



GEZONDHEIDSECONOOM JOCHEN MIERAU SPOORT MEDISCH SPECIALISTEN
AAN DE VOLLEDIGE CONTEXT VAN DE PATIËNT TE BEKIJKEN



‘Elk sociaal probleem dat je niet oplost, wordt na verloop van tijd een medisch probleem’

De zorg draagt maar voor 10 tot 20 procent bij aan gezondheid, zegt gezondheidseconoom Jochen Mierau. Ziek makende problemen als armoede, schimmelwoningen en werkstress kan de zorg niet oplossen. Toch zijn ze wel degelijk het pakkie-an van artsen. ‘Als iemand met longproblemen in een schimmelwoning woont, heeft het weinig zin hen te adviseren een rondje te lopen.’ Een gesprek over de kansen en grenzen van preventie.

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD KEES VAN DE VEEN

Preventie leidt ertoe dat meer mensen langer gezond blijven en later ziek worden, waardoor ze dure behandelingen nodig hebben. Is dat de bedoeling van preventie: de zorg duurder maken?

Preventie - en dus oud worden - is inderdaad de oorzaak van hoge zorgkosten. Als ons drinkwater van slechte kwaliteit zou zijn, als baby's niet gevaccineerd zouden worden, als we zouden werken onder erbarmelijke arbeidsomstandigheden en ga zo maar door, dan komen mensen vrijwel nooit op een leeftijd waarop echt dure behandelingen nodig zijn. Preventie is dus de reden waardoor we überhaupt ziek kunnen worden, en ook zo oud dat we allerlei heel dure ziektes krijgen.'

Wat is dan de winst van preventie, als dat niet het goedkoper maken van zorg is?

'Alle vormen van maatschappelijke participatie - betaald werk, vrijwilligerswerk, mantelzorg - hebben als randvoorwaarde dat iedereen die participeert gezond genoeg is om dat te kunnen doen. Anders gezegd: gezondheid is een randvoorwaarde voor maatschappelijke participatie, en preventie is een heel effectieve manier om gezondheid te beschermen. Maar dan gaat het niet op de eerste plaats over preventie vanuit de zorg. Je moet eerder denken aan zaken als verkeersregels, autogordels en airbags. Aan wetgeving die de gezondheid van werknemers beschermt en bestaanszekerheid waarborgt. Er komt veel meer gezondheidsbescherming van buiten de zorg dan we in de zorg zelf kunnen bieden. Zorg draagt maar tussen de 10 en 20 procent bij aan gezondheid.'

Hoe komt het dan dat preventie vaak wordt gezien als een luxe-investering met onduidelijke opbrengsten?

'Je hoort heel vaak de vraag of de kosten van preventie opwegen tegen de opbrengsten. Maar je hoort zelden de vraag of de zorgkosten omlaaggaan als we iemand dure immunotherapie geven. Want de afweging die we bij zorg maken, is simpelweg of we voldoende extra gezonde levensjaren terugkrijgen gezien de investering die ermee gepaard gaat. Als een zorginterventie kostenefficiënt is, mag je hem toepassen. Ik vind dat we bij preventie dezelfde vraag zouden moeten stellen. Maar dat gebeurt niet: preventie moet zowel effectief als efficiënt zijn, en moet zichzelf vooral terugverdienen. Daardoor zien we nu een gigantische scheefgroei in de investeringen die we doen in de zorg enerzijds, en in preventie anderzijds. Het ministerie van VWS reserveert maar een klein deel van de begroting voor preventie. En het huidige kabinet bezuinigt daar ook nog eens

flink op. In het rapport 'Preventie op waarde schatten' waaraan ik eind 2023 meewerkte in opdracht van het Kennisplatform Preventie van het ministerie van VWS, adviseren we onder meer om preventie en zorg hetzelfde te behandelen. Je moet bij preventie niet de vraag stellen of het zichzelf terugverdient, want dat doen we bij de zorg ook niet.'

Wat betekent dat voor medisch specialisten in de praktijk?

'We hebben gegevens uit de data- en biobank Lifelines gebruikt om onderzoek te doen naar gezondheidsverschillen. Uit dat onderzoek blijkt dat mensen met een sociaaleconomische achterstand op ieder punt van hun gezondheidslevensloop ook een gezondheidsachterstand hebben ten opzichte van rijke mensen. Mensen uit armere wijken en regio's worden vaker blootgesteld aan ongezond voedsel. Ze hebben meer obesitas, meer type 2-diabetes en ze overlijden vaker aan de ziektes die ze hebben. Dit zijn ook de mensen die bij de medisch specialist komen. Preventie is voor hen niet afgelopen op het moment dat ze in de spreekkamer zitten. Want ook in de latere fases van hun gezondheidslevensloop blijft preventie voordelen opleveren. Neem patiënten met type 2-diabetes en allerlei aanpalende problematiek. In aanvulling op de medicijnen die ze slikken, hebben ze ook baat bij een gezond dieet, voldoende beweging, een gezonde leefomgeving, en ga zo maar door. Datzelfde geldt voor een patiënt met COPD. Als medisch specialist zou je dan niet moeten denken "zij heeft COPD, dus de preventie heeft gefaald". In plaats daarvan moeten medisch specialisten zulke patiënten actief wijzen op het belang van gezonde lucht, van een partner die - ook - stopt met roken, en op het belang van activiteiten die de patiënt, gegeven haar longcapaciteit, nog steeds kan doen.'

Maar je hoeft toch geen specialistische opleiding van vier tot zes jaar te volgen om dat te kunnen bedenken? Dat kan de praktijkondersteuner van de huisarts toch ook?

'Dat klopt. Maar die patiënt zit nu eenmaal bij de medisch specialist in de spreekkamer en als onderdeel van de behandeling die je afsprekt, is het belangrijk om elke keer de volledige context van de chronisch zieke patiënt te beschouwen en te bespreken. In Hoogkerk (dorp en wijk in de gemeente Groningen, red.) staan woningen die zo slecht geïsoleerd zijn gebouwd, dat de schimmel op de muren staat; de zogeheten schimmelwoningen. Dan kan ik een patiënt wel proberen te motiveren dagelijks een rondje te lopen, maar als die aan het eind van de dag in een beschimmelde slaapkamer ligt, heeft dat helemaal geen effect.'

Maar aan die beschimmelde slaapkamer kan een medisch specialist niets doen.

'Toch wel, die kan elke keer het gesprek daarover aangaan met die patiënt.'

Met een totaal gefrustreerde patiënt als gevolg. Die zegt: 'Wrijf het er maar in, ik heb de woningbouwvereniging hier al honderd keer over gebeld.'

'De vraag is dan: waar eindigt het handelingsdomein van de medisch specialist? Veel medisch specialisten houden er een behoorlijk nauwe taakopvatting op na. Ze zeggen: ik ben een patiënt aan het behandelen, en dat is een één-op-één-relatie. Maar volgens de gedragscode voor artsen van de KNMG word je als medicus geacht ook maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen. En dat betekent: een bredere rolinvulling. Je zou dus als medisch specialist ook die woningbouwvereniging moeten bellen. Want het beheersen van de maatschappelijke determinanten van gezondheid is óók een onderdeel van je verantwoordelijkheid.'

Wat betekent dat precies? Zijn medisch specialisten verantwoordelijk voor het oplossen van het probleem, in dit geval: ongezonde woningen door schimmel?

'Nee. Schimmelwoningen, armoede, stress op het werk, werkgevers die mensen uitbuiten - dat kun je allemaal niet in de zorg oplossen. Daar is de zorg ook helemaal niet voor. Maar dat betekent niet dat je erover moet zwijgen. Je moet het wel aan de orde stellen, aankaarten. Want elk sociaal probleem dat je niet oplost, wordt na verloop van tijd een medisch probleem. Dat medische probleem zijn we verplicht om in de zorg op te lossen, omdat we een zorgplicht hebben. Maar de zorg kan dat helemaal niet, die is daar helemaal niet voor geëquipeerd.'

Maar wel aankaarten, dus. Dan gaat een medisch specialist bellen met de woningbouwvereniging. Een keer, vijf keer, tien keer. Er gebeurt niets. En dan?

'Je begint bij de woningbouwvereniging, dan bel je met de wethouder, met gemeenteraadsleden, Kamerleden, de minister. Dat hoeft niet elke medisch specialist zelf te doen. Op lokaal, regionaal en nationaal niveau kun je met elkaar afspreken wie namens de medisch specialisten dit thema aankaart. Het zou goed zijn als er binnen elke beroepsvereniging naast de wetenschappelijke commissie, ook een maatschappelijke commissie zou zijn. Die brengt voor het betreffende ziekte-domein de maatschappelijke determinanten van die ziekte in kaart. Vervolgens spoort die commissie beleidsmakers en maatschappelijke actoren aan om die determinanten te beïnvloeden.'

Als u kijkt naar de zorgsector zelf, welke vormen van preventie kunnen er dan in een dbc worden opgenomen?

'Zaken als "better in, better out", "fit for surgery" en de GLI (gecombineerde leefstijlinterventie) kun je in een dbc zetten. De fysiotherapeut en diëtist die onderdeel zijn van een zorgpad worden evenals de anesthesioloog betaald. Als medisch specialist kun je dit met je vereniging vastleggen in een richtlijn. Als die voorschrijft dat je alleen leverchirurgie doet als er van tevoren een leefstijlprogramma is gedaan, dan is dat onderdeel van het zorgpakket en kan preventie dus in een dbc verwerkt worden.'

Als we uw oplossing volgen - meer tijd en ruimte voor leefstijlgeneeskunde - verschuift een deel van het zorg-



Jochen Mierau (1983) is hoogleraar Economie van de Volksgezondheid aan de Rijksuniversiteit Groningen en het UMCG en wetenschappelijk directeur van de data- en biobank Lifelines, waar onderzoek wordt gedaan naar gezonder oud worden. In Mierau's onderzoek is een belangrijke rol weggelegd voor de invloed op gezondheidsverschillen van sociaaleconomische status, regio, inkomen en opleiding.

budget dat nu bij de medisch specialisten terechtkomt naar de paramedici. Welke discussies verwacht u daarover?

'De vraag wordt dan: verhogen we het totale zorgbudget, of gaan we met geld schuiven? Als het totaalbudget voor zorg gelijk blijft terwijl we in de behandeling wel meer aandacht willen geven aan leefstijl, dan wordt het tijd voor het moeilijke gesprek over wat we wel en niet blijven doen. Dan moeten we misschien ervoor kiezen te stoppen met dure behandelingen die een levensverlenging van twee tot drie maanden opleveren, en krijgen mensen boven de 80 misschien geen nieuwe heup of knie meer. De winst van preventie zit zoals ik eerder benadrukte immers in grotere arbeidsproductiviteit - en in bredere zin in grotere maatschappelijke participatie - doordat mensen in de actieve fase van hun leven minder vaak ziek zijn.'

Waarom pleit u ervoor dat gezondheidsdoelen in de wet worden opgenomen?

'Het Preventieakkoord stelt veel doelen voor 2040 op het gebied van overgewicht, roken en alcoholgebruik. Bijvoorbeeld: minder dan 5 procent rokende volwassenen en geen rokende jongeren; maximaal 38 procent volwassenen en 9,1 procent kinderen met overgewicht; maximaal 4 procent zwangere vrouwen die alcohol drinken. Deze doelen zijn niet wettelijk verankerd, waardoor ze niet afdwingbaar zijn. Als ze niet worden gehaald, is het "o jammer". Terwijl je in feite de betreffende minister ter verantwoording moet kunnen roepen over het uitblijven van bewezen effectieve maatregelen. Denk daarbij aan de "best buys" die de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) heeft vastgesteld, zoals minimumprijzen voor alcohol, een progressieve suikerbelasting en een beperkte beschikbaarheid van en reclame voor ultrabewerkt voedsel. Als begrotingsdoelen niet worden gehaald, dan roepen we de minister op het matje. Bij gezondheidsdoelen moet dat ook gebeuren.'

WAT DOET DE FEDERATIE

Medisch specialisten spelen volgens de Federatie een belangrijke rol in preventie van ziekte en het behoud van functioneren, zowel voor de individuele patiënt als voor de samenleving. Preventie is dus een van de vier pijlers van het visiedocument Medisch Specialist 2025 en bovendien een actueel thema binnen de medische vervolgopleiding. Het Netwerk Preventie van de Federatie streeft naar algemene, breedgedragen standpunten die helderheid en aanknopingspunten bieden aan interne en externe partijen.

Meer weten?
Bekijk onze
themapagina
over preventie:



'Medisch specialisten hebben vaak een te nauwe taakopvatting'