

De huisarts en 'ongezonde sociale verschillen'

De problematiek van sociale ongelijkheid ten aanzien van ziekte en dood heeft in Nederland de afgelopen tien jaar grote aandacht gekregen. Sinds 1989 loopt systematisch wetenschappelijk onderzoek, waaruit diverse beleidslijnen zijn gedistilleerd: het verbeteren van de situatie met betrekking tot opvoeding, arbeid en inkomen van degenen die zich onderaan de maatschappelijke ladder bevinden, het beperken van de effecten van een slechte gezondheidstoestand op de sociale mobiliteit, het reduceren van de blootstelling van de laagste sociaal-economische groepen aan gezondheidsbedreigende factoren en het aanbieden van extra voorzieningen aan de maatschappelijk zwakste groepen.¹

Achterstandswijken

Ondanks de aanzienlijke inspanningen die reeds zijn geleverd, worden bij onderzoek telkens opnieuw sociale verschillen vastgesteld: zo blijken hoger opgeleiden in Nederland een duidelijk betere algemene gezondheidstoestand te ervaren dan lager opgeleiden.² Internationaal gezien onderscheidt Nederland zich in positieve zin: de verschillen tussen de sterftecijfers in de diverse sociaal-economische groepen (althans onder volwassen mannen) zijn relatief klein.³ Binnen Nederland zelf blijven er echter grote verschillen bestaan, waarbij vooral bepaalde wijken in de grote steden zorgen baren. Zo ligt in Amsterdam het aantal doden onder de leeftijd van 65 jaar in de sociaal-economisch zwakste wijken 46 procent hoger dan zou worden verwacht op basis van de nationale sterftecijfers.⁴

Sociale gezondheidsverschillen zijn overigens niet louter een probleem van achterstandswijken: iedere huisarts kan in de praktijk vaststellen dat er specifieke gezondheidsproblemen optreden bij sommige groepen allochtonen en migranten, bij verslaafden, alleenstaande moeders met kinderen, zwervers en daklozen. Voor sommige van deze groepen kan de huisarts samenwerken met categorale voorzieningen, maar in veel 'concentratiegebieden' in de grote steden zijn er duidelijke signalen van overbelasting.⁵ Ook elders in West-Europa, in steden waar huisartsen werken in 'inner city-areas', klinken dergelijke geluiden. De Britse Royal College of General Practitioners heeft zelfs een *inner city-task force* in het leven geroepen die zich over deze problematiek moet buigen. Overigens zijn in het Verenigd Koninkrijk de 'ongezonde sociale verschillen' uitgegroeid tot een belangrijk politieke prioriteit.⁶

Huisartsen in kansarme buurten hebben steeds dicht bij deze sociale realiteit gestaan en hierover vaak gerapporteerd. In mijn werk als huisarts krijgt sociale deprivatie een duidelijk gezicht: Gerard, 45 jaar, die ik de laatste dagen van zijn leven begeleid in een zolderkamer van een opvangtehuis voor daklozen (hij sterft zonder diagnose); Wendy, zwakbegaafd, zwanger met 14 jaar; Gilbert die me weer vertelt dat hij pas volgende maand geld heeft om de medicijnen voor de behandeling van zijn hoge bloeddruk te kopen; Bahkti, uitgeprocedeerd en nu illegaal, die ik niet kan verwijzen voor verder onderzoek, omdat hij geen ziektekostenverzekering heeft. In een recent onderzoek naar ervaringen van huisartsen met sociale deprivatie formuleert een huisarts uit Gent het probleem als volgt: 'Die mensen kennen al een slechte start, ze vertrekken van een slechte basis. Als de situatie thuis al problematisch was, met

een vader die drinkt of een moeder die er niet is, dan denk ik dat mensen daar instabiel van worden.'⁷ Een Amsterdamse arts die in de Bijlmermeer werkt, getuigt: 'Wanneer ik met de patiënten praat hoor ik dat de elektriciteit net is afgesloten of dat ze geen eten meer hebben. Ze kampen met maagzweren, hoofdpijn, hoge bloeddruk. Als arts heb je dan de keuze: ofwel stop je hen een rustgevend medicijn toe, ofwel kijk je verder.'⁸

Registratie

Mensen uit de lagere sociale klassen consulteren, na controle voor morbiditeit, vaker de huisarts.⁹ Dit is niet alleen het geval in landen met een weinig georganiseerde gezondheidszorg met een open markt, zoals België; vergelijkbare bevindingen kwamen al naar voren uit de Second National Morbidity Study in het Verenigd Koninkrijk in 1971, en zij werden 20 jaar later nog eens bevestigd.^{10,11}

Van de huisarts wordt verwacht dat hij aan deze groep kwalitatief hoogwaardige zorg verleent. De praktijk leert echter dat implementeren van richtlijnen en standaarden bij patiënten uit de maatschappelijk zwakkere groepen niet altijd eenvoudig is. Is de 'evidence' waarop deze richtlijnen zijn gebaseerd, wel getoetst aan onderzoek waarin patiënten uit lagere sociale groepen adequaat waren vertegenwoordigd? *Sunaert et al.* laten in dit nummer zien dat in rapporten van wetenschappelijk huisartsgeneeskundig onderzoek weinig valt terug te vinden over de sociaal-economische status van deelnemers en uitvallers.¹²

Dit heeft wellicht ook te maken met de beperkte of gebrekkige registratie van sociaal-economische gegevens in het dossier van de huisarts. *Peschar & Popping* bespreken in dit nummer de bouwstenen voor een procedure die daartoe zou kunnen worden toegepast.¹³

Registratie van sociaal-economische gegevens is niet alleen voor wetenschappelijk onderzoek van belang. Het is ook een voorwaarde om binnen de huisartspraktijk de 'kwetsbare groepen' te kunnen identificeren: groepen die door hun sociale positie de kans lopen inadequaat gebruik te maken van de beschikbare mogelijkheden tot interventie (zowel preventief als curatief): mensen met financiële problemen, verstandelijk gehandicapten, langdurig werklozen, gezinnen met verslavingsproblemen, bepaalde groepen allochtonen, illegale vluchtelingen. Voor deze groepen geldt de *inverse care law*: 'the availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served'.¹⁴ Door het adequaat registreren van sociaal-economische gegevens kunnen huisartsen meewerken aan het corrigeren van deze wet. Een goede registratie (en automatisering) stelt de huisarts in staat om er bijvoorbeeld voor te zorgen dat bij de opsporing van baarmoederhalskanker de groep met het hoogste risico (de laagste SES) minstens even goed wordt gescreend als de groep met een hogere SES, die een veel kleiner risico heeft.

Ook in de zorg voor chronische aandoeningen die maatschappelijk ongelijk verdeeld zijn (bijvoorbeeld diabetes), kan de huisarts samen met de wijkverpleegkundige extra aandacht besteden: een huisbezoek doen bij de patiënt die niet verschijnt voor follow-up, begrijpelijke en voor de patiënt haalbare instructies geven rond voetverzorging. Werken met kansarmen vraagt om een permanente relativering van onze (meestal middenklasse) normen en waarden. Een open, niet-

beschuldigende benadering zal ons vaak doen inzien dat een op het eerste gezicht onlogische beslissing (een kind laten opnemen in het ziekenhuis wegens banale diarree) binnen de context van sommige mensen erg begrijpelijk is (tonen dat men goed voor zijn kind wil zorgen).

De beperkte impact van geneeskundige zorg

De belangrijkste strategie in de bijdrage die huisartsen kunnen leveren aan het terugdringen van sociale verschillen, vormt de samenwerking met het maatschappelijk werk. Gezamenlijk overleg rond het formuleren van haalbare hulpverleningsdoelstellingen geeft vaak een nieuwe dimensie, wanneer we weer eens zijn vastgelopen met onze interventies in een multi-probleemgezin. Twintig jaar werken in een kansarme buurt heeft me daarbij geleerd dat een belangrijke vuistregel luidt: 'Er is altijd nog een kleinere stap.'

Een dergelijke toegankelijke en op maat van de doelgroep gesneden zorg is echter onvoldoende om de 'ongezonde sociale verschillen' weg te werken. Onderzoek op populatieniveau dwingt ons tot bescheidenheid over de impact van geneeskundige zorgverlening. Buitenlandse indicaties – overigens wellicht niet altijd extrapoleerbaar naar Nederland – laten zien dat een maximale implementering van 'evidence based' richtlijnen met betrekking tot het myocardinfarct in een bevolking van 300.000 mensen het aantal doden met 74 per jaar kan terugdringen.¹⁵ In een populatie met dezelfde omvang zal het verbeteren van de sociaal-economische situatie van de armste groepen het sterftecijfer met 600 per jaar doen afnemen.¹⁶ Er is behoefte aan een integrale aanpak, waarbij ook maatregelen worden genomen om de materiële omstandigheden van de minder geprivilegieerden te verbeteren: 'Het beleid en de genomen maatregelen dienen op hun gezondheidkundige effecten te worden beoordeeld en deze "gezondheidseffect-rapportage" dient consequenties te hebben voor het beleid'.¹⁷ Een beleid gekenmerkt door 'meer markt en minder overheid' en door een inkringing van de sociale zekerheid is niet bevorderlijk voor het reduceren van de ongezonde sociale verschillen.

Vinger aan de pols

Intussen timmert de huisarts in de achterstandswijken verder aan de weg. Uit buitenlandse ervaring is bekend dat een 'community oriented primary care' wellicht een adequate strategie is in situaties van armoede en achterstelling:¹⁸ in onze praktijk in een wijkgezondheidscentrum hebben we kunnen vaststellen dat het hanteren van een 'community diagnosis' en het op buurtniveau systematisch uitbouwen van projecten die de oorzaken van een gezondheidsprobleem aanpakken (veilige straten, gezonde woningen, interculturele samenwerking, speelruimte voor kinderen, terugdringen van werkloosheid) positieve resultaten kan opleveren.¹⁹ Het noodzakelijke raamwerk voor een dergelijke buurtgerichte, inclusieve benadering ontbreekt echter vaak in de praktijk. Onze interventies als hulpverlener beperken zich dan tot het met veel inzet en goede wil oplossen van individuele probleemsituaties. In opleiding en nascholing wordt weinig aan-

dacht besteed aan het omgaan met problemen die voortvloeien uit sociale verschillen. In een recent rapport wijst de Wereldgezondheidsorganisatie op de verantwoordelijkheid van de universiteiten ter zake en spreekt over de 'social accountability of medical schools'.²⁰

Overall in West-Europa worden we geconfronteerd met een in toenemende mate duale samenleving:²¹ een grote groep (70 tot 90 procent) heeft deel aan de welvaart, de rest valt uit de boot. Een rapport van Mc Kinsey had het bij de voorstelling van de 'miljoenennota' op Prinsjesdag 1997 over 'een feestje waarbij 1 miljoen mensen buiten blijft staan'.²²

De huisarts houdt de vinger aan de pols van de duale samenleving: hij kan een belangrijke bijdrage leveren door via systematische registratie de 'ongezonde sociale verschillen' te blijven signaleren en tevens daar waar het (nog) niet lukt de oorzaken van sociaal-economische gezondheidsverschillen weg te nemen, samen met andere eerstelijnswerkers een deskundige, geëngageerde professionele zorg te leveren voor diegenen die in moeilijke sociale omstandigheden leven.²³

prof.dr. J. De Maeseneer

huisarts Wijkgezondheidscentrum Botermarkt Ledeborg,
hoogleraar Huisartsgeneeskunde Universiteit Gent

- 1 Mackenbach JP. Socioeconomic inequalities in health in the Netherlands: impact of a five year research programme. *BMJ* 1994;309:1491-5.
- 2 Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars EJM, et al. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in Western Europe. *Lancet* 1997;349:1655-9.
- 3 Mackenbach JP, Kunst AE. Health and social inequalities in Europe. *BMJ* 1994;309:57.
- 4 Reijneveld SA. Causes of death contributing to urban socioeconomic mortality differences in Amsterdam. *Int J Epidemiol* 1995;24:740-9.
- 5 Otten R. Huisartsen in achterstandswijken moeten duidelijker grenzen stellen. *Med Contact* 1995;50:477-9.
- 6 Anonymous. Health inequality: the UK's biggest issue. *Lancet* 1997;349:1185.
- 7 Swinnen W, De Maeseneer J. 'Vertel mij over de armoede': een explorerend kwalitatief onderzoek bij huisartsen in Gent. Gent: Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg, 1997. p. 79.
- 8 Anoniem. Arts geeft arme Amsterdammers brood op recept. *De Morgen*, 27.01.98, p.3.
- 9 De Prins L, Peersman WP, De Maeseneer JM. Lager opgeleid, meer naar de huisarts? Een analyse in Vlaanderen. *Huisarts Wet* 1998;41(4):
- 10 Crombie DL. Social class and health status: inequality or difference. *Exeter: The Royal College of General Practitioners*, 1984. p. 3.
- 11 Carr-Hill RA, Rice M, Roland M. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices. *BMJ* 1996;312:1008-13.
- 12 Sunaert P, Feyen L, De Maeseneer J. Hoe representatief is de onderzoekspopulatie in huisartsgeneeskundig onderzoek? Inclusie, exclusie en uitval in relatie tot demografische en sociaal-economische kenmerken. *Huisarts Wet* 1998;41(4):
- 13 Peschar JL, Popping R. Over het vaststellen van de sociaal-economische positie van patiënten. *Huisarts Wet* 1998;41(4):
- 14 Hart JT. The inverse care law. *Lancet* 1971;297:405-12.
- 15 Mant J, Hicks N. Detecting differences in quality of care: the sensitivity of measures of process and outcome in treating acute myocardial infarction. *BMJ* 1995;311:783-96.
- 16 McLoone P, Boddy FA. Deprivation and mortality in Scotland, 1981 and 1991. *BMJ* 1994;309:1465-70.

Vervolg op pag. 172.

Dankbetuiging

Mijn bijzondere dank gaat uit naar Harald Abrahamse voor het analyseren van de gegevens.

Literatuur

- 1 Townsend P, Davidson N. Inequalities in health. The black report. London, Harmondsworth: Penguin, 1981
- 2 Whitehead M. The health divide. In: Townsend P, Davidson N, Whitehead M, editors. Inequalities in health. London: Penguin, 1989.
- 3 Illsley R, Svensson PG, editors. Social inequalities in health. Soc Sci Med 1990;31:223-40.
- 4 Mackenbach JP. Ongezonde verschillen. Assen: Van Gorcum, 1994.
- 5 Feinstein JS. The relationship between socioeconomic status and health: a review of the literature. Milbank Quarterly 1993;71:279-322.
- 6 Crombie DL. Social class and health status. Inequality or difference. Exeter: RCGP, 1984.
- 7 Van der Zee J. Sociale klasse en ziekte in de huisartspraktijk In: Boerma WBW, Hingstman L, redactie. De eerste lijn onderzocht. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985. p. 193-206.
- 8 Edwards A, Pill R. Patterns of help-seeking behaviour for toddlers from two contrasting socioeconomic groups: new evidence on a neglected topic. Fam Pract 1996;4:377-81.
- 9 Gomez Rodriguez E, Moreno Raymundo P, Hernandez Monsalve M, Gervas J. Socio-economic status, chronic morbidity and health services utilization by families. Fam Pract 1996;4:382-5.
- 10 Marmot M, Ryff CD, Bumpass LL, et al. Social inequalities in health: next questions and converging evidence. Soc Sci Med 1997;6:901-10.
- 11 Van der Velden J. Where there is a family doctor. Can the general/family practitioner move from primary medical to primary health care? [backgroundpaper]. In: Saltman R, Figueras J. European health care reform. Analyses of current strategies. Copenhagen: WHO, 1997.
- 12 White KL, editor. Healing the schism. Epidemiology, medicine and the public's health. New York: Springer, 1991.
- 13 Querido J. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge 1988.
- 14 Galesloot JAM, Bless GWAM. Huisarts in een achterstandswijk: onderbetaald en overwerkt. Med Contact 1993;48:1359-60.
- 15 Luijten MCG, Tjaden FLJ. Huisartsen in achterstandswijken. Leiden: Research voor Beleid, 1995.
- 16 Sociaal en Cultureel Planbureau. Sociaal en cultureel rapport 1996. Rijswijk/Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau/Vuga, 1996.
- 17 Verheij R, Van der Velden J, De Bakker DH. De huisarts in de grote stad. Utrecht: Nivel, 1992.
- 18 Engbersen G, Vrooman JC, Snel E, redactie. Arm Nederland. Het eerste jaarrapport armoede en sociale uitsluiting. 's-Gravenhage: Vuga, 1996.
- 19 Jacobs Aletta H. Herinneringen van -. Amsterdam: Van Holkema & Warendorf, 1924; heruitgave: Nijmegen: SUN, 1978.
- 20 Buma JT. Beschouwingen over de plaats van de huisarts in de Nederlandse gezondheidszorg. Leiden: Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde, 1959.
- 21 Gill K. Sociaal verloskundige verkenningen. Nijmegen: Dekker & Van de Vegt, 1973.
- 22 Muntendam P. Gezondheidszorg in ontwikkeling. In: Schrijvers G, Boot JM. Een halve eeuw gezondheidszorg 1950-2000. Lochem: De Tijdstroom, 1983.
- 23 Foets M, Van der Velden J. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990.
- 24 Van der Velden J, Schellevis FG, Van der Steen J. De International Classification of Primary Care (aangepaste versie). Utrecht: Nivel, 1989.
- 25 Classification Committee WONCA. An international glossary for primary care. Huisarts Wet 1981;24:342-6.
- 26 Groenewegen PP, De Bakker DH, Van der Velden J. Een Nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Verrichtingen in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 27 Van der Velden J, De Bakker DH, Claessens AAMC, Schellevis FG. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Utrecht: Nivel, 1991.
- 28 Van der Velden J. Socio-economic health differences and general practice in the Netherlands: is the removal of inequality being addressed? In: Mackenbach JP. Socioeconomic health differences. Proceedings of a conference. Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, 1991.
- 29 Van der Velden J, Abrahamse HPhH, De Bakker DH. Een nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Arbeid en gezondheid. Utrecht: Nivel, 1991.
- 30 Ruwaard D, Kramers PGN, redactie. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen. Bilthoven/Utrecht: RIVM/De Tijdstroom, 1997.
- 31 Joung IMA, Glurum JJ, Van Poppel FWA, et al. The contribution of specific causes of death to mortality differences by marital status in the Netherlands. Eur J Publ Health 1996;6:142-9.
- 32 Van der Velden HGM. Diagnose of prognose? De betekenis van de epidemiologie voor het handelen van de huisarts. Huisart Wet 1983;26:125-8.
- 33 Kohn R, White KL. Health Care. An international study. Oxford: Oxford University Press, 1976.
- 34 Cassel J, Tyroler HA. Epidemiological studies of culture change. Health status and recency of industrialization. Arch Environ Health 1961;3:25-33.
- 35 Arblaster L, Lambert M, Entwistle V, et al. A systematic review of the effectiveness of health services intervention aimed at reducing inequalities in health. J Health Serv Res Policy 1996;2:93-103.
- 36 Mair A. Sir James Mackenzie 1853-1925. General practitioner. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1973.

Abstract

Van der Velden J. Social differences in morbidity and interventions in general practice. Huisarts Wet 1998;41(4):165-72.

To obtain a picture on social differences in general practice a secondary analysis has been performed on the Dutch National Survey of General Practice. The study focused upon the 25+ population consulting their GP and was directed to their highest educational level. In the age category 25-64 years the GP records significant more diseases in the lowest educational group. This pattern is stronger in men than in women. In the age category 65 years and over the picture is less uniform. In the management of the four most important reasons for encounters GPs' physical examination does not lead to differences among the educational groups, while laboratory investigations/X rays are more frequently requested for higher educated people. Prescription is more provided to lower educated people. The chance for counselling, patient education and referral differs per disease category. The GP must be aware that social differences in his/her job do exist. The possible contribution of the GP in reducing social differences is discussed.

Keywords Family practice; Interventions; Morbidity; Social differences.

Correspondence J. van der Velden MD MPH, Nivel, PO Box 1568, 3500 BN Utrecht, The Netherlands.

COMMENTAAR

Vervolg van pag. 164

- 17 Van Gerven HPJ. Sociaal-economische gezondheidsverschillen [ingezonden]. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:1587.
- 18 Derese A. Community oriented primary care. Huisarts Wet 1988;31(Suppl 12):14-8.
- 19 De Maeseneer J, De Dobbeleer C. Gezondheidsinitiatieven in achterstandssituaties: van centrum tot speelplein en veiligheid op straat. In: Vlugh H, redactie. Gezondheid en verarming. Amsterdam: NCDB, 1991. p. 95-104.
- 20 Boelen C, Heck JE. Defining and measuring the social accountability of medical schools. Geneva: World Health Organization, 1995.
- 21 Anonymous. De duale samenleving: percepties van Vlamingen anno 1996. Brussel: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap 1997.
- 22 De Foer S. Niet iedereen viert mee op Haags miljoenenfeest: poldermodel krijgt kritiek omdat het ongelijkheid vergroot. De Standaard, 16.09.97, p. 6.
- 23 Mackenbach JP. Sociaal-economische gezondheidsverschillen. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:1259-61.