

Terug naar de verzorgingsstaat?

Heeft de sociale geneeskunde een antwoord op de grote zorgvraagstukken?

Column Lode Wigersma januari 2017

“Er moet een nationaal plan van aanpak voor ouderenzorg komen”, “nog steeds hoge drempels in de jeugdhulp”, “complexe patiënten krijgen verkeerde ggz-zorg”, “de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg zorgen voor onacceptabele lijdensweg”, “meer daklozen zonder zorgverzekering, waardoor patiënten rondlopen zonder medicijnen en belangrijke ziekenhuisbehandelingen uitblijven”, “veel te veel medische zorg is overbodig”.

Zomaar wat citaten uit de media van de laatste tijd. Op het eerste gezicht zijn er weinig overeenkomsten. Maar samenhang is er wel degelijk. Sinds de bezuinigingen op de ouderenzorg en de transitie van WMO- en jeugdzorg naar de gemeenten is er voortdurend sprake van tekortkomingen in die zorg. Schrijnende verhalen doen de ronde, en er is onderzoek dat die verhalen bevestigt. De verzorgingsmaatschappij wordt versoberd, waardoor meer mensen – ouderen, jeugd, werklozen, onverzekerden, vluchtelingen, asielzoekers – tussen de wal en het schip raken. Aan de andere kant stijgen de kosten van curatieve medische zorg nog steeds, zij het minder dan de voorgaande jaren. Een deel van die kostenstijging blijkt te worden veroorzaakt door heel veel overbodige behandelingen. Anderzijds komen ook in de curatieve sector patiënten in de knel. Dat zijn mensen met psychische problemen en stoornissen. Mensen die het eigen risico niet kunnen of willen aanspreken en daarom zorg mijden. En mensen met meerdere chronische ziekten, die niet effectief begeleid worden door de orgaanspecialisten die zich om hun bed verzamelen, omdat geen van hen het overzicht over de hele mens en zijn (on)mogelijkheden heeft.

Wat kunnen we hier voor conclusies aan verbinden? De vangnetfunctie van de gezondheidszorg voor grote groepen kwetsbare mensen gaat achteruit. Het leeuwendeel van de zorggelden gaat nog altijd naar curatieve zorg. Daarin komen zo langzamerhand vooral (oudere) mensen met meerdere chronische ziekten terecht, die zoals gezegd vaak niet effectief worden behandeld. Ziektepreventie en bevordering van de gezondheid, waarop meer zou moeten worden ingezet, vormen daarentegen een miniem onderdeel in de rijksbegroting. Financiering van volksgezondheidsbeleid is trouwens, merkwaardig genoeg, uitsluitend ondergebracht bij het ministerie van VWS, terwijl het natuurlijk een verantwoordelijkheid is van bijna alle departementen.

Kortom, publieke zorgtaken verschrallen, terwijl de veel duurdere curatieve zorg steeds machtelozer wordt.

Ik pleit niet voor terugkeer naar de verzorgingsstaat van weleer, waarin de bomen tot in de hemel leken te groeien en er te weinig inbreng van de individuele burgers werd gevraagd. Ik pleit wel voor een grondige analyse van de situatie zoals boven beschreven, zodat we kunnen gaan werken aan oplossingen. Kan de sociale geneeskunde hier een rol in spelen?

Jazeker. De sociale geneeskunde bestudeert immers de wisselwerking tussen ziekte en gezondheid enerzijds en de samenleving anderzijds. Sociale geneeskunde richt zich op het bevorderen van gezondheid en het bestrijden van ziekte, maar ook op participatie van mensen en het zinvol verdelen en toedelen van zorg. Wereldwijd en ook in ons land gelden preventie van leefstijl-gerelateerde aandoeningen, een adequate aanpak van chronische multimorbiditeit en sociaaleconomische gezondheidsverschillen als de drie grote, onderling nauw verbonden uitdagingen voor de zorg voor de volksgezondheid. Daar zijn andere collectieve risico's, o.a. verbonden met migratie en massatoerisme (o.a. infectieziekten), milieuvraagstukken en klimaatverandering bijgekomen. De sociale geneeskunde kan zichzelf op grond van haar taakstelling en verantwoordelijkheid dus als actor van betekenis opwerpen om de gevraagde analyse te helpen maken en aan oplossingen te werken. Laten we die handschoen oppakken!