

Anton de Bruin

voorzitter Nederlandse Vereniging van Anesthesiologie

DE PIJNLIJKE BEWEGING NAAR VOREN

De zorginnovatiereis ging dit jaar naar Parijs en de treinreis ernaartoe was al een rijdende denktank. Gesprekken, kennismakingen en eerste reflecties wisselden elkaar af. Voor we het wisten zaten we in Parijs en trapte de Nederlandse ambassadeur als eerste spreker het programma af. Hij plaatste de Franse zorg in historisch en cultureel perspectief, met een nuance die alleen een ambassadeur kan brengen.

“Passende zorg en een houdbaar systeem creëren we samen en de pijn van verandering moeten we samen nemen.”

Daarna werd het serieuzer. Het programma was strak, het tempo hoog en we gingen met elkaar aan de slag. Eén thema speelde tijdens de reis steeds op de achtergrond. We hebben zorgakkoorden, er is beweging en we spreken over thema's als passende zorg en gezondheid in plaats van ziekte. Maar de echte transitie moet nog plaatsvinden.

Gezondheid ontstaat niet in het ziekenhuis

Gezondheid wordt niet in de curatieve zorg bereikt, dat weten we al lang. Misschien tien procent, de rest ontstaat in het sociale domein; in huisvesting, opleiding, inkomen, leefstijl en leefomgeving. De WHO liet in 2019 al zien dat



sociaaleconomische verschillen zich vertalen in verschillen in levensverwachting en gezonde levensjaren. Toch blijven wij investeren in de achterkant van het probleem. De pijnlijke beweging naar voren betekent minder focus op genezing en meer op kwaliteit van leven, minder repareren en meer voorkomen. De vraag was dus of we in Parijs zagen hoe je dat organiseert. Mijn eerlijke antwoord is nee; Frankrijk is niet verder dan Nederland in de transitie van zorg naar het sociale domein. Maar er zijn wel degelijk interessante verschillen te zien die inspireren.

Wat Parijs ons wél liet zien

Binnen de Geriatrische Oncology in Frankrijk is de Comprehensive Geriatric Assessment structureel ingebed in de oncologische besluitvorming. Niet leeftijd, maar cognitieve status, mobiliteit, co-morbiditeit en sociale context bepalen de behandelintensiteit. Multidisciplinaire besluitvorming is verplicht en nationaal georganiseerd. Dat voorkomt overbehandeling en maakt passende zorg concreet.

Daarnaast zagen we in Hôpital Foch, één van de grootste ESPIC ziekenhuizen in Frankrijk, dat publieke verantwoordelijkheden gecombineerd worden met een duidelijke innovatie en onderzoeksstrategie, waaronder digitale zorg en AI. Wat mij daar vooral bijbleef is dat schaal of academische status op zichzelf geen kwaliteitsgarantie is. Het gaat om hoe je kwaliteit, innovatie en samenwerking organiseert en bestuurt.

Bij Future4Care, een campus van 6.500 vierkante meter, zagen we innovatie op schaal. Een acceleratorprogramma voor AI en HealthTech en structurele samenwerking tussen industrie, zorg en start ups. Geen versnippering maar ecosysteem denken. In Nederland hebben we vergelijkbare initiatieven, maar niet op deze schaal en niet in deze samenhang. Wij zijn te klein om versnipperd te blijven. Zonder nationale schaalgrootte blijven we achter.

De echte oplossing zit elders

Toch ligt de kern van de oplossing niet in technologie. Zolang wij gezondheid blijven benaderen als een medisch probleem, blijven we dweilen met de kraan open. Roken,

alcohol, slechte voeding, armoede en slechte huisvesting vullen onze ziekenhuisbedden, terwijl we grote verschillen in levensverwachting afhankelijk van postcode en opleidingsniveau accepteren. Daar komt de politiek om de hoek kijken. Een rookvrije generatie, betaalbare woningen, kansengelijkheid en armoedebestrijding zijn geen medische interventies, maar politieke keuzes. Zolang die niet worden gemaakt, blijft de curatieve zorg de gevolgen opvangen.

Wie neemt welke verantwoordelijkheid

Gezondheid wordt gecreëerd in het sociale domein, dus moeten we ophouden de curatieve sector verantwoordelijk te maken voor maatschappelijke gezondheidssuitkomsten. De taak van de curatieve zorg is passende zorg leveren bij ziekte. Dat betekent ook stoppen met behandelen wat geen medische noodzaak heeft. Het shoppen moet stoppen. Nee is nee, en moet niet gevolgd worden door een behandeling bij de burens of in een zelfstandig behandelcentrum. De taak van de overheid is een andere. Gezondheidsverschillen verkleinen, armoede verminderen, gezonde leefomgevingen creëren en preventie afdwingen. De moeilijke besluiten om gezondheid structureel te verbeteren liggen niet in het ziekenhuis, maar in het parlement.

De gezamenlijke pijn

Passende zorg en een houdbaar systeem creëren we samen en de pijn van verandering moeten we samen nemen. Minder behandelen wat niet zinvol is, meer investeren in kwaliteit van leven, durven nee zeggen en nationaal samenwerken in innovatie. Zonder die pijn blijft het systeem onder spanning, blijven de bedden vol en blijven de verschillen groeien.

Mijn call to action

Mijn conclusie na Parijs is helder. Politiek en overheid moeten gezondheid verbeteren, armoede aanpakken en investeren in kansengelijkheid. Wij als zorgbestuurders leveren passende zorg, niet meer en niet minder. Wij behandelen waar het zinvol is en stoppen waar het geen waarde toevoegt. We kunnen het sociale domein niet repareren vanuit de OK of de poli. De pijnlijke beweging naar voren betekent dat iedereen zijn verantwoordelijkheid moet nemen.

On y va. ◯

