



KNMG-voorzitter Dr. E. J. C. Lubbers:

Ongelijke verdeling van gezondheid gezondheidszorg en welzijnswerk

Ter inleiding van het 32ste KNMG-Ledencongres te Amsterdam heeft de voorzitter van de Maatschappij Geneeskunst, Dr. E. J. C. Lubbers, een rede gehouden over de ongelijke verdeling van gezondheid en gezondheidszorg, daarbij een parallel trekend met ontwikkelingen in het welzijnswerk. De KNMG-voorzitter betoogde het volgende:

Het jaarlijks congres van onze Maatschappij biedt haar voorzitter de gelegenheid stil te staan bij bepaalde facetten van de gezondheidszorg en daarover enkele persoonlijke gedachten te ontvouwen.

De titel van ons congres is: 'Gezondheidszorg in de grote stad'. Wij zijn er ons allen van bewust, dat de voortgaande ontwikkeling van een samenleving als de Nederlandse allengs meer problemen en meer vragen oproept dan zij kan oplossen.

Ons verlangen is in dit dichtbevolkte land de kansen en de mogelijkheden voor een ieder zo eerlijk mogelijk te verdelen. Om dit doel te bereiken hebben wij een samenstel van regels en wetten tot stand gebracht, waarin het niet gemakkelijk is de weg te vinden. Wij worden weliswaar allen geacht de wet te kennen, maar dat is een illusie. Wij kennen slechts fragmenten en omdat wij vaak de samenhang met andere delen niet kunnen zien komen deze fragmenten ons wel eens onbegrijpelijk voor.

De mens is onvolmaakt. De regels en wetten, die hij maakt, zijn onvolmaakt en het resultaat is onvolmaakt. Hiermede moeten wij zien te leven, maar dat gaat niet zonder kleerscheuren. De sporen hiervan zijn overal in onze samenleving waar te nemen en leiden tot problemen op bestuurlijk en maatschappelijk gebied. Zij leiden ook tot problemen op het terrein van gezondheid, ziekte en welbevinden, het terrein waarop wij door onze beroepskeuze bewegen. Het zijn problemen, verbonden met huisvesting, met de inpassing van culturele en etnische minderheden, met het bestaan van groepen met deviant gedrag.

Al deze problemen worden in een grote stad als



Amsterdam indringender zichtbaar dan in kleinere leefgemeenschappen. U zult daar in de komende voordrachten over horen. Ik wil de nu graag een iets andere richting inslaan.

Herstructurering

Wij hebben tezamen in ons land een stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg opgebouwd. Wij weten dat dit stelsel vele goede kanten heeft en aan de hulpzoekende in vele opzichten een goede hulp geeft. Wij weten ook, dat het stelsel voor een deel van de problemen waarmede het wordt geconfronteerd geen afdoende oplossing kan bieden en dat aan de samenhang van de steeds verder uitwaaiende onderdelen nog wel wat valt te verbeteren. Voor de verbetering van de ontoereikendheid en de onvolkomenheid van het stelsel worden bij voortdurend ideeën aangedragen. De belangrijkste vernieuwing, die thans haar voltooiing nadert, is die van de herstructurering.

De herstructurering is kort samen te vatten in de trefwoorden 'decentralisatie', 'regionalisa-

tie', 'participatie' en 'beheersbaarheid'. Wij weten dat zelfs in een klein land als het onze er regionale verschillen bestaan in de patronen van gezondheid en ziekte.

Decentralisatie en regionalisatie zijn de bestuurlijke maatregelen die het mogelijk moeten maken de voorzieningen plaatselijk beter te laten aansluiten op de gebleken behoeften. Participatie is een van de mogelijkheden de plaatselijke behoeften beter te leren kennen. Bovendien moet participatie er toe leiden dat de mensen meer betrokken raken bij de gezondheidszorg, meer gaan voelen dat het systeem van en voor hen is.

Tenslotte verwacht men dat het door herstructurering mogelijk zal worden de nodige voorzieningen beter over het land te verdelen, overtollige voorzieningen te elimineren en zogenaamde witte plekken op te vullen. Het resultaat zal moeten zijn een gestroomlijnd apparaat dat zo weinig mogelijk overbodige kosten genereert.

Het is mogelijk dat door herstructurering een deel van deze doeleinden kan worden bereikt. Het is voor mij echter de vraag, of wij hierdoor een stap dichterbij kunnen komen bij een voor mij fundamenteel probleem van onze samenleving, waarmede de werkers in de gezondheidszorg worden geconfronteerd. En dat is het verschil in gezondheid dat bestaat tussen de armen en hen die het beter hebben. Dit verschil, deze *ongelijke verdeling* is door de eeuwen heen verbonden geweest met de menselijke samenleving.

Ik heb u al gezegd dat een van de doelstellingen van de Nederlandse samenleving is de bestaansmogelijkheden zo eerlijk mogelijk te verdelen. Dat geldt ook voor de mogelijkheden die de gezondheidszorg kan bieden. Ik wil graag kort ingaan op de vraag in hoeverre wij daarin tot nu zijn geslaagd.

Drempels slechten

In de jaren zestig werd men zich in de Verenigde Staten bewust van de grote – ja schrijnende – verschillen die er nog steeds in verschillende opzichten bestonden tussen diegenen die zich bevonden op de onderste trede van de sociale



ladder en hen die hoger waren gekomen. Het is in het bijzonder Harrington geweest, die voor deze tekortkoming van een 'free and liberal democracy' de aandacht heeft opgeëist. Zijn werk heeft de stoot gegeven tot wat men wel noemt 'the war on poverty'.

In de zeventiger jaren werd dit thema op vele-
lei gebied uitgewerkt. Voor het gebied van de gezondheidszorg vindt men dit het best in het boek van Kosa en Zola: 'Poverty and Health'. De sterfte bleek zich bij de armen op jongere leeftijd voor te doen en vooral het gevolg te zijn van acute ziekten, infectieziekten, voedingsstoornissen en ongevallen, derhalve juist die ziektegroepen waar de geneeskunde het meest aan kan doen. De beter gesitueerden overleden op hogere leeftijd en vooral ten gevolge van die ziekten waartegen de geneeskunde minder heeft te bieden, hart- en vaatziekten en maligne gezwellen. Daarnaast bleek de duur van het ziekteverzuim in de laagste klassen het langst te zijn en werd er in die groep het minst gebruik gemaakt van aanwezige preventieve voorzieningen.

Op dit moment ga ik voorbij aan de verklaringen die werden aangedragen en volsta ik met te vermelden welke oplossing werd aangegeven. In het Amerikaanse systeem, dat nog steeds voor een groot deel berust op 'private enterprise' en op particuliere verzekeringsstelsels is de toegang tot het systeem voor de armsten lastig en veelal gekoppeld aan financiële barrières. De aangegeven oplossing houdt dan ook in het verbeteren van de toegankelijkheid en het slechten van de bestaande drempels. Dit zou moeten gebeuren in een Nationaal Health System naar het grote Engelse voorbeeld.

Dat was een bemoedigende gedachte voor Engeland dat een dergelijk systeem al had en ook voor ons die weliswaar niet een alomvattend systeem hebben als Engeland, maar toch een systeem waaruit formele en financiële drempels zo goed als mogelijk is zijn verwijderd. Niettemin wisten de ingewijden toch al dat ook in onze streken de situatie niet zo fraai was als uit een oppervlakkige vergelijking met de toestanden in Amerika mocht worden gehoopt.

Onthutsend

Voor Engeland zijn de beschikbare gegevens begin dit jaar bijeengebracht door Vivienne Walters in haar boek: 'Class Inequality and Health Care'. De resultaten zijn onthutsend. Het zou mij te ver voeren u uitgebreid in te lichten over de vele gegevens die in het boek zijn vermeld. Ik wil volstaan met het volgende. Het registratiesysteem in Engeland maakt het mogelijk vele gegevens betreffende ziekte en dood vanaf 1911 tot heden te vergelijken en bovendien op te splitsen in vijf sociale klassen. Op die wijze is men in staat de lijn van de ontwikkeling sinds 1911 te volgen. In deze lijn zal de invloed van de ontwikkelingen in de geneeskunde tot uiting moeten komen.

Bovendien is men in staat de ontwikkelingen

sinds 1948 – het jaar waarin het National Health System (NHS) werd ingevoerd – te bestuderen om te trachten de invloed hiervan op te sporen. Welnu, het blijkt dat de vooruitgang in de geneeskunde inderdaad aantoonbaar is. In vele opzichten is de gezondheidstoestand van de totale bevolking, gemeten aan de sterfte-oorzaken, ziekte-oorzaken, kindersterfte en dergelijke in de loop van de onderzochte periode verbeterd.

Maar de verschillen tussen de sociale klassen vertonen een andere ontwikkeling. Het zijn vooral de middengroepen die duidelijk zijn vooruitgegaan, met name sinds het invoeren van de NHS. Het grote verschil tussen de hoogste en de laagste klassen is niet afgenomen – ook niet na het invoeren van de NHS – en is in sommige opzichten zelfs groter geworden.

Het systeem van de NHS berust op vrije toegankelijkheid zonder financiële drempels, op decentralisatie en regionalisatie en op dienstverband voor alle werkers in de gezondheidszorg. Wij hebben een systeem van vrije toegankelijkheid. Wij werken toe naar een systeem van decentralisatie en regionalisatie.

Het dienstverband wordt van vele zijden aangedragen als additionele oplossing voor de moeilijkheden waarmee wij zitten. De Engelse ervaringen leren ons nu dat, althans met betrekking tot de ongelijke verdeling van gezondheid en van gezondheidszorg, deze oplossingen niet werken voor de groep met de slechtste gezondheidstoestand, de armen.

'Overconsumptie'

Hoe is nu de situatie in Nederland? Bestaat deze ongelijke verdeling bij ons ook? Moeten wij er rekening mee houden, dat al ons werk ter verbetering van ons stelsel van voorzieningen in een belangrijk opzicht ontoereikend zal blijken te zijn?

Om te beginnen moeten wij vaststellen dat gegevens omtrent de verdeling van gezondheid en ziekte over de sociale klassen in ons land nauwelijks voorhanden zijn. Er wordt pas de laatste jaren een begin gemaakt met het bestuderen van deze aspecten van de epidemiologie.

Het is toe te juichen dat blijkens berichten over de begroting minister Van Trier extra middelen ter beschikking heeft gesteld voor de opleiding van epidemiologen. Het is jammer – althans uit de krantenberichten is dit niet te lezen – dat dit aspect van de gezondheidszorg geen extra aandacht krijgt.

Enige maanden geleden heeft de ANVSG een loffelijke poging gedaan te verzamelen wat er in ons land bekend is omtrent ongelijkheid in gezondheid en in gezondheidszorg. Zij heeft

daar haar congres aan gewijd. Het beeld dat daaruit naar voren komt is in grote trekken gelijk aan de nu uit Engeland bekende gegevens. De minst bedeeden onder ons zijn vaker ziek, zijn langer ziek, hebben ook vaker moeilijkheden zich geestelijk staande te houden in onze samenleving.

Uit de cijfers betreffende het gebruik van voorzieningen voor gezondheidszorg was al gebleken, dat er opvallende verschillen in consumptie zijn tussen diegenen die via de ziekenfondsen zijn verzekerd en de particulier verzekerden. Al snel viel toen het woord 'overconsumptie' en aandrang om deze 'overconsumptie' aan te pakken bleef niet uit.

Als wij nu moeten vaststellen dat de gezondheidstoestand van de minst bedeeden inderdaad slechter is dan die van hen die het beter hebben, moeten wij ons toch wel afvragen of wij inderdaad mogen spreken van 'overconsumptie'. Het zou kunnen zijn dat we voor deze groep moeten spreken van 'onderconsumptie' in verhouding tot de kennelijk bestaande behoefte, waarbij ik het begrip 'bestaande behoefte' duidelijk wil onderscheiden van 'gebleken vraag'.

Als dan verschillende systemen van gezondheidszorg – zowel het Amerikaanse, als het Engelse, als het Nederlandse – geen afdoende antwoord blijken te geven op het probleem van eerlijk verdelen naar ieders behoefte, rijst de vraag welke oorzaken wij kunnen aanwijzen en in welke richting wij dan de oplossing moeten zoeken.

Waarden en normen

Gezondheid en ziekte zijn niet scherp te onderscheiden. De grens wordt aangegeven door een norm die in hoge mate wordt bepaald door het stelsel van *sociale en culturele waarden van de groep* waartoe het individu behoort. De waarden kunnen van groep tot groep verschillen.

Daarnaast heeft natuurlijk ook de geneeskunde in de loop der tijden een norm ontwikkeld voor datgene wat als gezond kan worden beschouwd. Deze norm is wat gemakkelijker te bepalen, want zij berust voor een deel op metingen. Maar rondom de gemiddelden is steeds een zekere variatiebreedte. Het bepalen welke variatie nog toelaatbaar is introduceert weer een subjectief element, een element gekleurd door de waarden van de groep waartoe de geneeskundigen behoren. Dit is per definitie de groep van de hoger geschoolden. Het gevolg is dat de armen in hun contact met de geneeskunde te maken krijgen met een stelsel van waarden en normen dat geheel of ten dele niet overeenkomt met hun eigen stelsel.

Tenslotte zijn er de regels van het wettelijke stelsel die moeten worden gevolgd om zijn rechten tot gelding te brengen. Deze regels zijn geënt op de normen in de geneeskunde en opgesteld door de wetgever, per definitie ook

hoog geschoold. Ook hier is dus discrepantie mogelijk.

In dit verband mag er nog eens op worden gewezen – wat al vele malen eerder is gedaan – dat de definitie van gezondheid van de World Health Organization, sprekend over 'complete physical and mental well-being', eerder moet worden gezien als een ideaal dan als een praktisch bruikbaar begrip. Immers, juist in de ontwikkelde landen is de geneeskunde wel in staat de gevolgen van ongevallen te verhelpen en de voortgang van ziekten te remmen, maar tegen een prijs.

De prijs namelijk van partiële functiestoornissen en partiële defecten. Ik beschouw het als een taak van de samenleving, een levenshouding te ontwikkelen waarin deze defecten niet per definitie als ongezondheid worden aangemerkt.

Terugkerend tot ons thema, kan als tweede oorzaak voor de ongelijke verdeling van gezondheid worden aangemerkt de *sociale vorming*. In dit opzicht wordt in de literatuur een opvallend verschil gemaakt tussen de doeleinden die aan de socialisering worden gesteld in een zogenaamd 'middle class' gezin en die in een 'lower class' gezin. In een 'middle class' gezin – zo stelt men – wordt veel aandacht besteed aan wat wordt genoemd 'de uitgestelde bevrediging'. Men bedoelt daarmee dat wordt geleerd niet de behoeften van het moment te bevredigen, maar zich nu offers te getroosten om daar later de vruchten van te plukken. In een 'lower class' gezin wordt aan deze uitgestelde doelen veel minder aandacht besteed en meer naar de behoeften – of misschien moet ik zeggen eisen en noden – van het moment gekeken.

Scholing

Voor zover een dergelijke schematische indeling juist is, heeft zij gevolgen voor de gezondheidszorg. Immers gezondheid is niet alleen een kwestie van nu. Wij worden er ons hoe langer hoe meer van bewust, dat voor gezondheid straks de basis nu al wordt gelegd door onze leefgewoonten. Ook scholing is een typisch voorbeeld van het zich getroosten van offers nu – en voor de scholier en voor het gezin – om daarvan later te kunnen oogsten. Uitvalers uit het scholingsproces vinden wij frequent in de laagste klassen.

Scholing is voor de gezondheidszorg van belang in twee opzichten. Enerzijds om het belang van bepaalde invloeden, zoals bijvoorbeeld leefgewoonten, op de gezondheid te kunnen begrijpen en daarnaar te handelen.

Anderzijds ook om een juist gebruik te kunnen maken van de voorzieningen die aanwezig zijn op het gebied van de gezondheidszorg. Dat juiste gebruik berust in de eerste plaats op het juist interpreteren van de verschijnselen die duiden op een beginnende ziekte. Maar het gaat verder.



Uit het werk van Walters werd al duidelijk dat het vooral de middengroepen zijn geweest die de mogelijkheden van de NHS goed hebben benut. In ons land heeft vooral Rutten erop gewezen dat uit de beschikbare gegevens mag worden afgeleid dat ook hier de laagste klasse minder efficiënt en minder gericht gebruik maakt van de aanwezige voorzieningen, ook al legt deze groep uiteindelijk verhoudingsgewijs meer beslag op deze voorzieningen.

Een andere aanwijzing hiervoor vinden wij bij het bevolkingsonderzoek naar het voorkomen van cervixcarcinoom, een afwijking die relatief meer in de laagste klasse voorkomt (Appelman). De opkomst voor dit vrijwillige onderzoek – aangeboden aan een ieder, ongeacht rang of stand – blijkt in de middengroep het hoogste te zijn. Zowel de hoogste als de laagste groep gaat minder op het aanbod in. Daarnaast blijkt dat onder diegenen uit de hoogste groep die niet op de oproep reageerden een groot aantal een uterusextirpatie had ondergaan en dus reeds op deze wijze was beschermd. In de laagste groep was het aantal vrouwen dat op deze wijze beschermd was laag.

Als men de bescherming tegen het cervixcarcinoom geboden door uterusextirpatie optelt bij de bescherming geboden door het bevolkingsonderzoek, blijkt dat de hoogste groep het best beschermd is en de laagste groep het minst. Ook hier dus aanwijzingen voor een *niet-optimaal maken van aanwezige voorzieningen* door die groep in de samenleving die deze voorzieningen het meest nodig heeft.

Andere taal

Gebrekkige scholing heeft nog een ander aspect. Ik heb gesteld dat er in ons systeem van gezondheidszorg geen financiële drempels bestaan. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat er geen andere factoren zijn die als drempel kunnen werken.

Ik heb al gewezen op de mogelijke verschillen in waardenstelsels. Daarnaast brengt de scholing van artsen en van andere werkers in de gezondheidszorg mede dat zij, simpel gezegd, een andere taal spreken dan de weinig geschoolden. Het kan niet anders of dit moet een drempel vormen voor mensen die – als ik het zo zeggen mag – verbaal niet zo handig zijn.

En dan zijn vele van onze instituten voor gezondheidszorg geworden tot grote apparaten met vele ingangen, lange gangen en talloze loketten, waarvoor men een zekere – wat ik wil noemen – sociale handigheid moet hebben om er niet in te verdwalen. Natuurlijk wordt steeds meer door deze instituten getracht deze aspecten te verbeteren. Receptionisten en gastvrouwen komt men steeds meer tegen.

Maar dat werkt pas als men het instituut is binnen gegaan. De wetenschap dat men in zo

een groot apparaat terecht komt zal desondanks ongetwijfeld als een rem werken.

Als andere oorzaak mag niet uit het oog worden verloren, dat er ook nog in onze gemechaniseerde en geautomatiseerde samenleving *fysische oorzaken* voor het verschil in gezondheid bestaan. Er is nog steeds behoefte aan het laten verrichten van zware lichamelijke arbeid, aan werk buiten in weer en wind, aan werk op onregelmatige tijden en aan eenvoudige, eentonige arbeid. Deze factoren zijn niet op zichzelf doorslaggevend. De boerenbevolking die zware arbeid verricht in weer en wind is zeker niet de meest ongezonde groep van ons volk. Omgekeerd gelden de slechte omstandigheden van de armen niet alleen voor de gezinshoofden, maar ook voor hun gezinsleden. Maar deze factoren tellen wel mee.

Marginale bijdrage

Wat moeten wij Nederlanders en wij Nederlandse artsen hier nu mee? Laat ik vooropstellen dat ik nog nergens een goede oplossing heb gevonden en dat ik de oplossing ook niet weet.

Als de factoren leidende tot deze toestand van ongelijkheid in gezondheid, die ik u veel te haastig en slechts schematisch heb kunnen aanduiden, inderdaad de belangrijkste zijn, dan betekent dat het volgende. De minst bedeelden onder ons hebben een veel grotere behoefte aan gezondheidszorg dan uit de gebleken vraag naar voren komt. Deze grotere behoefte wordt veroorzaakt door de omstandigheden waaronder deze mensen zijn groot gebracht en waaronder zij moeten leven. Tegelijkertijd zijn het deze zelfde omstandigheden die maken dat deze mensen ook niet in staat zijn hun behoeften op efficiënte wijze in vraag om te zetten, vraag aan een apparaat dat er in wezen wel is.

De conclusie die zich opdringt is dan dat het apparaat, ons stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg, aan de oplossing van deze problemen waarvan de oorzaken veel dieper liggen slechts een marginale bijdrage kan leveren. Werkomstandigheden kunnen door artsen worden beïnvloed, maar aan de in onze maatschappij bestaande behoefte aan gevaarlijk en lichamenlijk zwaar werk kunnen wij niet veel veranderen.

Artsen dienen er zich van bewust te zijn, dat hun kennis, kunde en gedrag – hoe nuttig, nodig en noodzakelijk ook om hun werk goed te kunnen doen – tegelijkertijd veroorzaken dat zij voor deze groep mensen moeilijk benaderbaar, in de strikte zin van 'ernaast komen staan', zijn.

Als belangrijkste taak zie ik nog – wat ik straks al aanduidde – dat artsen kunnen bijdragen aan het ontwikkelen van een houding in onze maatschappij, waarin gezondheid en ziekte iets relatiever worden gezien en meer de nadruk wordt gelegd op het zinvol en bevredigend leven in een toestand van niet geheel ►

complete 'well-being'. Maar ook dat is geen antwoord op de vraag waarom de armsten jonger sterven.

Welzijn

Als de oorzaken dieper liggen, in de wijze van leven en in de opvattingen omtrent het leven, kan men trachten het probleem te benaderen langs een *andere weg*, die van het welzijnswerk. Regering en parlement denken in die richting. Immers, in de op stapel staande wetten voor gezondheidszorg en voor het specifiek welzijn worden duidelijke verbanden tussen beide gelegd en wordt in bepaalde opzichten de gezondheidszorg ingebed in het geheel van maatschappelijke voorzieningen. Op deze wijze vindt nu het besef uitdrukking in onze wetgeving dat gezondheidsproblemen – in het bijzonder voor de armen, maar voor hen niet alleen – mede hun oorzaak vinden in problemen van maatschappelijke aard.

Het is bijzonder triest te moeten constateren dat er juist op dit moment aanwijzingen komen dat ook met het welzijnswerk het gestelde doel niet zal worden bereikt. Achterhuis heeft in zijn recente boek: 'De markt van welzijn en geluk' beschreven hoe zich langzamerhand in het welzijnswerk precies dezelfde problemen



gaan aftekenen als waarmee de gezondheidszorg al langer kampt. De gezondheidszorg en in grote lijnen ook het welzijnswerk zijn in wezen passief. Dat wil zeggen dat er een bepaalde dienst wordt aangeboden en dat men afwacht of de mensen van deze diensten gebruik willen maken.

De twee voor ons belangrijkste conclusies van Achterhuis zijn de volgende. Ten eerste blijken ook in het welzijnswerk die groepen waarvan men zou verwachten dat zij deze diensten het meeste nodig hebben, niet van het aanbod gebruik maken. U ziet: precies hetzelfde probleem als waarover wij nu spreken. In het welzijnswerk is sterker dan in de gezondheidszorg de tendens te bespeuren in deze situatie niet passief te blijven, de mensen op te gaan zoeken en zich actief te betonen in het betrekken van de mensen bij die werkzaamheden die door de welzijnswerkers nodig worden geacht.

Achterhuis waarschuwt ervoor – en dat is de tweede voor ons relevante conclusie – dat door deze uitbreiding van het welzijnswerk het apparaat zich langzaam maar zeker als een ver-

stikkende deken over ons allen zal spreiden. Het doel van het werk – de mensen te helpen tot zelfontplooiing te komen – verkeert dan in zijn tegendeel. En dat is wat sinds Illich ook de gezondheidszorg wordt verweten.

Onoplosbaar dilemma

Ik heb U al gewaarschuwd dat ook ik de oplossing niet heb. Het dilemma lijkt onoplosbaar. Er is een stelsel van voorzieningen, welzijnswerk en gezondheidszorg. De mensen die deze voorzieningen het meest nodig lijken te hebben maken er het minst gebruik van. En als wij de voorzieningen uitbreiden en naar die mensen toebrengen vergroten wij hun afhankelijkheid, wat wij nu juist niet willen.

Als ik echter Uw belangstelling voor het probleem van de ongelijke verdeling van gezondheid en ziekte voor het eerst of opnieuw heb gewekt, heb ik mijn doel bereikt. ■

