

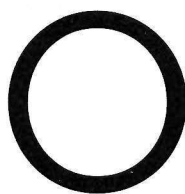
Corona demonstreerde opnieuw het falen van de publieke gezondheidszorg

Heeft de sociale geneeskunde nog bestaansrecht?



Door de focus op curatieve activiteiten is de sociale geneeskunde afgedreven van haar kerntaken: preventie en volksgezondheid. Op deze manier verliest het vak elke meerwaarde, zegt Auke Wiegersma, die 35 jaar als sociaal geneeskundige actief was.

Auke Wiegersma
niet-praktiserend sociaal geneeskundige



p uw netvlies staan ongetwijfeld nog de televisiebeelden van Nederlanders die vanaf hun balkon en op de stoep luid klappen voor zorgmedewerkers van ziekenhuizen; wat mij betreft terecht.

Maar waar waren de sociaal geneeskundigen?

Juist in crisissituaties horen deze professionals midden in de maatschappij te staan om het publiek te informeren, zorg te coördineren, preventiemaatregelen te ontwerpen, onderzoek te faciliteren of zelf uit te voeren. Maar niets van dit alles. In de media waren sociaal geneeskundigen als jeugd-, bedrijfs- en verzekeringsartsen vrijwel onzichtbaar. Daarentegen schoven (klinisch) epidemiologen dagelijks aan bij de praattafels van de Nederlandse omroepen. Wat gaat hier fout?

Tekortgeschoten

De covid-19-pandemie maakt, opnieuw, pijnlijk duidelijk dat de sociale geneeskunde (SG) in al haar verschijningsvormen al jaren niet meer in staat is haar meest elementaire kerntaak uit te voeren: de inzet van professionals en middelen om de *collectieve* gezondheid te bevorderen. Ook GGD's lieten het ernstig afweten: waarom faalden zij in bijvoorbeeld de aankoop van voorraden medische mondkapjes en testmateriaal en het snel organiseren van vaccinaties of het opschalen van (telefonische) bereikbaarheid?

Een ander schrijnend voorbeeld: waarom ontbreekt goede en effectieve preventieve zorg voor jongeren en ouderen bij wie de lockdown een aantoonbaar negatief effect op hun (geestelijke) gezondheid had? Juist, ja: ook hier zijn GGD en SG op alle fronten tekortgeschoten.

De publieke gezondheidszorg verslechtert al vele jaren, vooral door de continue deregulering en de voortgaande afbraak van de sociale regelgeving door de centrale overheid. Dat is inmiddels op vele fronten zichtbaar.

Maar de teloorgang van de publieke gezondheidszorg heeft ook, en zelfs nog meer, te maken met de werkwijzen van de gevestigde SG-professionals: interventies en preventieve activiteiten zijn slecht onderbouwd, nauwelijks geëvalueerd, laat staan wetenschappelijk getoetst. Bij bijvoorbeeld de jeugdzorg zet dit de deur open naar nog langere wachtlijsten en slechte of niet aantoonbare behandelresultaten. Een overduidelijk voorbeeld hiervan is de Databank Effectieve jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Hierin worden in totaal 254 interventies omschreven die door het NJI officieel als 'erkend' worden beschouwd. Maar daarvan zijn er slechts vijf (= 2%) wetenschappelijk redelijk onderbouwd. De andere 98 procent zou dan nog verder moeten worden onderzocht, maar dat gebeurt eigenlijk nooit.¹

Decentralisatie

De afgelopen jaren heeft de overheid zich uit bezuinigingsoverwegingen – dus zeker niet met het doel de zorg te verbeteren – steeds sterker teruggetrokken uit de maatschappelijke zorg. Het officiële argument hiervoor luidde dat lokale overheden beter weten aan welke zorg behoefte is. En dus kregen de gemeenten – zonder passende financiële compensatie – de verantwoordelijkheid voor jeugdzorg, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen. De gevolgen daarvan voor de kwaliteit van de publieke

zorg zijn inmiddels duidelijk zichtbaar. Tegelijkertijd stijgen hierdoor de gemeentelijke (zorg)uitgaven en moet extra geld beschikbaar worden gemaakt om de lacunes in de begrotingen te dichten – duidelijk een averechts (maar zeer voorspelbaar) effect van de decentralisatie.

En ook hier bleek de SG niet in staat enig tegenwicht te bieden, terwijl dit wel degelijk haar taak is. Samen met de andere SG-disciplines had zij onderzoek moeten doen naar de gevolgen van deze maatregelen. Universitaire vakgroepen en GGD's zijn hiervoor uiteraard de aangewezen instanties. Het gaat dan niet alleen over de effecten van decentralisatie van de jeugdzorg, maar ook over bedrijfsgeneeskundige aspecten van productiebedrijven (zoals Tata Steel), overheidsdiensten (chroom-6 bij Defensie, parkinson bij tuinders in het Westland), falen van preventieve interventies, et cetera. De jgz-interventie 'Voorzorg' is een zeer duidelijke illustratie van een dergelijke slecht onderbouwde én kostbare interventie.²

Minderwaardigheidsgevoel

In mijn 35-jarige loopbaan als jeugdarts, epidemioloog en universitair docent sociale geneeskunde heb ik ervaren hoe alle disciplines binnen de SG steeds meer opgeschoven van populatiegericht naar (semicuratief) individugericht handelen. Voor een sociaal geneeskundige kan en mag daarbij evenwel geen sprake zijn van curatief medisch handelen – diagnosticeren, medicatie voorschrijven, of behandelen: het blijft dus 'doktertje spelen'. Zo streven jeugdartsen

De publieke gezondheidszorg verslechtert al vele jaren, vooral door de continue deregulering

al tijden naar het kunnen en mogen verwijzen naar tweedelijnszorg (zoals kno en oogheelkunde), omdat ze dan toch het idee kunnen houden dat ze 'net echt' bezig zijn.

Hierdoor raakte het maatschappelijke aspect van het vakgebied – waaronder bevordering van de gezondheid *van de populatie* – steeds meer op de achtergrond.

Daarnaast ontbrak elk inzicht in het functioneren van de (gemeentelijke) overheid en dus ook in mogelijkheden de plaatselijke politiek te bewegen tot het invoeren van de juiste en gevalideerde populatiegerichte maatregelen. En dat gebeurde dan ook niet. Ik heb tijdens het opzetten van sociaal-geneeskundig onderwijs voor de medische opleiding – met name de coassistentenschappen in jaar 5 – vele gesprekken gevoerd met de diverse SG-artsen, en steeds hoorde ik dezelfde frustraties: minderwaardigheidsgevoel, geen erkenning voor hen als arts, uitvoeren van oneigenlijke taken, enzovoort. En tegenwoordig zijn SG-artsen ook geen medisch specialisten meer, maar worden geregistreerd als 'profiel-artsen'. Alweer een klap voor hun eigenwaarde.

Begin van het einde

Is dit de overheid aan te rekenen? Jazeker, maar nog veel meer de SG-opleidingen zelf. De jeugdgezondheidszorg (jgz) is hiervan een goed voorbeeld. Zo zou men kunnen denken dat sinds 1904 de jgz – voorheen de schoolartsendiensten – met tegenwoordig een budget van ruim 330 miljoen euro per jaar, de invulling van het beroep is vervolmaakt. En dat was zonder twijfel mogelijk geweest, ware het niet dat vanaf 1990 kinderartsen in Leiden zich op bedenkelijke wijze gingen toeleggen op de jgz, met als resultaat het sterk individugerichte ‘Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg’, dat in 2001 zelfs wettelijk werd vastgelegd.³ En dat was het begin van het einde van de jgz zoals die ooit bedoeld en opgezet was: het bevorderen van de gezondheid van alle jeugdigen middels het op populatieniveau beïnvloeden van hun omgeving, onafhankelijk van (sociaal-economische) achtergrond, milieu en opvoeding. Omdat de sociaal-geneeskundige invulling tegenwoordig nagenoeg ontbreekt, is de meerwaarde van SG niet meer aantoonbaar. Het ontbreken ervan tijdens de pandemie is dan ook verre van verrassend en het ontbreken van (wetenschappelijk) aantoonbare invloed op het maatschappelijk welbevinden evenmin. Het blijft bij ‘doktertje spelen’.

Ik word graag verrast door interviews met sociaal geneeskundigen die hun mening en visie geven

De taken van de sociaal geneeskundige kunnen daarom eenvoudig – en, belangrijker, veel beter – worden ingevuld door andere daartoe wel goed opgeleide deskundigen, zoals masters of public health. Zij hebben behalve een medische basisopleiding ook de kennis die voor het beïnvloeden van de openbare gezondheid noodzakelijk is. Voor de invulling van de eigenlijke SG-taken is een opleiding tot master of public health dus veel zinvoller en doelmatiger dan een puur medische opleiding.

Geen bestaansrecht

Behalve de jgz worstelen ook de andere SG-artsen met deze problemen. Ook zij blijken niet tot nauwelijks in staat terug te keren naar de essentie van hun vak. Zo zijn bijvoorbeeld bedrijfsartsen meer gericht op kostenreductie door het bedrijf en verzekeringsartsen op winst van zorgverzekering of overheid. Enige actie op populatieniveau zal men nauwelijks aantreffen.

De conclusie moet dan ook zijn dat de sociale geneeskunde als vakgebied in de huidige door haar aangehangen vorm geen bestaansrecht heeft. De populatiegerichte benadering van de volksgezondheid is terzijde geschoven, terwijl daarnaast de voor klinisch handelen vereiste kennis en kunde ontbreekt.

Opheffen van de sociale geneeskunde zal ongetwijfeld niet lukken, gezien de schuttersputjes van waaruit artsen en vooral hoogleraren opereren. Maar als ze in plaats daarvan eens zouden bezien op

PRAKTIJKPERIKEL

Verdriet en ongeloof

Samen met een obstetrieverpleegkundige begeleid ik de ouders van een doodgeboren kind. Suus* liet om onverklaarbare redenen het leven, intra-uterien bij 38 weken. Een intens verdrietige situatie. Zij werd vlot geboren en zag er prachtig uit.

Enkele uren later zetten wij ons aan de ‘administratieve afhandeling’. De verpleegkundige belt met het mortuarium om even te checken welke papieren men nodig heeft. Naast het gebruikelijke B-formulier wordt gevraagd om ‘een bezittingen-formulier’ van de neonat. Ons ongeloof rijst de pan uit. Volgens de medewerker van het mortuarium is het ‘heel gebruikelijk’. Afijn, we vullen het in. ‘Eén knuffel’ schrijven we erop.

(*de naam Suus is gefingeerd)

→ Ook een anekdote insturen? Mail naar kopij@medischcontact.nl.

welke wijze zij een werkelijk zinvolle maatschappijgerichte invulling aan hun vak kunnen geven en daarbij landelijke en plaatselijke overheden terzijde kunnen staan, zou dat een enorme verbetering zijn. En de kans dat daardoor de SG weer bestaansrecht krijgt is dan zeker aanwezig.

Ik zie dan ook graag de tijd tegemoet dat ik word verrast door interviews met sociaal geneeskundigen die hun mening en visie geven over en onderbouwde oplossingen aandragen voor het aanpakken van de – zeker tegenwoordig – grote problemen binnen de openbare gezondheid. ●

contact

pawiegersma@gmail.com
cc: redactie@medischcontact.nl



→ De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.