

door te stellen dat er levenslange behandeling met medicatie noodzakelijk is. Een toxisch multinodulair struma moet bij voorkeur met radioactief jodium (c.q. operatief) behandeld worden. Dit geldt eveneens voor een toxisch adenoom.' Deze opmerking wijst op onzorgvuldig doorlezen van de standaard. Zowel de letterlijke tekst als de lay-out is zodanig opgezet, dat het duidelijk is dat als men kiest voor de medicamenteuze behandeling van een multinodulair struma, deze in principe levenslang zal zijn. Een andere interpretatie, zoals bijvoorbeeld die welke u geeft, is onjuist.

• Uw in uw openingszin vervatte conclusies – 'deze NHG-Standaard bevat teveel simplificaties van het beschreven ziektebeeld' en 'In onervaren handen leidt deze Standaard, naar de letter uitgevoerd, tot een deficiënte behandeling' – menen wij na bovenstaande argumentatie te kunnen ombuigen tot de stelling dat zelfs in onervaren handen deze 'kapitale' standaard, mits naar de letter uitgevoerd, nooit tot een deficiënte behandeling zal leiden.

Dr. V.J.M. Pop,
Dr. S. Thomas, huisartsen

- 1 Kreutzer HJH. NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier 1 [Ingezonden]. Huisarts Wet 1994; 37:265.
- 2 Van Lijf JH, Vermes I, Lekkerkerker JFF, Huisman J. NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier 2 [Ingezonden]. Huisarts Wet 1994; 37: 265-6.
- 3 Pop V, Boer AM, Winants Y, et al. NHG-Standaard Functiestoornissen van de Schildklier. Huisarts Wet 1993; 37: 143-9.
- 4 Wiersinga WM, Krenning EP, red. Schildklierziekten. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1988.
- 5 Hall R, Besser M, eds. Fundamentals of clinical endocrinology. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1989.
- 6 Haak A, Geelhoed-Duyvestijn P, Hermans J, Van der Heide D. Diagnosis and treatment of Graves disease. Results of a survey of Dutch internists. *Neth J Med* 1989; 34: 64-71.

NOTA BENE

Effecten van een interventie kunnen beter met een ziektespecifiek meetinstrument worden gemeten, dan met een algemeen meetinstrument als de Sickness Impact Profile.

Stelling bij: De Bock GH. Peripheral osteoarthritis in general practice [Dissertatie]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1994.

Ongezonde verschillen

Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland. Mackenbach JP. Assen: Van Gorcum, 1994.

Dit boek bevat een verslag van het werk van de programmacommissie Sociaal-economische gezondheidsverschillen (eerste fase), die in 1989 door de toenmalige staatssecretaris Dees is ingesteld. Daarmee werd de internationale trend voor hernieuwde aandacht van het thema sociaal-economische gezondheidsverschillen gevolgd. Dat Nederland in dit opzicht minder voorop liep, heeft alles te maken met het vigerende idee dat in onze goed georganiseerde verzorgingsstaat de gezondheidsverschillen acceptabel zouden zijn. Het zijn achtereenvolgens de 'Health for All'-strategie van de World Health Organization, het bekende Engelse Black-Report en de Nota 2000 geweest die beleidmakers en onderzoekers hebben wakker geschud. Het boek bevat een eerste inventarisatie van de omvang van de problematiek in Nederland en van de achtergronden die mogelijk een rol spelen; tot slot wordt een aantal suggesties voor oplossingen gedaan.

Het boek vangt aan met een lezenswaardig internationaal historisch overzicht, met daarin een glansrol voor één van de grondleggers van de moderne geneeskunde, Virchow, en de hygiënisten Villermi, Chadwick en onze eigen Coronel. Zij zagen in hun tijd het belang van sociale factoren bij het ontstaan en de bestrijding van ziekten in. Mede dankzij hun inzichten werden strategieën om ziekten te voorkomen en aan te pakken successen en konden sociaal-economische gezondheidsverschillen worden verkleind. Sinds 1960 zijn deze verschillen echter weer aan het groeien. Het is evenwel niet eenvoudig om de verschillen in de tijd vast te stellen omdat de basisvariabelen voor de sociale stratificatie nogal wisselen. De samenstelling van onze beroepsbevolking is enorm veranderd en heeft bijvoorbeeld geleid tot grote verschillen tussen generaties. De opleidingsgraad van de totale bevolking is tegelijkertijd toegenomen, waardoor een zekere nivellering heeft plaatsgevonden. De inkomensverschillen zijn internationaal gezien in Nederland relatief klein geworden, maar in absolute zin nog groot. Zo staat de gemiddelde alleenstaande in inkomen ver af van het gemiddelde gezin, ook wanneer rekening wordt gehouden met de omvang van het huishouden.

Ook in Nederland

Met deze wetenschap is gekeken naar de gezondheid van de diverse groepen. In de eerste

plaats blijkt dan dat bijzonder weinig relevante gegevens beschikbaar zijn. Sterfte- en ziekenhuisstatistieken zijn niet routinematig gekoppeld aan voornoemde basisvariabelen. Huisarts- en andere ad hoc registraties leveren enkele gegevens, maar de onderzoekers hebben zich vooral moeten laten leiden door CBS-enquêtegegevens, een niet onbesproken bron van informatie.

Wat levert dit nu op? Het subjectieve oordeel van patiënten omtrent hun gezondheidstoestand laat aan duidelijkheid niets te wensen over: mensen in de laagste sociale klasse voelen zich ongezonder, hebben meer klachten en lijden meer aan de meeste chronische ziekten. Meer objectief gemeten hebben mensen in de laagste sociale klasse meer Cara, meer hart-vaatziekten (met daarin een omslag van hoogste naar laagste sociale klasse in de jaren zeventig), meer problemen met hun gebit, meer psychische problemen en meer lichamelijke beperkingen. Opvallend genoeg laat kanker geen duidelijke sociale gradiënt zien, al lijkt bij mensen in de laagste sociale klasse het probleem wel later te worden vastgesteld.

Dit patroon wordt ook nog eens versterkt door geografische verschillen (het Amsterdam Buurt Onderzoek illustreert dit bijzonder overtuigend), geslachtsverschillen (mannen in de laagste sociale klasse hebben meer problemen dan vrouwen in de laagste sociale klasse), leeftijdverschillen (bij jongeren zijn de sociale gezondheidsverschillen groter dan bij ouderen), werkenden versus niet-werkenden (bij de laatste meer problemen), buitenlanders (meer problemen) versus Nederlanders.

Al met al zijn er dus ook in Nederland grote sociaal-economische gezondheidsverschillen. Niets nieuws misschien, maar het is nu wel goed gedocumenteerd. Internationale vergelijking van gegevens laat zien dat globaal genomen Nederland dicht tegen de situatie in de meeste Scandinavische landen zit. Alleen mannen scoren iets ongunstiger dan in Zweden en het Verenigd Koninkrijk.

Verklaringen en mogelijkheden

In het tweede deel van het boek wordt gezocht naar verklaringen voor de gevonden verschillen. In algemene zin zijn de hoogte van het bruto nationaal produkt, de inkomensverdeling en culturele verschillen van belang. Specifieke factoren worden vervolgens aan een onderzoek onderworpen.

De eerste vraag is uiteraard of de verschillen gebaseerd zijn op artefacten, hetgeen niet ondenkbaar wordt geacht vanwege het enquête-materiaal waarop de huidige kennis is getra-

ceerd. Vervolgens is er de vraag of de verschillen nu oorzaak dan wel gevolg zijn van persoonlijke en maatschappelijke omstandigheden. Dat hangt nogal af van de – met name chronische – aandoeningen waaraan men lijdt, maar in het algemeen wordt meer waarde toegekend aan de bijdrage van sociale factoren als oorzaak van gezondheidsproblemen dan omgekeerd.

Persoonsgebonden factoren laten het volgende zien. Tussen en binnen generaties treden weinig sociaal-economische gezondheidsverschillen op. Wel blijkt een positieve gerichtheid op de toekomst een goede uitwerking te hebben. Problematische levensstijl, werkomstandigheden en belevenissen tijdens de jeugd blijken essentiële bijdragen te leveren aan de verschillen. In het algemeen draagt de zorg niet bij tot vergroting, maar ook niet tot verkleining van verschillen. De laagste sociale klasse ontvangt wel beduidend minder preventie.

Het laatste deel van het rapport wordt besteed aan mogelijkheden tot het verkleinen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Wat mij betreft is dit het zwakste deel van een overigens sterk rapport. Dat wordt vooral veroorzaakt door het feit dat men een verkeerd en naïef uitgangspunt gekozen heeft, hetgeen ook eens hard wordt geïllustreerd in een artikel in de NRC, dat overigens is opgenomen in het rapport. Terecht wijst de columnist op de discrepantie tussen het etaleren van veel kennis, en het niet bespreekbaar maken van de ongelijkheid op individueel en maatschappelijk niveau. Door het kaal presenteren van resultaten lijkt het probleem met name op het bordje van de individuele Nederlander gelegd te worden, terwijl het juist maatschappelijke trends zijn, die de kiemen voor sociale ongelijkheid leveren. Aan verschillen in opleiding, beroep kan een individu veel bijdragen, maar verschillen in arbeidsomstandigheden, inkomen en financiering van de zorg zijn toch primair een gevolg van maatschappelijke afspraken. Hierdoorheen spelen sociaal-culturele aspecten, als individualisering, toegenomen materialisering, verminderde geloofsbeleving en cumulatie van problemen in specifieke wijken van vooral grote steden, allemaal zaken die niet direct door individuen bepaald worden. Jammer genoeg wordt aan deze sociaal-culturele ontwikkelingen weinig aandacht besteed, terwijl deze direct samenhangen met de belangrijkste issues van de afgelopen verkiezingen (criminaliteit/werkgelegenheid/buitenlanders).

Dat de materie complex is, mag blijken uit de paragraaf 'normatieve argumenten'. Daarin

wordt gesproken over (on)aanvaardbare en vermijdbare verschillen. Vervolgens wordt gezondheidsschadend gedrag onderverdeeld in vrij gekozen (aanvaardbaar/vermijdbaar) respectievelijk keuzevrijheid ingeperkt door sociaal-economische factoren (onaanvaardbaar/vermijdbaar). Hierin ligt de crux van de oplossing: wat mag je nu van de individuele burger verwachten en wat van de overheid?

De socioloog Dahrendorf heeft daar veel over geschreven, maar dit wordt helaas niet aan de orde gesteld. Hoewel de auteur aangeeft dat er nog veel te verbeteren valt aan het werkgelegenheidsbeleid, aan de arbeidsomstandigheden en aan de inkomensverschillen, lijkt het erop dat het meeste heil wordt verwacht van interventies op het terrein van GVO en zorg. Dat is jammer, want zolang we openbare discussies (niet in achterkamers van de SER) over werk en inkomen in Nederland blijven vermijden, houden we het belangrijkste gereedschap voor de verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen buiten beeld. De Engelse geleerden Black en Marmot gaven op de conferentie, waarin dit boek aan ex-staatssecretaris Simons werd aangeboden, wel het goede voorbeeld in deze.

Betekenis

Wat betekent dit nu voor de huisartsgeneeskunde?

Eén ding is zeker: sociale ongelijkheid zal in de aankomende jaren het politieke debat sterk beheersen. Tegelijkertijd heeft de huisartsgeneeskunde zeer veel te bieden. Er is geen andere zorgfaciliteit die de individuele Nederlander in het perspectief van de buurt, wijk of dorp zo goed kent als de huisartspraktijk. Signaleren van sociaal bepaalde gezondheidsproblemen en bijdragen aan verkleining van de verschillen door buurt-, wijk- en dorpergerichte maatregelen zijn eenvoudig te realiseren.

Toch komt het er weinig van, getuige ook het vrijwel volledig ontbreken van de huisarts in het palet oplossingen die gemeld worden in het boek. Als oorzaken kunnen worden genoemd de sterke gerichtheid van huisartsen op individuele patiënten en op klinische problemen, zoals benadrukt in het standaardbeleid. Er ligt voor ons huisartsen evenwel een uitdaging op het terrein van sociale ongelijkheid, zowel in maatschappelijk als wetenschappelijk opzicht. Buurt/wijkgerichte programma's, een van de aanbevelingen in het boek, zouden heel goed vanuit de huisartspraktijk (niet per se door huisartsen) georganiseerd kunnen worden.

Dat vereist wel een actievere en meer bevolkingsgeoriënteerde opstelling van huisartsen,

Allergologie

De Monchy JGR, Kauffman HF, red. Utrecht: Bunge, 1994; 358 bladzijden, prijs NLG 79,50. ISBN 90-6348-208-6.

Woordenboek der Geneeskunde Engels-Nederlands/Nederlands-Engels

Kerkhof PLM. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1993; 340 bladzijden, prijs NLG 85,-. ISBN 90-6016-858-5.

Interculturele gespreksvoering

Hoffman E, Arts W. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994; 233 bladzijden, prijs NLG 45,-. ISBN 90-313-1532-X.

Pijn en balsem, troost en smart. Pijnbeleving en pijnbestrijding in de oudheid

Horstmanshoff HFJ, red. Rotterdam: Erasmus Publishing, 1994; 240 bladzijden, prijs NLG 89,50. ISBN 90-5235-042-6.

Is links handig? Oorzaken en gevolgen van linkshandigheid

Coren S. Schiedam: Scriptum, 1994; 298 bladzijden, prijs NLG 59,50. ISBN 90-71542-71-8.

De eenheid van de mens van mens en wereld

Visie op ziekte en gezondheid. Dahlke R. Deventer: Ankh-Hermes, 1994; 432 bladzijden, prijs NLG 49,50. ISBN 90-202-4292-X.

De loden last

Beroemdheden en hun ziekten. Van Everdingen JJE, Meulenberg FAEM. Amsterdam/Overveen: Boom/Belvédère, 1994; 240 bladzijden, prijs NLG 29,50. ISBN 90-5352-131-3.

De verzuijing in de psychotherapie

Over de noodzaak om systeemtherapieën en individuele therapievormen te integreren. Lange A. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1994; 25 bladzijden, prijs NLG 15,-. ISBN 90-313-1796-9.

van beroepsorganisaties en misschien vooral van wetenschappelijk onderzoekers. De sociale dimensie van het huisartsenvak kan best een beter profiel gebruiken. Een NHG-congres over dit thema zou niet derhalve misstaan.

Koos van der Velden