

Georganiseerde solidariteit in een verzorgingsstaat is onpersoonlijk, begrensd en gebaseerd op welbegrepen eigenbelang. Critici menen dat de verzorgingsstaat heeft afgedaan en dat we toe moeten naar een participatiesamenleving. Mensen zouden de voorkeur geven aan persoonlijke zorg, grenzen stellen lukt niet meer, en van hogere inkomens zou teveel altruïsme worden gevraagd. In de NTVG-lezing 2013 betoogt Margo Trappenburg dat deze kritiek onterecht is. Veel mensen geven de voorkeur aan professionele zorg boven zorg van familie of vrijwilligers. Grenzen stellen kan weer lukken, recente ontwikkelingen in de medische professie stemmen hoopgevend. En hoewel hoger opgeleiden in een verzorgingsstaat financieel meer bijdragen zijn lager opgeleiden meer en vaker metterdaad solidair. Er is onvoldoende reden om de verzorgingsstaat af te schrijven en te vervangen door een participatiesamenleving.

Menselijke gevoelens kun je rangschikken op een continuüm. Aan de ene kant bevinden zich liefde, vriendschap en affectie voor specifieke mensen aan wie je tijd, zorg, aandacht en geld besteedt omdat je ze kent en van ze houdt en omdat zij ook liefde en aandacht geven aan jou. Aan de andere kant bevindt zich universele (al dan niet christelijke) naastenliefde. Denk aan het gevoel voor onbekende anderen die ergens op de planeet zijn getroffen door een natuurramp. We kennen ze niet, we verwachten niet dat we een beroep op hen kunnen doen als wij problemen hebben, maar we zien dat ze lijden en dus sturen we geld.

Ergens tussen die twee polen bevindt zich de georganiseerde solidariteit van de verzorgingsstaat. Die is onpersoonlijk, begrensd en gebaseerd op welbegrepen eigenbelang. Voor solidariteit hoeven we mensen niet persoonlijk te kennen. Een hoger opgeleide fysiotherapeut in Leiden kan probleemloos solidair zijn met een bijstandsmoeder in Assen, een laag opgeleide chronisch zieke in Etten-Leur of een werkloze vrachtwagenchauffeur in Puttershoek. Voor de bijstandsmoeder betaal je belasting, voor de chronisch zieke AWBZ-premie en voor de vrachtwagenchauffeur betaal je WW. Solidariteit is geen vriendschap. Maar solidariteit is ook geen universele naastenliefde. We zijn niet solidair met alleenstaande moeders in Colombia, zieken in Cyprus of werklozen in Oezbekistan. We zijn solidair met kwetsbare, hulpbehoevende anderen omdat we daar zelf ook baat bij hebben. Dat 'baat hebben bij' heeft verschillende vormen. Voor een deel is het anticiperen op eigen behoeften in de toekomst. We zijn nu nog niet ziek, arbeidsongeschikt, oud en kwetsbaar of werkloos, maar mocht het zover komen, dan kunnen wij ook een beroep doen op de zorgverzekering, de AWBZ, de WIA, de bijstand of de WW. Maar we hebben ook baat bij regelingen waar we zelf nooit van hoeven te profiteren. Een systeem van georganiseerde, collectieve solidariteit neemt ons zorgen uit handen. We betalen premie en belasting om geen dolende demente bejaarden op straat te hoeven zien of werkloze ouders met hongerige kinderen in de portiek van ons kantoor.

Onpersoonlijk, begrensd en gebaseerd op welbegrepen eigenbelang. Dat zijn de drie grondslagen van de solidariteit in de zorg, in de traditionele verzorgingsstaat. Het



FOTO: ERIK KOTTER

Margo J. Trappenburg

zijn grondslagen die anno 2013 ter discussie staan. Politici veronderstellen dat we onpersoonlijke solidariteit liever inruilen voor warme, doorvoelde nabijheid. Grenzen stellen is altijd problematisch geweest en is dat nog steeds. En bij het derde element worden ook vraagtekens gesteld; er wordt getwijfeld of ons systeem van solidariteit in de zorg niet te eenzijdig de belangen dient van lager opgeleiden of mensen met lagere inkomens. In het vervolg van dit artikel sta ik stil bij de drie kenmerken van georganiseerde solidariteit in de zorg, om aan het eind de balans op te maken over de houdbaarheid van de verzorgingsstaat.

ONPERSOONLIJK

'Onpersoonlijk' werd in de zorg traditioneel ingevuld als: via professionals. We betalen belasting en premies en met die premies worden artsen, verpleegkundigen en ziekenverzorgenden betaald. Deze professionele hulpverlening heeft de nodige kritiek te verduren. Het zou bureaucratisch zijn en onpersoonlijk. Daarom, zegt de politiek, nemen mensen het heft in eigen hand. Ze orga-

niseren hun eigen zorg, of de zorg voor hun dierbaren. Ze willen directe solidariteit in een participatiemaatschappij in plaats van de indirecte, geprofessionaliseerde solidariteit van de verzorgingsstaat. Volgens politici willen burgers dat en speelt de politiek daar alleen maar op in. Premier Rutte formuleerde het in zijn recente Drees lezing als volgt: 'Mensen organiseren (...) steeds meer zelf en nemen zaken in hun omgeving in eigen hand. Niet omdat het moet, maar omdat het kan en omdat ze het willen. Ik vind dat een positieve ontwikkeling. En mijn stelling is dat de politiek eerder bij die ontwikkeling achterloopt dan er de aanjager van is.'¹ In zijn beleidsbrief over de hervorming van de langdurige zorg hanteert staatssecretaris Van Rijn van VWS dezelfde manier van redeneren. Hij ziet 'een brede maatschappelijke beweging naar een vitale samenleving in tal van sectoren' en hij wil die beweging alleen maar 'stimuleren' en 'waar het kan, versnellen'.²

Volgens mij draaien de premier en de staatssecretaris hier de volgorde der dingen om. Dit is een beetje: wethouder besluit om vuilnisbakken weg te halen uit de stad. Scheelt weer zoveel op de gemeentelijke begroting. Burgers nemen uit arren moede vuilnis mee naar huis in boodschappentas. Daarop concludeert de wethouder dat burgers veel liever zelf hun eigen afval verwerken. Dat hij die tendens overal om zich heen ziet.

Zo werkt het natuurlijk niet. Heel veel burgers hebben een voorkeur voor goed geregelde collectieve arrangementen. Pas als die arrangementen worden wegbezuinigd, of als ze door exorbitante regelgeving zo ingewikkeld worden dat zowel burgers als professionals een eindeloze hoeveelheid tijd kwijt zijn met formulieren, telefoontjes en overleg, denken mensen dat ze het maar beter gewoon zelf kunnen regelen. Bij de meeste mensen zit daar geen intrinsieke voorkeur voor doe-het-zelven achter, zo blijkt uit opinieonderzoek van het SCP.^{3,4} Lang niet alle kwetsbare burgers worden liever geholpen door familie of vrijwilligers dan door professionele hulpverleners. En lang niet alle weerbare burgers zien uit naar het moment dat zij zelf mogen zorgen voor dementerende ouders, ernstig verstandelijk beperkte kinderen, vrienden met een verslavingsprobleem of burens met hersenletsel. Professionele zorg door empathische hulpverleners heeft voor beide partijen grote voordelen.

BEGRENSD

Om een collectief zorgstelsel betaalbaar te houden is het belangrijk dat er grenzen zijn aan wat, door wie en aan wie wordt vergoed. In de jaren tachtig, begin jaren negentig kreeg de medische professie een belangrijke rol bij het stellen van grenzen. Er werd ingezet op een belangrijke rol voor de huisarts als poortwachter en op evidence-based geneeskunde.

De huisarts-poortwachter had lange tijd een gunstig effect op de zorgkosten in Nederland. Terug verwijzen naar de 'nuldlijn' als medische zorg niet noodzakelijk is; niet alle levensproblemen medicaliseren. Niet verwijzen naar de tweede lijn als huisartsen de zorg zelf af kunnen, ook al willen patiënten liever naar een medisch specialist. Met de invoering van marktwerking in de zorg in de eenentwintigste eeuw is de strenge poortwachter echter goeddeels verdwenen.⁵ Patiënten zijn opgevoed tot mondigheid en consumentengedrag. Als de houding van een dokter hen niet aanstaat, moeten ze vooral een andere zoeken, zo is hen een en andermaal voorgehouden. Huisartsen vinden het lastiger dan vroeger om nee te zeggen. Maar er zijn tendensen die weer wijzen in omgekeerde richting. Huisartsenkring Amsterdam nam het initiatief 'Dappere dokters' om de klassieke huisarts in ere te herstellen: 'Dappere dokters durven nee te zeggen. Tegen hun patiënten zeggen ze nee als ze om zorg vragen die niet nodig is. Tegen collega's zeggen ze nee als die onnodig doorverwijzen. (...) Dappere dokters kunnen veel doen om de zorgkosten te beheersen en de zorg te verbeteren.'⁶

De redenering achter evidencebased geneeskunde was begin jaren negentig: bij dezelfde aandoening doet de ene dokter zus en de andere zo. We moeten precies weten wat beter is en de beste manier van behandelen moeten we vastleggen in protocollen. Je hebt best kans dat de zorg daar ook nog goedkoper door wordt. Daar zit nog steeds wat in, maar na twintig jaar ervaring met richtlijnen moeten we daarvan ook de beperkingen zien. Die beperkingen spelen op bij oudere patiënten met multimorbiditeit. Evidencebased medicijnen en behandelingen zijn meestal getest op patiënten met één bepaalde aandoening. We weten niet hoe ze uitpakken bij broze ouderen die allerlei dingen tegelijk mankeren. Het is de moeite waard om met deze patiënten veel preciezer te bespreken wat ze nog willen in hun leven en welke rol medicijnen daar wel en niet bij kunnen spelen. Ouderen zouden dan kunnen kiezen voor veel minder medicijnen en daarmee nog kosten besparen ook.⁷

WELBEGREPEN EIGENBELANG

De verzorgingsstaat is een dicht web van burgers, geldstromen, relaties, belangen en gevoelens. Wie één element daaruit licht en dan gaat kijken wie er betalen en wie profiteren, schetst eigenlijk altijd een eenzijdig beeld. Toch is dit een manier van redeneren die vaak voorkomt en die onze gehechtheid aan de verzorgingsstaat kan ondermijnen. Vroeger ging het meestal om rokers. Moesten we als niet-rokers wel solidair zijn met rokers met longkanker? Deze ondermijning van de solidariteit werd op enig moment gepareerd door gezondheidseconomen die uitrekenden dat rokers die voor hun pensioen overlij-

den aan longkanker al met al goedkope burgers zijn. Zeker, ze kosten een jaar lang behandeling in het ziekenhuis, maar daarna kosten ze geen pensioen, geen AOW en ze worden niet dement, dus dat scheelt in de AWBZ-uitgaven.

De nieuwste variant van dit type denken vestigt de aandacht op de kloof tussen hoger en lager opgeleiden. In het rapport *Toekomst voor de zorg* laat het Centraal Planbureau zien dat lager opgeleiden in hun leven meer zorg consumeren dan hoger opgeleiden, ook al hebben ze een kortere levensverwachting. Het CPB suggereert dat dit de solidariteit van hoger opgeleiden op de proef stelt en dat een vorm van tweedeling in de zorg een passende oplossing voor dat probleem kan zijn.⁸

Net als bij de rokers eerder is het ook hier belangrijk om een breder plaatje te schetsen.

- Wie lager opgeleid is betaalt een veel groter deel van zijn inkomen aan zorgpremies (14% voor de armste 10 procent tegen ongeveer 4% voor de allerhoogste inkomens).⁹
- Lager opgeleiden zijn in de verzorgingsstaat degenen die een groot deel van de feitelijke zorg uitvoeren: in verpleeg- en verzorgingshuizen; als thuiszorgmedewerkers. Dat zijn niet de meest lucratieve banen en naarmate de participatiemaatschappij verder voortschrijdt zullen de arbeidsvoorwaarden nog verder verslechteren. We zien nu al dat mensen soms eerst ontslagen worden om ze vervolgens weer in dienst te nemen tegen sterk gereduceerde tarieven.
- Ten slotte zijn het juist lager opgeleiden die noodgedwongen, feitelijk solidair zijn met de meest kwetsbare groepen in onze samenleving. Mensen met een verstandelijke beperking, een psychiatrische aandoening of verslavingsproblematiek wonen tegenwoordig niet meer in grootschalige instellingen in de bossen. Velen van hen zijn verhuisd naar kleinschalige woonvormen in dorpen en steden. Dat zijn niet de makkelijkste burens om te hebben. Mensen met een ernstige verstandelijke beperking veroorzaken soms ernstige geluidsoverlast. Mensen met een lichte verstandelijke beperking hebben hulp nodig van buurtbewoners en familie en lopen desondanks vaak in zeven sloten tegelijk. Mensen met verslavingsproblemen en/of een psychiatrische stoornis zijn soms onvoorspelbaar of lastig. Dat maakt de vraag belangrijk in welke wijken deze bewoners terecht komen. En dat zijn vaak de wijken waar mensen wonen met een laag inkomen en een lage opleiding.^{10,11}

Zorg in een verzorgingsstaat: onpersoonlijk, begrensd en gebaseerd op welbegrepen eigenbelang. Zorg door professionele, betaalde hulpverleners. Dat willen we zeker nog wel, zolang onze collectieve arrangementen maar niet worden uitgekleeft of helemaal dood gebureaucrati-

seerd. Grenzen stellen is moeilijk maar noodzakelijk; we konden het in de jaren negentig en we kunnen het weer, als we maar willen. Zorgprofessionals hebben op dit punt een belangrijke taak. En wie meent dat hoger opgeleiden in de verzorgingsstaat worden uitgebuit door lager opgeleiden, die moet zich afvragen wie in die verzorgingsstaat de facto solidair zijn en het echte zorgwerk doen tegen welke voorwaarden.

De verzorgingsstaat is een prachtige menselijke uitvinding, vergelijkbaar met de democratie en de rechtsstaat. Die zijn ook niet perfect en daar moeten we ook aan

blijven werken. Maar die schaffen we ook niet af bij het eerste beetje tegenwind. Laten we dat met de verzorgingsstaat ook niet doen.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 28 november 2013

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:A7224

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/PERSPECTIEF**

LITERATUUR

- 1 Rutte, M, Sterke mensen, sterk land. Over het bezielend verband in de samenleving. Drees-lezing, 14 oktober 2013.
- 2 Van Rijn, MJ Versterken, verlichten en verbinden, Kamerbrief 2013, 30 169, nr. 28; 20 juli 2013.
- 3 Veldheer V Jonker J, van Noije L, Vrooman C. Een beroep op de burger. Minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Sociaal-cultureel rapport 2012. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau; 2012.
- 4 Feijten P, Marangos A, de Klerk M, de Boer A, Vonk F. De ondersteuning van WMO-aanvragers en hun mantelzorgers in 2012. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau: 2013.
- 5 Dwarswaard J. De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen. Den Haag: Boom/Lemma, 2011.
- 6 Buurman M. Dappere dokters. Ned Tijdschr Geneeskd. 2013;157:B980.
- 7 De medisch specialist 2015. Visiedocument in opdracht van de wetenschappelijke verenigingen en de orde van medisch specialisten, Utrecht: Orde van Medisch Specialisten; 2012.
- 8 Van Ewijk C, van der Horst A, Besseling P, Toekomst voor de zorg. Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit. Den Haag: Centraal Planbureau; 2013.
- 9 Salverda W, Haas C, de Graaf-Zijl M, Lancee B, Notten N, en Ooms T. Growing Inequalities and their Impacts in the Netherlands, Country report for the Netherlands, 2013, p. 139, via <http://www.gini-research.org/system/uploads/512/original/Netherlands.pdf?1380138293>, geraadpleegd op 21 november 2013.
- 10 M. Trappenburg, Actieve solidariteit [oratie]. Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Vossius Pers; 2009.
- 11 M. Trappenburg, Active Solidarity and its Discontents. Health Care Anal. 2013 Aug 17 Health Care Analysis, DOI 10.1007/s10728-013-0260-5. Medline.