



beeld: Marcel van den Bergh, HH

Dokters kunnen geen sociale problemen oplossen

Downfall, een vrije val

Hayo Lasschuijt,
bedrijfsarts, De Bilt

Correspondentieadres:
hayo.lasschuijt@planet.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Bij sociaal kwetsbare groepen kan uitval in het werk het begin zijn van een negatieve spiraal van gezondheidsklachten, afnemende sociale participatie en sociale problemen. Uiteindelijk belanden deze mensen in de onderklasse. Artsen blijken onbedoeld een onderdeel van het probleem.

De heer X is 41 jaar en van Marokkaanse afkomst. Op 16-jarige leeftijd is hij naar Nederland gekomen in het kader van gezinshereniging. De heer X trouwde op 24-jarige leeftijd en kreeg vijf kinderen van wie de oudste nu 16 en de jongste 2 jaar oud is. Hij heeft, behalve taalonderwijs in Nederland, geen opleiding genoten. Op 22-jarige leeftijd ging hij in een slachterij werken. Na tien jaar kwam hij ten gevolge van nek- en

schouderklachten in de ziektewet. Na een jaar ziektewet en een periode van negen maanden in de WAO, werd hij weer goedgekeurd. De heer X ging hier tegen in beroep, maar verloor en kwam vervolgens in de bijstand. Hij heeft nooit meer gewerkt. Op het moment van het medisch onderzoek heeft hij nog steeds pijnklachten aan de nek en schouders. De specialist in het ziekenhuis heeft gezegd 'dat de klachten altijd zouden blijven'. Oefentherapie

en fysiotherapie hebben niet geholpen. Hij slikt al vele jaren tweemaal daags ibuprofen. Drie jaar geleden zijn benauwdheidsklachten en pijn op de borst ontstaan. De longarts heeft astmatische bronchitis vastgesteld en medicatie voorgeschreven. De heer X houdt echter last van pijn op de borst. De cardioloog 'kon niets vinden'. De heer X weet zeker dat hij iets aan zijn hart heeft, 'maar dokters in Nederland zoeken onvoldoende omdat ze geen tijd hebben'. Hij is moe en wil het liefst de hele dag slapen. De cardioloog heeft hem aangeraden te gaan sporten, 'maar daar is hij te moe voor'. De heer X is op uitdrukkelijk verzoek van de huisarts naar de Riagg gegaan, maar daar is hij na enkele gesprekken weggebleven. De heer X ligt overdag op de bank en 'heeft veel zorg van zijn vrouw nodig'. Zijn vrouw heeft echter vaak hoofdpijn. Geluid van de kinderen kan hij moeilijk verdragen. Hij wordt snel boos op ze. Dat laatste emotioneert hem.

Desastreus

Bedrijfsartsen die naast hun bedrijfsgeneeskundige werkzaamheden medische keuringen verrichten voor een sociale dienst, worden regelmatig geconfronteerd met een desastreus

beloop bij mensen bij wie hun bemoeienis in een eerder stadium blijkbaar is mislukt. Het 'curatieve apparaat' is geleidelijk vastgelopen. Deze mensen, meestal mannen met een lage sociaaleconomische status (SES) en opvallend vaak van Turkse of Marokkaanse afkomst,

zijn na uitval in hun werk (door gezondheidsklachten, problemen op het werk of ontslag om bedrijfseconomische redenen) in een neerwaartse spiraal beland. Ze leven het leven van een ernstig zieke patiënt en komen uiteindelijk maatschappelijk gezien in de onderklasse terecht, de kaste van chronisch werkelozen, de 'uitzichtlozen'. Dit beloop wordt in dit artikel een *downfall* genoemd: een negatieve spiraal bij mensen uit een sociaal kwetsbare groep (lage SES, immigrantenstatus) bij wie zowel gezondheidsklachten als verminderde sociale participatie en sociale problematiek (wat betreft gezin, financiën en huisvesting) een rol spelen. Deze factoren lijken elkaar in stand te houden en zelfs te versterken.

Trampoline

In Nederland hebben zich de afgelopen jaren grote veranderingen voorgedaan op het gebied van de sociale zekerheid. Er heeft een overgang plaatsgevonden van 'een uitkering als sociaal

recht' naar een incentive-paradigma.¹ Van vangnet naar trampoline. Ook voor gemeenten heeft dit grote gevolgen gehad. Sinds 1 januari 2004 zijn gemeenten volledig verantwoordelijk voor zowel het betalen van de bijstandsuitkeringen als het activeren van bijstandsgerechtigden. Als gevolg hiervan ligt de nadruk in het beleid op volumebeheersing.² Door geslaagde re-integratietrajecten bij voornamelijk kansrijke bijstandsccliënten ('afromen'), een strengere selectie aan de poort en intensievere fraudebestrijding is dit beleid succesvol gebleken.³ Met het uitstromen van de 'kansrijken' loopt men nu echter ook aan tegen een groep minder kansrijke bijstandsccliënten, het zogenaamde 'granieten bestand'.⁴ Nu is dit probleem natuurlijk oude wijn in nieuwe zakken.⁵ Sociale uitsluiting die tot een cirkel van ellende leidt, werd al in de eerste helft van de negentiende eeuw beschreven - zowel in *British Medical Journal* als in de boeken van Charles Dickens. Om de zoveel tijd wordt deze onderklasse 'herontdekt' en vervolgens genegeerd. De socioloog Engbersen spreekt van het Columbus-complex.⁶

Zwarte schaap

De omvang van de onderklasse blijft ondanks veel beleid stabiel. Engbersen veronderstelt dat de uitkeringsafhankelijke positie van kwetsbare groepen wordt bestendig door 'publieke bijstandsgeheimen': we willen er liever niet te veel vanaf weten. De onderklasse als het zwarte schaap van de familie. Om werkelijk iets te veranderen, moet worden geïnvesteerd in onderwijs, sociale huisvesting en gezondheidszorg: een sociaaleconomische aanpak. Dit gebeurt echter niet, omdat het probleem van de onderklasse wordt gereduceerd tot gedragsproblemen en ziektebeelden. Zij wordt gemedicaliseerd (en als het om jongeren gaat gecriminaliseerd).⁶ De vraag is of artsen de sociaaleconomische problemen van de onderklasse medicaliseren of dat de mensen uit deze klasse 'gewoon' een slechtere gezondheid hebben. Sociaaleconomische gezondheidsverschillen zijn nu eenmaal een weerbaar fenomeen met grote gevolgen op velerlei gebied.⁷ Zo toont onderzoek van het Sociaal Cultureel Planbureau de belangrijke rol aan van een slechte gezondheid bij verminderde sociale participatie.⁸ Een slechte gezondheid blijkt het sterkste directe effect te hebben op de ernst van sociale uitsluiting - sterker dan factoren als beheersing van de Nederlandse taal en het hebben van een uitkering. Directeuren van Sociale Diensten schatten in dat vier op de tien bijstandsccliënten niet bemiddelbaar zijn naar regulier werk.² Belangrijkste belemmering is de gezondheid.⁴

Een grote verandering in de sociale zekerheid: van vangnet naar trampoline

SAMENVATTING

- Er bestaat een groep patiënten die na uitval in het werk in een negatieve spiraal belandt, downfall genoemd. Het betreft vooral niet-westerse immigranten.
- Bij een downfall houden gezondheidsklachten, afnemende sociale participatie en sociale problemen elkaar in stand en versterken elkaar.
- Ongewild spelen artsen hierin een rol.
- Voor artsen is de tijd rijp om dit probleem politiek urgent te maken.

Keuring

Het is dan ook niet verwonderlijk dat Sociale Diensten in het kader van uitstroomtrajecten regelmatig behoefte hebben aan een medische keuring. Sociaal-geneeskundigen (bedrijfsartsen, verzekeringsartsen of artsen van een GGD) die voor dit doel worden 'ingehuurd', voeren deze keuringen uit. Na de keuring mag gezondheid geen punt van discussie meer zijn. Dit brengt de keuringsarts bij een cliënt met een *downfall* in een onmogelijke positie: óf hij stelt de objectief medische beperkingen vast op basis van de medische stoornis, óf hij medicaliseert de voor een groot gedeelte niet-medische problematiek in de ijdele hoop dat de persoon op de juiste wijze wordt geholpen. In het eerste geval wordt de persoon bijna zeker overvraagd (en ziet hij deze stevast terug voor een medische herkeuring), in het tweede geval blijft iemand gevangen in een kansloze situatie. Keurende artsen dragen zo (ongewild) bij aan het medicaliseren van de primair sociaaleconomische problematiek van de onderklasse.

Somatische fixatie

Hoe gaan curatief werkende artsen om met patiënten met gezondheidsklachten waar een wereld van sociale problematiek achter schuilt? Het zal hierbij vaak gaan om patiënten met Onverklaarde Chronische Klachten (OCK). Deze groep wordt gekenmerkt door een lage SES en frequent doktersbezoek.¹⁰ Een groep patiënten die artsen in het algemeen als moeilijk beschouwen.¹¹ Medicalisering vindt plaats als artsen overmatig inzetten op het niet missen van fout-negatieve diagnoses.¹² Of steeds weer nieuwe behandelingen aanbieden

zonder de uitzichtloze sociale context op te pakken, zoals bij de heer X. En wat zijn de gevolgen voor de communicatie? We weten dat de kwaliteit van de communicatie van invloed is op de gezondheid van

de patiënt.^{13, 14} En we weten ook dat patiënten met een lage SES en patiënten van niet-westerse afkomst zich hierbij in een nadelige positie bevinden.¹⁵⁻¹⁷ Hierbij kan men denken aan onjuiste vooronderstellingen en een sceptische houding ('total body pain-syndroom').^{11, 18} Het kan haast niet anders dan dat curatief werkende artsen (onbedoeld) van invloed zijn op een *downfall*. Dit is ook begrijpelijk vanuit het gereviseerde (Nijmeegse) begrip 'somatische fixatie'. In dit model is bij het voortbestaan van onbegrepen lichamelijke klachten, het proces van fixatie, ook de rol van de arts (en de omgeving) belangrijk.¹¹ Dit in tegenstelling tot

het begrip somatisatie dat, in de definitie van Lipowski, de fixatie ziet als een eigenschap van de patiënt.¹⁹

Mijn conclusie is dat medicalisering door artsen plaatsvindt, maar niet zo expliciet als Engbersen doet voorkomen. Keuringsartsen worden in een onmogelijke positie gebracht en curatief werkende artsen worden onbedoeld onderdeel van een *downfall*. Bij de patiënt leidt dit tot een toenemend verlies van vertrouwen op een goede afloop. Er is dan ook eerder sprake van demoralisering dan van medicalisering.

Hygiënisten

Dit valt dokters echter niet te verwijten. Het is een resultaat van hoe onze gezondheidszorg is vormgegeven. In dit verband is een opmerking aan het eind van het artikel van de aangehaalde schrijvers uit Nijmegen interessant. Zij adviseren ter voorkoming van somatische fixatie enerzijds een patiëntgerichte werkwijze, het zoeken naar *common ground*, en anderzijds het relativeren van de monolithische positie van het medisch model - 'wat echter niet zal opwegen tegen de invloed van de kliniek'.¹¹ Dat is logisch, geneeskunde is nu eenmaal primair klinische geneeskunde. Een erfenis van de 'zege' van de klinisch geneeskundigen over de Hygiënisten (waaronder veel armendoctoren) eind negentiende eeuw.²⁰ Het gedachtegoed van de Hygiënisten (het in verband brengen van geneeskunde met sociale vraagstukken) heeft zich destijds niet kunnen verankeren op universiteiten en in de medische professie. Hierdoor is de geneeskunde haar directe zicht op de invloed van maatschappelijke factoren op gezondheid en de culturele vormgeving hiervan kwijtgeraakt.²¹ In sociaal gezien rustige tijden of bij patiënten bij wie persoonlijke kenmerken meer op de voorgrond staan, zal dat mogelijk niet zo'n probleem zijn. Maar ten tijde van grote sociale veranderingen zoals nu (immigratie, globalisering, ingrijpende hervorming van het sociaalzekerheidsstelsel) wordt dit bij sociaal kwetsbare groepen een serieus probleem. Dokters voelen dit natuurlijk aan. Daarom blijft de vraag ook steeds weer terugkeren in hoeverre de sociale context van de patiënt tot het werkerterrein van artsen behoort.²²⁻²⁵ Hoe het ook zij, we kunnen in ieder geval vaststellen dat het systeem er niet op is ingericht.²⁶ Klinische dokters kunnen nu eenmaal geen sociale problemen oplossen.

Boedelscheiding

Waar zijn de Hygiënisten gebleven? Na de wetten van Thorbecke in 1865 vond er een boedelscheiding plaats tussen openbare en

Curatief werkende artsen zijn van invloed op een downfall



Volgens directeuren van Sociale Diensten zijn vier op de tien bijstandsccliënten niet bemiddelbaar naar regulier werk.

beeld: Arie Kievit, HH

particuliere gezondheidszorg. Volksgezondheid werd politiek. De Hygiënisten kwamen veelal terecht in de relatief machteloze inspectie en hun invloed nam snel af.²⁰ Hygiënisten zijn geschiedenis. Achteraf gezien is een van de voornaamste verdiensten van de Hygiënistische beweging geweest dat zij de volksgezondheid tot politiek item heeft gemaakt - zo zelf bijdragend aan haar eigen ondergang.²⁰

Deze volksgezondheid, tegenwoordig publieke gezondheidszorg, richt zich momenteel weer sterk op de sociale omgeving.²⁷ Veel aandacht gaat uit naar veertig 'krachtwijken'.²⁸ Dit behelst een integrale aanpak van geconcentreerde sociale problematiek - net zoals Engbersen die voorstaat.⁶ Vanuit gezondheidsperspectief zullen hierbij interventies voor specifieke groepen belangrijk zijn, zoals intersectoraal beleid voor groepen met achterstanden.²⁹ Dit betekent dat er afspraken moeten worden gemaakt tussen de eerstelijnszorg en de openbare gezondheidszorg, zodat deze twee werelden weer nader tot elkaar komen.²⁸

Spanningsveld

Wat kunnen artsen doen? Ze zullen de politiek een handje moeten helpen. Een belangrijke oorzaak voor 'het onoplosbare karakter' van diverse maatschappelijke thema's is namelijk het spanningsveld tussen politieke rationaliteit (de politieke urgentie) en technisch-wetenschappe-

lijke rationaliteit.³⁰ Als we beseffen dat politiek gezien preventie geen dankbaar onderwerp is, er sprake is van 'publieke bijstandsgeheimen' en de overheid bij lokaal gezondheidsbeleid voor zichzelf een voorwaardenscheppende rol ziet weggelegd, hoeven we geen Cassandra te zijn om te voorspellen wat er waarschijnlijk (niet) gaat gebeuren.^{6, 30, 31} Artsen kunnen (gemeente-)politici daarom helpen door complexe gezondheidsproblematiek in de onderklasse politiek urgent te maken. Dit zou een rol kunnen zijn voor KNMG-districten of LHV-Kringen. Artsen worden tot nu toe node gemist in dit zo relevante debat.³² 

Ter wille van de privacy is de casusbeschrijving zodanig aangepast dat het onmogelijk is deze tot een bestaande persoon te herleiden.



Een reactie van prof. dr. G. Engbersen vindt u onder de digitale versie van dit artikel op www.medischcontact.nl. Daar kunt u ook meediscussieren over de vraag of de arts deel is van het probleem van de sociale onderklasse.

De literatuurlijst staat ook onder de digitale versie.

Literatuur [voor op de website]

1. Veen R van der. Institutionele veranderingen, sociale bescherming en sociale ongelijkheid. In: Engbersen G, Vrooman JC, Snel E. Armoede en verzorgingsstaat. Vierde jaarrapport Armoede en sociale uitsluiting. Amsterdam: AUP, 1999.
2. WWB-monitor. Centrum voor Arbeid en Beleid in opdracht van Divosa. Utrecht: Divosa, 2007.
3. Stegeman H, Vuren A van. Wet Werk en Bijstand: een eerste kwantificering van effecten. Een CPB document. Den Haag: Centraal Planbureau, 2006.
4. Post B, Bakker I. Een bestaan in de bijstand, belemmeringen en beleid. Den Haag: Elsevier, 2000.
5. Editor's choice. Social exclusion: old problem, new name. *BMJ* 2001; 323: 174.
6. Engbersen G. Publieke bijstandsgeheimen. Het ontstaan van een onderklasse in Nederland. Amsterdam: Amsterdam: University Press, 2006.
7. Mackenbach JP. Maak bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen speerpunt van beleid. *TSG* 2007; 85(1): 9-10.
8. Jehoe-Gijsbers G. Sociale uitsluiting in Nederland. SCP-publicatie 2004/17. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2004.
9. Maassen H. Over gemeenschapszin wordt niet meer gerept. Harry Nijhuis, bijzonder hoogleraar grote stad en gezondheidszorg. *Medisch Contact* 2003; 58 (20): 794-6.
10. Verhaak PFM, Meijer SA, Visser AP, Wolters G. Onverklaarde chronische klachten verdwijnen niet altijd. *Huisarts Wet* 2007; 50 (2): 42-6.
11. Lucassen PLBJ, oude Hartman TC, Borghuis M. Somatische fixatie. Een nieuw leven voor een oud begrip. *Huisarts Wet* 2007; 50 (1): 11-5.
12. Maassen H. Ontregelde functies. Somatoforme stoornissen als een biologische reactie op stress. *Medisch Contact* 2002; 57 (8): 794-6.
13. Suarez-Almazor ME. Patient-physician communication. *Curr Opin Rheumatol* 2004; 16: 91-5.
14. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989; 27 (3 Suppl): S110-27.
15. Meershoek A, Krumeich A, Desain L. Arbeidsongeschiktheid, re-integratie en etniciteit. Onderzoek uitgevoerd in opdracht van de Inspectie Werk en Inkomen uitgevoerd door Sectie Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2004.
16. Willems S, Maesschalk S de, Deveugele M, Derese A, Maeseneer J de. Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns*. 2005; 56: 139-46.
17. Harmsen H, Meeuwesen L, Wieringen J van, Bernsen R, Bruijnzeels M. When cultures meet in general practice: intercultural differences between GPs and parents of child patients. *Patient Educ Couns*. 2003; 2: 99-106.
18. Dijkstra HN. Onverklaarde lichamelijke klachten bij een Turkse populatie. Uit: Van Meekeren E, Limburg-Okken A, May R. Culturen binnen psychiatrie-muren. Geestelijke gezondheidszorg in een multiculturele samenleving. Amsterdam: Boom, 2002.
19. Lucassen PLBJ, oude Hartman TC, Borghuis M. Reactie op ingezonden brief. *Huisarts Wet* 2007; 50 (3): 124.
20. Houwaart ES. De Hygiënist. *Artsen, staat en volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Groningen: Historische Uitgeverij Groningen, 1991.
21. Showalter E. *Hystories. Hysterical epidemics and modern culture*. New York/Picador London: Columbia University Press, 1997.
22. Weel C van. Context en medisch handelen. Een visie vanuit de huisartspraktijk. *Huisarts Wet* 2001; 44 (11): 494-7.
23. Verheij T, Pieters R, Rutten G, Hoes A. Huisarts, blijf bij je klinische leest! *Huisarts Wet* 2006; 49 (2): 72-4.
24. Hemert AM van. Geestelijke volksgezondheid: een zorg van velen. *Ned Tijdschr Geneesk* 2002; 146 (12): 1864-7.
25. Hutschemaekers GJM, Tiemens BG. Het einde van een sectorale ggz. Ontwikkelingen trends en controverses in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 2006; 48 (1): 251-6.
26. Bijl SB. Geweld in gezinnen gezien. *Medisch Contact* 2008; 63 (5): 187-9.
27. Hoeijmakers M, Leeuw E de, Kenis P, Vries NK de. Lokaal gezondheidsbeleid: een beleidsentrepreneur voor integraal beleid. *TSG* 2007; 85 (1): 43-6.
28. Kuijpers L, Ruwaard D, Kooten E van. Gezonde krachtwijken. *TSG* 2007; 85 (7): 360-2.
29. Lucht F van der. Veertig gezonde krachtwijken. *TSG* 2007; 85(7): 357-9.
30. Burm MEJ, Kruijf K de. Beleidsmakers vervallen dikwijls in herhaling; een voorbeeld uit de zorg. *TSG* 2007; 85 (6): 310-2.
31. Schnabel P. Gezond gedrag en hoe preventie werkt. *TSG* 2007; 85(1): 10-1.
32. Maassen H. Een nieuw kompas. Richard Horton: 'In het hart van de geneeskunde zit een leugen'. *Medisch Contact* 2003; 58 (48): 1850-3.