

“Gezondheidsverschillen verkleinen

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) stelt dat we niet langer moeten focussen op het verkleinen van gezondheidsverschillen in onze samenleving. Dit advies schiet Maria van den Muijsenbergh, bijzonder hoogleraar gezondheidsverschillen en persoonsgerichte integrale eerstelijnszorg aan het Radboudumc in Nijmegen, in het verkeerde keelgat. En in het alternatief dat de WRR voorstelt, negeert deze volgens haar de grote waarde van eerstelijnszorgaanbieders.

Van den Muijsenbergh wil meteen aan het begin van het gesprek duidelijk zijn: nee, ze is het niet eens met het uitgangspunt van de WRR dat gezondheidsverschillen niet te verkleinen zijn en dat het dus niet zinvol is daarop nog langer de aandacht te richten. “Met die gezondheidsverschillen zijn we al sinds de jaren tachtig bekend”, steekt ze van wal. “Uit onderzoek in Engeland werd volkomen duidelijk dat elke tree lager op de sociaaleconomische ladder het risico vergroot op jonger overlijden of een chronische aandoening ontwikkelen. Het is een buitengewoon hardnekkig probleem, maar het is echt nog te vroeg om te zeggen dat die gezondheidsverschillen verkleinen niet haalbaar is. In Engeland is acht jaar lang consistent beleid gevoerd en dat werkte. De economische crisis gooide vervolgens wel weer roet in het eten, maar we hebben dus gezien dat het mogelijk is. En dan vind ik het ook in moreel perspectief een verkeerd uitgangspunt om de handdoek in de ring te gooien. Ik vind het heel merkwaardig om te zeggen dat we het maar moeten vergeten.”

“Een document van en voor beleidsmakers”

Drie uitgangspunten

De WRR heeft voor haar nieuwe perspectief om het preventiebeleid vorm te geven en te evalueren drie uitgangspunten.

- Nadruk op aanpak in het begin van de levensloop (van de periode vlak voor de zwangerschap tot en met het achtste levensjaar).
- Extra aandacht voor degenen met de grootste gezondheidsachterstand (zoals mensen met een lage sociaaleconomische status).
- Keuze voor drie bekende speerpunten die de oorzaak zijn van een groot deel van de ziektelast in Nederland: roken, overgewicht en een ongezond eet- en beweegpatroon, en problematisch alcoholgebruik.

In die uitgangspunten kan Van den Muijsenbergh zich in de kern vinden, maar ze plaatst er wel vraagtekens bij. “Om alcohol hoeven we ons veel minder druk te maken dan om die andere beïnvloedende patronen”, zegt ze, “het is echt een minder groot probleem. Verder kun je je afvragen in hoeverre het tweede en derde uitgangspunt verschillen van het tot voor kort geldende beleid om gezondheidsverschillen tussen de hoge en lage sociaaleconomische groepen te verkleinen. En een gedegen analyse bij wat de WRR nu voorstaat ontbreekt. Waarom roken mensen met een lage sociaaleconomische status (ses) meer? Als je daar geen rekening mee houdt, is je beleid gedoemd tot mislukken. De stelling dat er ook aandacht moet zijn voor psychische problemen staat nu in de boodschap van de WRR helemaal op zichzelf, het lijkt alsof ze de samenhang niet begrijpt. Het is erg jammer dat niet meer naar mensen uit de praktijk is geluisterd. De professionals die de mensen om wie het in dit standpunt gaat dagelijks zien: de zorgaanbieders in de eerste lijn. Hierdoor is het beperkt gebleven tot een document van en voor beleidsmakers.”

De vraag is ook in hoeverre het mogelijk is landelijk beleid te ontwikkelen op basis van de uitgangspunten die de WRR benoemt. “Dat kan hooguit op voorwaarden scheppende en ondersteunende wijze”, zegt Van den Muijsenbergh. “Je moet echt per regio of wijk kijken. Neem bijvoorbeeld die aandacht voor het begin van de levensloop. Landelijk kun je hierbij beleid maken over zaken als het opnemen van de pufcursus in de Zorgverzekeringswet, maar de problemen rond geboorte en opvoeding zijn in de Veenkolonie echt wezenlijk anders dan in Rotterdam.”

Doelgroep betrekken

De extra aandacht voor degenen met de grootste gezondheidsachterstand zou in de opvatting van Van den Muijsenbergh in de eerste plaats moeten inhouden dat de doelgroep erbij wordt betrokken. “Je moet datgene doen waaraan zij behoefte hebben”, zegt ze, “en om te weten wat dat is, moet je het ze vragen. Hoe komt het dat je rookt? Waarom heb je niet het zelfvertrouwen om te stoppen? Een persoonsgerichte,

integrale eerstelijnszorg:

is wel degelijk haalbaar”



“Het is echt nog te vroeg om te zeggen dat gezondheidsverschillen verkleinen niet haalbaar is”, stelt Maria van den Muijsenbergh.

integrale benadering dus. Typisch iets waarin de eerste lijn een grote rol speelt. Bovendien moeten stoppen met roken interventies dan ook betaald worden en geschikt zijn voor laaggeletterden. En het beleid moet gericht zijn op het individu én op de omgeving. Die omgeving moet als het over roken gaat ook rookvrij worden gemaakt.”

“Leefstijlgeneeskunde is belangrijk, maar vergeet de onderliggende problemen niet”

Volgens Van den Muijsenbergh zou de aanpak die de WRR nu voorstaat een stap terug betekenen. “Op gebieden waar nu de individuele aanpak wordt gevolgd die ik hier beschrijf, worden wel degelijk succesvolle stappen gezet”, zegt ze. “In de eerste lijn is nu echt wel het besef doorgedrongen dat alleen zeggen ‘U moet stoppen met roken hoor’ onvoldoende is. We moeten dus doorgaan met wat we nu doen. Niet pessimistisch worden, maar wel realistisch blijven en niet denken dat de problematiek in vijf jaar is opgelost.”

Leefstijlgeneeskunde

Door de uitgangspunten van de WRR heen klinkt als onderliggend thema leefstijlgeneeskunde. De vereniging Arts en Voeding is recent veelvuldig in het nieuws over dit thema, maar er woedt ook een felle discussie waarin anderen het als proefballon-politiek bestempelen. “Leefstijlgeneeskunde is belangrijk, maar ook hier geldt weer dat niet moet worden vergeten naar de onderliggende problemen te kijken”, zegt Van den Muijsenbergh. “Iemand met een lage ses is al in het nadeel door de chronische stress die zijn problemen met zich meebrengt. Stress leidt tot overgewicht en tot minder goed in staat zijn verantwoorde langetermijnbeslissingen te nemen. Een strikte focus op voeding en roken maakt het alleen maar erger voor zo iemand, het versterkt ook het beeld van eigen schuld dikke bult. We weten dat mensen die schulden hebben minder goed ontbijten. Dan moet je iets aan die schulden doen en niet zeggen: ga fruit eten.”

Het onderwerp leefstijl staat op meerdere fronten ter discussie. Mensen met obesitas zeggen geen probleem te hebben met hun lichaamsgewicht. Journalist Barbara Ehrenreich zegt in *Trouw* ‘Laat die fixatie op gezondheid los’ en psychiater



Wat Maria van den Muijsenbergh steekt, is dat de WRR geen handreiking biedt aan zorgprofessionals in de eerste lijn.

Daniel Denys stelt dat mensen die somber zijn beter met de buurvrouw kunnen gaan praten dan gebruik te maken van de GGZ. Maakt dit de uitgangspunten van de WRR niet tot een kansloze missie? “Deels wel”, zegt Van den Muijsenbergh. “Mensen zien heel andere dingen als probleem dan de WRR aangeeft. Laaggeletterde ouders met beperkte gezondheidsvaardigheden maken zich niet druk over gezonde voeding of gewicht, maar over de vraag of hun kind naar zwembles kan

“Zie het WRR-advies als stimulans voor samenwerking in de eerste lijn”

of over de formulieren van de gemeente die ze niet begrijpen. De problematiek vraagt dus echt om een integrale benadering. Daarin moet je niet uitgaan van een maakbaarheidsideaal en ook niet mensen dingen gaan opleggen, maar je moet zeker ook niet opgeven. Daarmee benadeel je mensen die niet door hun eigen schuld ongezonder zijn.”

Rol eerste lijn

Wat Van den Muijsenbergh steekt, is dat de WRR geen handreiking biedt aan zorgprofessionals in de eerste lijn. “Daar heeft ze het niet over”, zegt ze. “Maar ik zou zeggen: laten we ons door het advies gesterkt voelen in wat we al doen voor de bevolkingsgroep die dit het hardst nodig heeft. Zie het als een stimulans voor samenwerking in de eerste lijn, als een onderstreping van het feit dat het belangrijk is wat we doen.” Maar werkt die eerste lijn nu al over de volle linie voldoende samen? “Nee”, zegt ze, “er zijn zelfs wijken waarin de huisartsen niet eens samenwerken. Ook wijkverpleegkundigen hebben soms het gevoel dat ze niet goed kunnen samenwerken met huisartsen, laat staan dat de samenwerking met sociale wijkteams en gemeenten al op orde is. En zorgverzekeraars nemen integraal werken nog lang niet altijd op in hun contracten. Zij moeten zorgaanbieders betalen naar de daadwerkelijke zorgzwaarte van de patiënt en de schotten slechten tussen zorg en welzijn.” <<

Tekst: Frank van Wijck

Foto's: Erik Kottier