

Leren van rokers en dikkerds

Klasien Horstman¹

De publieke gezondheidszorg luidt de noodklok. Hoewel ze op veel historische successen kan bogen – bestrijding van epidemieën, bescherming tegen gevaarlijke stoffen en hygiëne – en een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan de stijging van de levensverwachting, verkeert ze nu in crisis. De ambities van de publieke gezondheidszorg zijn verschoven van ziektepreventie naar gezondheidsbevordering. Maar hoewel burgers gezondheid erg belangrijk vinden, nemen ze de gezondheidsadviezen van de experts over een gezonde leefstijl maar matig ter harte. Nederland beweegt nog niet zo hard, patiënten voorzien campagnes als “6 x sterker tegen kanker” van snerend commentaar, de afname van het roken stagneert en zelfs de trouwe opkomst bij vaccinatiecampagnes slinkt.

Er gaapt een grote kloof tussen de gezondheidsidealen van de publieke gezondheidszorg en alledaagse praktijken van gezond leven. Hoewel de idealen van gezond leven veel beter passen bij de cultuur en leefstijl van hoger opgeleiden dan bij die van lager opgeleiden en er dus sprake is van een elite probleem, is het probleem niet tot opleidingsachterstand te reduceren. Het waren immers ook hoog opgeleide ouders die kanttekeningen plaatsten bij de HPV vaccinatie voor meisjes. Wat is er aan de hand in de publieke gezondheidszorg?

De publieke gezondheidszorg diagnosticeert het probleem van de gebrekkige ontvangst van haar gezondheidsadviezen primair als een technische probleem - ‘de interventies werken niet’ - en zoekt de oplossing vooral in ‘meer kennis over riskant gedrag’, zodat burgers beter gestuurd kunnen worden naar gezond gedrag. In het verlengde van deze diagnose investeert men in effectiviteitsonderzoek, in nationale databanken van gedragsinterventies en in academisering van professionals. Hoe meer onderzoek, hoe effectiever de sturing van gedrag, zo luidt het adagium. Dus volgen onderzoekers op grote schaal kinderen om risicokinderen te identificeren, ontwikkelen ze vragenlijsten om werknemers met een verhoogd risico op uitgeblustheid op te sporen en communicatiemethoden om burgers te overtuigen van griepvaccinatie. Sommigen pleiten voor een moralistische aanpak: schuld en boete preken en sancties op ongezond gedrag. Ook deze maatregelen worden dan echter gelegitimeerd in termen van kennis over hun effectiviteit. Kortom, huidige publieke gezondheidszorgpraktijken worden gekarakteriseerd door een technocratische, rationalistische stijl. Mensen worden impliciet beschouwd als objecten die door een druk op de goede knoppen wel het gewenste gedrag vertonen. Zij zijn geen eigenaar van veranderingen in hun leven, maar dienen te ‘worden veranderd’.

Op deze technocratische aanpak valt wel iets af te dingen. Professionals ervaren dagelijks dat, hoewel er meer kennis en

informatie over gezondheidsrisico's beschikbaar is dan ooit tevoren, burgers niet eenvoudig met ‘evidence based beleid’ en ‘evidence based professioneel werk’ in de richting van gezond gedrag gestuurd kunnen worden. Deze professionals pleiten voor een andere benadering: ‘bottom up werken’ en ‘dialogo met burgers’. Ze kunnen zich echter maar moeilijk ontworstelen aan de taal van sturing. De legitimatie van een eventuele dialoog met burgers schuilt tenslotte in de reductie van riskant gedrag, want anders wordt dialoog als weggegooid geld beschouwd.

Het is opmerkelijk dat in laboratoriumwetenschappen, zoals genomics en nanotechnologie, het besef groeit dat technische kennis over ‘of het werkt’ niet voldoende is om deze kennis succesvol in de praktijk te laten landen en dat interactie met de maatschappij over de betekenis van risico's cruciaal is. De publieke gezondheidszorg, die zich van origine in het hart van de maatschappij bevindt, keert zich echter met haar focus op ‘sturing door technische kennis’ steeds meer van die maatschappij af. Ze probeert processen van betekenisgeving te domineren met feiten. De publieke gezondheidszorg lijdt dan ook niet aan een tekort aan kennis, maar aan een tekort aan democratie.

De uitkristallisering van deze technocratische stijl in de publieke gezondheidszorg is - paradoxaal genoeg - een onbedoeld resultaat van processen van democratisering. In de eerste helft van de twintigste eeuw werden relaties tussen politiek, professionals en burgers gekarakteriseerd in termen van vertrouwen. Professionals werden vertrouwd omdat ze een opleiding en ervaring hadden en daar wijsheid en gezag aan ontleenden. Ze werden ze door de overheid redelijk met rust gelaten en burgers keken tegen hen op. ‘Vertrouwen in professionals’ - bijvoorbeeld door het volgen van hygiënische voorschriften - was voor de lagere klasse een kans tot sociale stijging, en professionals hoefden niet te bewijzen dat ze over goede inzichten beschikten en goede adviezen gaven, want dat was voorondersteld.

In de laatste decennia van de twintigste eeuw maakt deze stijl plaats voor een rationalistische stijl: relaties tussen politiek, professionals en experts en burgers worden meer en meer gemodelleerd in termen van sturing en controle. Democratisering, toenemend pluralisme en groeiende mondigheid van burgers leiden tot grotere publieke verantwoordingsdruk over beleid. Steeds vaker wordt de vraag gesteld of beleidsvoornemens en beleidsuitvoering wel deugen, en of de schaarse middelen wel goed besteed worden: er ontstaat een groeiende behoefte aan sturing en controle, een ‘quest for accountability’. Om die belofte van sturing waar te maken, doet de politiek echter geen beroep op een collectieve moraal, want die is immers aan het verdwijnen, maar op sociale wetenschappen. Wetenschappelijke expertise gaat als scheidsrechter fungeren in de pluralistische politieke arena, omdat wetenschappelijke kennis wordt geassocieerd met objectiviteit en vertrouwen. Hoe pluriformer

¹ Vakgroep Metamedica. Faculteit Health, Medicine & Life Sciences, Universiteit Maastricht

de samenleving, hoe meer het beleid wetenschappelijk moet worden onderbouwd en geëvalueerd. Sociale wetenschappen krijgen een technische rol in moderne democratieën en raken meer en meer verweven met de statelijke bureaucratische machinerie, en dat geldt zeker voor gezondheidswetenschappen.

Deze processen van rationalisering hebben paradoxale gevolgen. Aanvankelijk leidt dit tot meer gezag van epidemiologen en gezondheidswetenschappers. Ze ontwikkelen macht om te bepalen wat relevante risico's zijn en het statusverschil tussen experts en leken groeit. In tweede instantie is echter sprake van afnemend gezag van en vertrouwen in experts. De toenemende verantwoordingsdruk in het publieke domein leidt er toe dat ook onderzoekers en professionals steeds meer publiekelijk moeten bewijzen dat ze goed werk doen. Met de opkomst van de audit-maatschappij raken publieke gezondheidspraktijken beknelde tussen prestatie-indicatoren en kritische burgers, tussen gemiddelde en maatwerk, en het gezag van onderzoekers en professionals neemt af. Rationalisering van de politiek resulteert dus - onbedoeld - in democratisering van expertise. Burgers betwisten zowel de feiten als de normen van de publieke gezondheidszorg: ze betwisten dat vaccineren veilig is, zijn niet onder de indruk van de hausse aan risicofactoren die op hun af wordt gevuurd, en ervaren overgewicht niet als het belangrijkste in het leven. In deze context moet de publieke gezondheidszorg zich niet primair afvragen hoe ze mensen toch effectief kan sturen, maar zich bezinnen op de relatie tussen wetenschap, politiek en maatschappij. Ze heeft veel wetenschappelijk geleerd over risico's, maar maatschappelijke leerprocessen heeft ze verwaarloosd. Een pragmatisch perspectief heeft daar wel oog voor.

Een pragmatisch perspectief op de publieke gezondheidszorg karakteriseert relaties tussen politiek, wetenschap, professionals en burgers niet in termen van blind vertrouwen – het oude paternalisme – noch in termen van sturing en controle, maar in termen van experimenteren en publiek leren. Een pragmatisch perspectief nodigt uit om onder ogen te zien dat de idealen van de publieke gezondheidszorg niet op die manier door iedereen gedeeld worden, dat ervaringen en perspectieven verschillen, en de illusie van sturing door kennis van risico's op te geven. In plaats daarvan moeten publieke leerprocessen georganiseerd: over de betekenis van risico's, over de betekenis van gezond leven, en over de maatstaf voor goede preventieve zorg. Let wel, leren zonder vaststaand curriculum en zonder eindtermen: die zijn namelijk onderdeel van het debat.

Om maatschappelijk te kunnen leren over controversiële issues van de publieke gezondheidszorg, moeten deze echter wel geïdentificeerd en geagendeerd worden. Dat gebeurt echter amper omdat weinigen zich over het lot van deze vragen ontfemen. Professionals worden te weinig opgeleid tot reflexieve professionals en de klem tussen prestatie-indicatoren en ongehoorzame burger maakt hen eerder afwachtend dan ondernemend. Ouders, kinderen, werknemers, burgers zijn geen partij in de publieke gezondheidszorg en hun enig mogelijkheid te reageren op uitnodigingen tot meer bewegen, minder eten of vaccineren is afwijzen en wegblijven. In de curatieve zorg is het patiëntenperspectief – hoewel veel retoriek - de laatste 20 jaar aarzelend meer serieus genomen. In de psychiatrie worden er-

varingsdeskundigen aangesteld in instellingen omdat zij weten hoe het is om psychotisch te zijn en welke aanpak wat doet. De publieke gezondheidszorg, die dat juist vanwege haar aanbodgestuurde karakter en haar bemoeienis met het privéleven van mensen democratische legitimatie hard nodig heeft, mobiliseert burgers niet. In haar streven om maatschappelijke status te verwerven heeft ze haar cliënt, de maatschappij, zelfs de rug toegekeerd. Van een maatschappelijke praktijk is ze - ondanks vele professionals, onderzoekers en beleidsmakers met het hart op de goede plaats - een gesloten en elitaire praktijk geworden. De tragedie van de publieke gezondheidszorg is dat ze zich met processen van rationalisering van haar publieken, en dus van haar bronnen van leervermogen heeft afgewend. De rationalistische strategie van sturing door kennis maakt dikke vrouwen, machteloze ouders, vermoeide mannen en arme wijken tot object, en ontkent hun capaciteit om kennis en interpretaties te genereren over risico's en gezond leven.

Een pragmatische stijl betekent geen afscheid van publieke verantwoording, maar houdt juist in dat experts en professionals hun ideeën over risico's en over preventiestrategieën veel kritischer testen, namelijk niet alleen in het 'gecontroleerde laboratorium' van de wetenschap maar ook in de ongecontroleerde sociale wereld van ouders, werknemers en pubers. Juist omdat jeugdketen, gezondheidsbevordering of infectieziektebestrijding niet alleen technische praktijken zijn, omdat de norm voor succes betwistbaar is, en omdat er meerdere concurrerende idealen van een goed leven zijn, moeten burgers in plaats van object of doelgroep co-creator zijn van de publieke gezondheidszorg. Discussies over kennis en waarden moeten daartoe niet worden vermeden, maar worden gestimuleerd. Er moet niet aan burgers maar met en van burgers geleerd worden - ook van dikke, rokende en drinkende burgers! De maatschappij is de core business van de publieke gezondheidszorg: die moet dus serieus worden genomen. Over hoe dat te doen valt nog veel te leren. Het is echter wel de enige manier voor onderzoekers en professionals om gezag en vertrouwen te herwinnen in een maatschappij waarin ze niet meer op voorhand op een voetstuk staan.

NOOT

Deze bijdrage is een verkorte versie van de oratie 'Dikke kinderen, uitgebluste werknemers en vreemde virussen. Filosofie van de Publieke Gezondheidszorg in de 21e eeuw', uitgesproken op 25 juni. Deze bijdrage is ook gepubliceerd in de Volkskrant van 10 juli 2010.

ABSTRACT

Public reactions on vaccinations campaigns and health promotion programmes demonstrate that public trust in public health measures is not self evident any more and public health is struggling with her mission and her approach. In the last decades public health developed primarily as an instrument for politics and policy, and to realize this policy orientation public health became a rather technocratic discipline. The process of rationalization of public health implies that the distance between public health and society has increased and that public health does

not respond to processes of democratization of society and democratization of knowledge claims with respect to risks and health. To fulfill her social ambitions, public health needs to reflect on the relationship between politics, experts and citizens and has to start interaction with society instead of developing policies, advices and instruments in an ivory tower. In other words, public health has to return to her core business, the public!

Keywords: Public health, democratization, public learning

CORRESPONDENTIEADRES

Klasien Horstman, Vakgroep Metamedica. Faculteit Health, Medicine & Life Sciences, Universiteit Maastricht, e-mail: k.horstman@maastrichtuniversity.nl