UMC’s eerder buitenlandse centra opzoeken om samen te werken.’ Daarnaast moeten we tijdig inspelen op ontwikkelingen die zich binnen de onderzoekswereld voordoen, constateert Rovers. Ook haar eigen vak, de epidemiologie, verandert in snel tempo. ‘Bij mijn promotieonderzoek moest ik nog bevechten dat verscheidene onderzoekers hun data met elkaar zouden delen. Nu is dat heel gewoon. Een volgende stap is dat alles “open access” wordt, waardoor er geen cohorten meer nodig zijn. Dit vraagt om “datascience”, een nieuw en ander vak, waarvan niemand nog precies weet hoe het eruitziet.’ Blijf dus nadenken, adviseert Rovers, en blijf vragen stellen. In een prikkelende blog op skipr.nl, een veelgelezen site in de zorg, gaf ze daar laatst nog een voorbeeld van. Onder het kopje ‘Siri en drones: de criminelen van de toekomst’ deed ze hier verslag van haar bezoek aan het jaarlijkse congres over ‘exponential medicine’ (geneeskunde van de toekomst) in Amerika.

‘Ook daar bleek dat de epidemiologie een heel andere rol krijgt. Hoe gaan we met al die big data om, hoe zorgen we voor veiligheid, wanneer zijn data betrouwbaar? We moeten ons realiseren dat alle bestanden koppelbaar zijn. Voor je het weet, kunnen zorgverzekeraars bij je genetische data komen, en criminelen ook. Ook weten

en DOORDOUWEN

we uit onderzoek dat álle medische apparaten in korte tijd te hacken zijn. Of neem zo’n bionische hand, wist je dat die binnen twee minuten van buitenaf te besturen valt? Bij zulke vragen staan we veel te weinig stil.’



Wie is Maroeska Rovers?

Maroeska Rovers (1973) studeerde biomedische wetenschappen aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Al tijdens deze studie werd ze benaderd voor een promotieonderzoek naar de effecten van trommelvliesbuisjes op het gehoor, de taal-spraakontwikkeling en de kwaliteit van leven bij jonge kinderen met een middenoorontsteking. Na haar promotie werkte ze als postdoc bij het MRC Institute for Hearing Research in Nottingham (VK). Van 2001 tot 2011 werkte Rovers als klinisch epidemioloog in het UMC Utrecht. In 2003 kreeg ze voor haar werk op het gebied van evidence-based medicine een Veni-subsidie; in 2008 volgde een aanstelling als universitair hoofddocent. Een jaar later kreeg ze de Elisabeth Von Freyburg prijs voor veelbelovende jonge onderzoekers. Met een Radboud-fellowship keerde zij in 2011 terug naar het Radboudumc, waar zij in 2012 tot hoogleraar Evidence-based Surgery werd benoemd. Zowel op het gebied van onderzoek als onderwijs is zij creatief en bevoegen. Vooral haar multidisciplinaire aanpak valt vaak op; in internationale projecten en multicenterstudies staat zij bekend als een ‘samenbindende leider’. Sinds 20013 is zij actief binnen de Cochrane Collaboration: zowel bij de kno-groep als bij de zogeheten Individual Patient Data (IPD)-meta-analysegroep.

Vanuit het Radboudumc spant ze zich in om het onderwijs te vernieuwen. De snelle technologische ontwikkelingen, ook op het gebied van dataverwerking en -beheer, hebben invloed op het doktersberoep en dus op het onderwijs, vindt Rovers. En omdat je met onderwijs niet vroeg genoeg kan beginnen, geeft ze meer malen per jaar ‘science4kids’-lezingen. Graag maakte ze basisschoolleerlingen enthousiast voor wetenschap en techniek, bijvoorbeeld door hen op een simulator te laten opereren.