



"De grens van de zorg is bereikt, maar de grens van gezondheid nog niet"

Je bent hoogleraar perioperatieve gezondheid aan het Erasmus MC en algemeen directeur van de Topsector Life Sciences & Health (LSH). Vanuit die laatste functie houd jij je onder andere bezig met preventie en burgerinitiatieven voor het Maatschappelijk Thema Gezondheid en Zorg van het missiegedreven kabinetsbeleid.

1

Hoe combineer je dat?

'Ik ben een eenvoudig mens. Ik kan maar één ding, namelijk constructief en innovatief denken en handelen. Dat doe ik in alle aspecten van mijn werk, zowel bij LSH als het Erasmus MC. Waarom moeten patiënten in een ziekenhuis op bed liggen bijvoorbeeld? Ze komen voor een geplande operatie negen van de tien keer lopend binnen, en toch leggen we ze in het ziekenhuis direct op bed. Een huisarts vertelt nu zittend tijdens haar spreekuur dat de patiënt meer moet bewegen. Dat is niet geloofwaardig. Kun je je voorstellen dat die huisarts met een sigaret in haar mond een patiënt adviseert te stoppen met roken? Wij zorgverleners moeten zelf het goede voorbeeld geven. Op sommige kinderafdelingen is dat al anders, daar zijn de computers op een console gezet en daarmee lopen verpleegkundigen en artsen langs hun patiëntjes. Vroeger zaten die kinderen nog passief op schoot bij hun ouders. Maar nu zien ze andere kinderen om zich heen spelen, en dan komen ze los

van hun ouders. De omgeving beïnvloedt je gedrag. Ik ken een ziekenhuis waar ze moeite hadden met het temperatuur van patiënten. Nog los van of je dat elke dag moet willen doen, hadden ze daar hele protocollen opgesteld, nieuwe temperatuurmeters gekocht, ga zo maar door. Terwijl: vrijwel alle patiënten hebben jarenlang hun eigen temperatuur opgemeten, en die van hun kinderen, of zelfs kleinkinderen. En in het ziekenhuis moet dat ineens voor hen gedaan worden. Waarom?

2

Dus de zorg- en leefomgeving moeten verbeterd worden?

'Er gaat al heel veel goed in de samenleving, dingen waar we ons niet eens meer bewust van zijn. Denk aan de preventieve werking van onderwijs, dat is enorm goed voor de levensverwachting, welzijn, welvaart en het "meedoen" in de samenleving. Maar onze mindset moet wel veranderen. Nu zorgen drie miljoen mensen voor anderen in hun directe

Prof. Dr. Nico van Meeteren is algemeen directeur het bureau van de Topsector Life Sciences & Health (Health-Holland) in Den Haag en secretaris-generaal van die Topsector. Daarnaast is hij Hoogleraar Perioperatieve Gezondheid aan het Erasmus MC in Rotterdam. Eerder was hij onder andere werkzaam bij de Universiteit Maastricht en het UMC Utrecht, en was hij Director of Innovation Healthy for Life bij TNO.

Over Health-Holland

Health-Holland werkt als coördinator samen met een nationale coalitie van publieke en private partijen voor de economische en maatschappelijke kansen van het Maatschappelijk Thema Gezondheid & Zorg van het missiegedreven Topsectoren- en Innovatiebeleid van kabinet Rutte III en IV. Dit doet de coalitie aan de hand van de vijf Gezondheid & Zorg-missies, opgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De centrale missie luidt: In 2040 leven alle inwoners van Nederland tenminste vijf jaar langer in goede gezondheid, en zijn de gezondheidsverschillen tussen de laagste en hoogste sociaaleconomische groepen met 30 procent afgenomen.

omgeving, maar wat we nodig hebben is dat de samenwerking tussen die massale informele zorg en de formele zorg sterker wordt in wijken en buurten. Nu werken die twee zorgsystemen elkaar nog veel te vaak tegen. De huisarts kende vroeger alle wijkverpleegkundigen in de wijk. Maar inmiddels weet zo'n huisarts ook niet meer wie die nou waarvoor moet benaderen, want bijna ieder jaar zijn er weer nieuwe organisaties met andere hulpverleners. En omdat die via aanbestedingsprocedures geworven worden, kan het dus gebeuren dat er Rotterdamse zorgverleners in Utrechtse wijken rondlopen.

Maar in Utrecht wordt dat nu voor het eerst anders aangepakt: daar gaat 25 procent van het Wmo-geld naar de burgercoöperatie. Ook in Austerlitz loopt een mooi initiatief. Het is een klein plaatsje (1790 inwoners in 2022, red.). Daar was het moeilijk langdurige zorg te regelen, dus wat hebben ze gedaan? Midden in het centrum zijn woningen gebouwd vanuit de burgercoöperatie "Austerlitz zorgt". Daar kunnen mensen opgevangen worden als het thuis niet meer gaat. Zo blijven ze in hun vertrouwde omgeving, het halve dorp is erbij betrokken en iedereen went aan het "er voor elkaar zijn". Maar het heeft wel zeven jaar geduurd voordat dat werkte, want de gemeente en de formele zorg konden niet direct met dat initiatief omgaan. Toch moet je wel inspelen op wat burgers zelf doen, want hen iets opleggen gaat niet werken. Je moet uitgaan van hun talent en organisatievermogen. Pas als dat niet afdoende is moet er formele zorg ingezet worden. Dus aanvullend óp, en niet in strijd met informele zorg.'

3

We worden allemaal steeds ouder. Kunnen we als samenleving die zorg dan wel opbrengen?

"Oud" is nieuw voor onze samenleving. We kennen de betekenis van "oud" nog helemaal niet. We krijgen al honderdduizenden jaren baby's, en hun ontwikkeling verloopt altijd in ongeveer dezelfde fases. We weten daarom hoe we voor baby's moeten zorgen. Maar naarmate mensen ouder worden, neemt de variatie tussen hen steeds meer toe. Dus er zijn grote verschillen tussen ouderen. We weten niet wat ouderen allemaal willen, of kunnen. Maar er komt gelukkig wel steeds meer erkenning voor de grote bijdrage die ouderen leveren aan de samenleving. Zo zijn veel ouderen tegenwoordig heel erg betrokken bij de opvoeding van kleinkinderen. Dat is enorm waardevol, zowel maatschappelijk als economisch.

En participeren in de maatschappij, "meedoen" en "ertoe doen", ook dat werkt weer preventief. Kijk naar Nederland Zorgt Voor Elkaar, dat is een nationale koepelorganisatie van meer dan 1600 burgerinitiatieven in wijken en buurten die informele zorg opbouwen en leveren. Dat wordt grotendeels gedaan door mensen voorbij de pensioengerechtigde leeftijd. Hun meedoen doet ertoe en dat werkt heel sociaal verbindend en verrijkend. Dit is een uitermate rijk sociaal construct in en voor Nederland, dat is echt waanzinnig.

Mensen roepen wel dat we individualistischer worden met z'n allen, maar dat is een minderheid die heel veel aandacht vraagt, bijvoorbeeld op social media. Maar de grote "zwijgende" massa gaat gewoon door met bijdragen leveren aan de maatschappij.'

4

Waar zit dan nog ruimte voor verbetering in Nederland?

'We zien steeds meer dat sociale netwerken als cement de wijken en buurten versterken. Maar overheden hebben wel stekken laten vallen. Mensen hebben perspectief nodig. Dat kan in de vorm van een basisinkomen, maar ook waardering voor wie je bent en wat je doet is van belang. Dat je meedoet, dat er iemand op je wacht. Dat zijn we de afgelopen jaren nogal vergeten, vooral bij mensen die het al moeilijk hebben. De waarde van het sociaal domein moet beter erkend worden. Zorg is maar voor 8 tot 10 procent verantwoordelijk voor het oplossen van ziekte, terwijl bestaanszekerheid voor 30 procent verantwoordelijk is voor de gezondheid van mensen.

Ik heb een mooi voorbeeld: Wanneer een gezin in een huis met schimmel woont, kan een kind daardoor met longproblemen op de spoedeisende hulp belanden. Maar dan zijn we eigenlijk al te laat. Want de oplossing ligt dan niet bij de spoedeisende hulp, maar bij de woningbouwvereniging. We hebben als samenleving een gedeelde verantwoordelijkheid voor zo'n kind en gezin. Dus de woningbouw moet zorgen voor goede leefomstandigheden, maar een longarts moet leren meekijken en -denken met dat gezin en de vroege signalen van verslechtering in gezondheid van het kind eerder leren opmerken. En om in die leefomgeving technologie zoals een app te ontwikkelen, moet die longarts samenwerken met bijvoorbeeld een technicus. Samen met de gezinnen die de technologie gaan gebruiken. Zo kunnen die longproblemen door henzelf in een vroeg stadium al herkend worden. In hún omgeving, waar het probleem ontstaat. In het ziekenhuis ga je zulke problemen nooit oplossen, dan ben je altijd te laat.'

5

Betekent dat meer patiënten betrekken bij onderzoek?

'Ik betrek nooit meer patiënten bij mijn onderzoek. Ik laat me betrekken bij hen. Je moet zelf gaan kijken, in hun levens, in hun wijken en omgeving. Wanneer iemand in een UMC komt, dan nemen ze de rol aan van patiënt. Zeker als mensen niet gewend zijn om voor zichzelf op te komen, kan zo'n omgeving vol witte jassen overweldigend, zelfs intimiderend zijn. Ze moeten naar onze ideeën luisteren, dan mogen ze ook wat zeggen en kunnen wij "patiëntbetrokkenheid" afvinken. Zo hebben we het tientallen jaren geprobeerd, maar met onvoldoende resultaat. In het peri-operatieve proces hebben we het over "the patient journey", waarbij er een beeld ontstaat dat een patiënt zich voornamelijk in de zorgcontext bevindt. Maar mensen zijn in hun prevalidatie- en revalidatietraject van zo'n 6 tot 18 maanden misschien 1,5 tot 2 procent van de tijd in de zorg.

Verder zijn ze in hun leven, in hun eigen omgeving. Belerend zijn over alcohol, roken en voeding heeft in onze ziekenhuiscontext weinig zin, want mensen knikken ja, maar begrijpen misschien niet eens wat je zegt. En in hun eigen leefomgeving pakken ze hun gewone bezigheden weer op. Dus zorgverleners moeten zien wat mensen in hun eigen omgeving doen. Wat doet een klinisch geriater in een ziekenhuis? Patiënten komen daar vaak pas terecht als ze naar de huisarts zijn geweest, het even aangekeken hebben, en ga zo maar door. Maar hun problemen ontstaan al veel eerder, vaak door hun leefomgeving en leefstijl. Mensen komen in de zorg bij ziekte, dus als de aandoening zich voordoet. Maar als je daarvoor al kunt meekijken hun leefomgeving zie je wat hún risico's zijn. En dan kun je, samen met hen, misschien al veel eerder ingrijpen.'

Dit is een uitgave van RegioPlus

Meer informatie

079 323 03 19
info@regioplus.nl
www.regioplus.nl