



“Ik pleit voor een community-oriented approach, waarin huisartsen een verantwoordelijkheid hebben”

Jan De Maeseneer over de sociale verschillen in de gezondheidszorg

“Iedereen telt mee en heeft recht op zorg”

Daniël Dresden

Meer verbondenheid is gewenst tussen de noordelijke en zuidelijke Europese landen, tussen rijk en arm, en tussen huisartsen en public health. Dat stelt prof. Jan De Maeseneer, sinds 30 september 2017 met emeritaat bij de Universiteit Gent, in zijn recent verschenen boek *Family medicine and primary care at the crossroads of societal change*. Daarin blikt hij terug op de afgelopen veertig jaar en beschrijft hij een toekomstperspectief.

Het boek oogt als een politiek gekleurd pamflet, waarin wordt gesteld dat de lagere sociaal-economische klassen in de gezondheidszorg het onderspit delven. “Er is een verschil in gezonde levensverwachting tussen laag- en hoogopgeleiden,” beargumenteert De Maeseneer. “Ook wat betreft de toegang tot zorg zijn er duidelijk sociale verschillen. Ik vind het geen politiek, maar een wetenschappelijk standpunt dat er een toenemende sociale ongelijkheid op gebied van de gezondheid is. Dat geldt voor veel Europese landen, met uitzondering van een paar landen, zoals Noorwegen, Denemarken en Finland. De sociale ongelijkheid is wereldwijd een probleem, dat zich vertaalt in allerlei vluchtelingenstromen, ook binnen Europa.”

NOORD-ZUIDGRADIËNT

De gezondheidszorg in België en Nederland is volgens De Maeseneer fundamenteel verschillend. “Het is opvallend om een taal te delen, maar toch heel anders te zijn,” vindt hij. “We zitten op de noord-zuidgradiënt wat betreft de gezondheidszorg in Europa. In het noorden, onder andere in Scandinavië, zie je de calvinistische invloeden. Tussen Nijmegen en Brussel vindt een transitie plaats naar een meer latijns-katholieke aanpak.”

De Maeseneer zou graag in het Nederlandse gezondheidszorgsysteem werken, maar dan wel in een vorm waarin de menselijke interactie en warmte van het Vlaamse systeem behouden blijft. “Er moet ruimte blijven om creatief naar andere oplossingen te zoeken, eventueel gemotiveerd buiten de richtlijnen, en op een menselijke manier het probleem aan te pakken. De Nederlandse huisartsen hebben door de vermarkting van de zorg niet altijd de vrijheid en flexibiliteit om dat te doen. Overigens is naar goede Nederlandse traditie die ‘vrije’ markt volledig gereguleerd. Op de meeste plekken voeren één of twee zorgverzekeraars de boventoon, dus wat dat betreft werkt het marktmodel niet zo fantastisch.”

IDEALE ZORGSYSTEEM

Ook het Oost-Europese model van voor 1989 met een top-downbenadering, waarin patiënten naar een bepaalde dokter werden gestuurd, bleek niet goed te werken, voegt De Maeseneer hier direct aan toe. “Belangrijk voor een zorgsysteem is de aanwezige solidariteit, in de wetenschap dat zo’n 70% van de middelen wordt besteed aan 10% van de mensen. Bij de keuze voor het ideale zorgsysteem moet je opereren binnen de heersende maatschappelijke, culturele en politieke omstandigheden. Daarbij moeten alle stakeholders op een adequate manier worden betrokken, zodat zij zich in voldoende mate kunnen identificeren met het zorgsysteem, waardoor voldoende *ownership* ontstaat. De uitdaging blijft hoe je de zorg het best en op een kosteneffectieve manier kunt organiseren, met oog voor relevantie, solidariteit, diversiteit, goede kwaliteit en voldoening bij patiënten en zorgverleners.”

VERANTWOORDELIJKHEID

Het vertrouwen tussen de bevolking en het zorgsysteem verloopt vaak via de eerste lijn, die een verbindende factor vormt en meebouwt aan de sociale cohesie. Die eerste lijn staat vandaag de dag onder druk door de toenemende individualisering van de samenleving. De Maeseneer pleit dan ook voor een *community-oriented approach*, waarin huisartsen een verantwoordelijkheid hebben. “Dat betekent dat we ons moeten gaan organiseren in eerstelijnsnetwerken, die

“Sociale verschillen in gezondheid nemen toe. Dit is een wetenschappelijk standpunt”

de verantwoordelijkheid hebben voor minstens tienduizend inwoners in de stad, wat op het platteland wellicht een kleiner aantal inwoners is,” benoemt hij een concrete manier om dit concept vorm te geven. “Daarbij moeten we ervoor zorgen dat alle ingeschreven personen tot het netwerk behoren en terecht kunnen bij de zorgverleners die in het netwerk aanwezig zijn.” Twee zaken zijn belangrijk. Ten eerste: iedereen telt mee en heeft recht op zorg, ook personen zonder verblijfsvergunning. Ten tweede: niemand wordt achtergelaten. “Iedereen wordt



“Door vermarkting van de zorg hebben Nederlandse huisartsen niet altijd de vrijheid om naar andere oplossingen te zoeken”

betrokken in een actief proces,” voegt De Maeseneer toe. “Daarbij wordt gekeken naar de onderliggende oorzaken van ongezondheid, zoals veiligheid van het verkeer, blootstelling aan fijnstof en kwaliteit van de woningen. Zo kunnen kinderen in een te vochtig huis een gecompliceerd beloop van infecties hebben. Dan moet je ervoor zorgen dat dat punt aan de orde komt en dat de kwaliteit van de woningen wordt verbeterd.” Dit is de advocacy-rol van de huisarts.

SCABIËSEPIDEMIE

Door de verhalen van patiënten en huisbezoeken hebben huisartsen een schat aan maatschappelijk relevante informatie. Momenteel gebeurt daar echter weinig mee. “We gebruiken die informatie vooral bij de individuele benadering, soms in de context van het gezin, maar daar stopt het,” laat De Maeseneer weten. “Je kunt echter veel leren van de observatie dat in sommige wijken veel problematiek bestaat.” Als voorbeeld noemt hij een tijdig ingeperkte scabiësepidemie een paar jaar geleden. Dat begon met de observatie door een huisarts dat er in de wijk opeens veel meer gevallen van scabiës waren. De Maeseneer en collega’s waren er die zomer in geslaagd om, voordat het schooljaar begon, die epidemie in te perken, waardoor zij voorkwamen dat de scabiës zich grootschalig zou verspreiden op de scholen. Het gaat dus om de alertheid, het maken van de vertaalslag en overleg tussen eerste lijn, scholen en andere stakeholders, inclusief lokaal bestuur.

BREDERE PERSPECTIEF

Huisartsgeneeskunde en public health moeten meer met elkaar samenwerken en zoveel mogelijk synergiën creëren, zo

vindt De Maeseneer. Om het perspectief van de individuele patiënt aan te vullen met het gemeenschapsgerichte perspectief, moet reeds in de opleiding tot huisarts een brede set competenties worden aangeleerd. “We moeten sterk inzetten op het interprofessioneel opleiden, waarbij mensen vanuit verschillende perspectieven naar eenzelfde probleem kijken,” stelt De Maeseneer. “Daarnaast moeten we werken aan een paradigmashift van ziektegeoriënteerd werken naar *goal oriented care*, dat wil zeggen werken aan doelstellingen van patiënten. Dat is onder andere van groot belang bij het aanpakken van multimorbiditeit.”

MEER BEGRIP EN VERTROUWEN

De grootste uitdaging, die De Maeseneer ook in zijn boek beschrijft, is ervoor te zorgen dat er meer verbinding ontstaat tussen de steeds meer verdeeld rakende burgers die hun sociale kapitaal zien afnemen en vereenzaamd raken. “Als zorgsector alleen kunnen we nooit alle maatschappelijke problemen aanpakken. Hopelijk kunnen we wel bijdragen aan het creëren van een gezondere samenleving, met meer begrip en vertrouwen voor elkaar.” ■

Dresden D. “Iedereen telt mee en heeft recht op zorg”. Interview met Jan De Maeseneer over de sociale verschillen in de gezondheidszorg. *Huisart Wet* 2018;61(1):38-40.
Jan De Maeseneer was tot 1 oktober 2017 hoogleraar huisartsgeneeskunde aan de Universiteit van Gent.
De Maeseneer J. *Family medicine and primary care at the crossroads of societal change*. Leuven: LannooCampus Publishers, 2017.