

Mind the gap. Reflectie op de publieke gezondheidszorg

Klasien Horstman¹

Terwijl de openbare, preventieve gezondheidszorg het in termen van budget en maatschappelijke status altijd heeft afgelegd tegen de klinische, curatieve zorg, wordt het belang van haar kernactiviteit, preventie, de laatste jaren steeds meer onderkend. Publicaties als Uitdagingen voor een gezonde zorg van Vermeend en Van Boxtel¹ en Van ZZ naar GG van de RVZ² zijn een uitdrukking van de trend om preventie veel meer te waarderen dan lange tijd gebruikelijk was. In het licht van vergrijzing en toenemende schaarste aan financiële middelen en arbeidskrachten in de zorg, wordt van preventie meer verwacht dan de openbare gezondheidszorg ooit had durven dromen. Preventie is hot. Hoe eerder we doen aan risicosignalering en preventie, hoe meer we later kunnen winnen aan kwaliteit van leven en aan geld. Gezond roze, gezond grijze is de leus. De toenemende populariteit van preventie zou eenvoudig geïnterpreteerd kunnen worden als een succes van de openbare gezondheidszorg en als een goede reden om een zelfde koers te blijven varen en niet te veel achterom te kijken. Dat zou echter een gemiste kans zijn. Er staat voor de openbare gezondheidszorg namelijk wel degelijk veel op het spel.

Nu preventie alom wordt gezien als een belangrijke strategie om de zorg betaalbaar te houden, om kwaliteit van leven op hoge leeftijd te bevorderen, om de arbeidsmarkt te blijven laten functioneren,³ lijken vele andere partijen dan de openbare gezondheidszorg dit succes namelijk voor zich op te eisen. De klinische curatieve setting heeft preventie ontdekt en tegenwoordig profileren zowel specialisten als huisartsen zich met 'risico management': naast diagnostiek en behandeling wordt ook preventie een deel van hun werk. Ook commerciële actoren maken steeds meer werk van preventie. Wie de home page van Philips, Privatescan of Unilever bekijkt, begrijpt dat preventie niet meer het magere, bleke nichtje van de curatieve sector is, maar een florierende markt. Terwijl de openbare gezondheidszorg al decennia een wat soft, sociaal en saai imago heeft, geeft de introductie van preventie technieken zoals monitoring systemen, body scans, genetische testen, stappentellers en – hoe onbetrouwbaar vaak ook – preventie een sexy karakter. Deze technieken worden door ontwerpers en industrie vaak gepresenteerd als een magic bullet voor de problemen in de zorg. Het complexe- maatschappelijke-radertjes-werk dat preventie in de praktijk met zich mee brengt, en waar de publieke gezondheidszorg veel ervaring mee heeft,⁴ wordt onzichtbaar gemaakt. Met andere woorden, terwijl de publieke gezondheidszorg een eeuw preventie heeft gepleegd, veel heeft bereikt en daar betrekkelijk weinig krediet voor krijgt, weten nieuwe actoren pre-

ventie salonfähig te maken. En ondanks de groeiende populariteit van preventie zijn er in de publieke gezondheidszorg grote zorgen over de ongezonde leefstijl van veel mensen, de grote sociaal economische gezondheidsverschillen en het verminderd vanzelfsprekend gezag van experts.

De groeiende populariteit van preventie, de toenemende rol van wetenschap en technologie in preventie, het ontstaan van nieuwe markten van preventie en gezondheidsbevordering en de ingewikkelde relatie tussen experts en burgers, nopen tot reflectie op de betekenis, missie, concepten en werkwijze van de openbare gezondheidszorg. Die reflectie betekent *ten eerste* articuleren waar de publieke gezondheidszorg goed in is, namelijk het organiseren van complex, socio-technisch gezondheidswerk op lokaal, nationaal en globaal niveau: infectieziektebestrijding impliceert immers niet alleen het ontwikkelen van vaccins en logistiek, maar ook het generen van besef van afhankelijkheid en verbondenheid. Het technische en het sociale gaan hand in hand, en meer inzicht in de samenhang zou de publieke gezondheidszorg ten goede komen. Reflectie op de publieke gezondheidszorg betekent *ten tweede* begrijpen hoe het komt dat dat complexe socio-technische werk van de publieke gezondheidszorg door anderen zowel als haarzelf zo onzichtbaar wordt gemaakt. Waarom komt de verleiding om te denken in termen van 'magic bullets' en snelle oplossingen vandaan en waarom wordt die niet weerstaan? *Ten derde* moet reflectie plaats vinden op de kenniscultuur in de publieke gezondheidszorg: hoe worden relaties tussen staat, markt, experts, professionals en burgers geconceptualiseerd, welke kennis-, mens- en maatschappij beelden komen in de publieke gezondheidszorg tot uitdrukking, en wat betekent dat voor ethische en politieke vragen over de publieke gezondheidszorg.

De nieuwe leerstoel Filosofie van Public Health die is ingesteld aan de Universiteit Maastricht beoogt bovenstaande vragen te adresseren Deze leerstoel wordt bekleed door Klasien Horstman. Voorafgaand aan haar oratie medio 2010 vond een mini symposium plaats. Op dat mini symposium *Mind the Gap* werden drie gecompliceerde relaties in de publieke gezondheidszorg onder de loep genomen: tussen hogere en lagere SES, tussen lichaam en geest, en tussen verleden en toekomst. De volgende bijdragen zijn hieraan ontleend.

De eerste bijdrage van de socioloog Sjoerd Kooiker (Sociaal Cultureel Plan Bureau) gaat in op de vraag waarom de openbare gezondheidszorg zo weinig begrijpt van de *kloof tussen hogere en lagere sociaal economische statusgroepen* als het gaat om de ontwikkeling van een gezonde leefstijl? Hij betoogt dat de publieke gezondheidszorg zich teveel identificeert met de 'hoge SES' en zich te weinig verstaat met 'anderen'. Zo lang dat het geval is, zo stelt hij, is er gereede kans is dat de huidige gezondheidsbevordering die kloof eerder vergroot dan verkleint.

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

In de tweede bijdrage betoogt de filosofe Jenny Slatman (Universiteit Maastricht) dat de *Cartesiaanse scheiding van lichaam en geest* een obstakel vormt voor de openbare gezondheidszorg om de werking van preventieve maatregelen en interventies zoals bijvoorbeeld beweegprogramma's te kunnen begrijpen. Gezien het feit dat het Cartesiaanse dualisme diep geworteld is in preventiepraktijken, is het de vraag of en hoe men dat achter zich kan laten. De medisch historicus Eddy Houwaart (Vrije Universiteit/Universiteit Maastricht) kritiseert de huidige trend in de openbare gezondheidszorg om sterk toekomst georiënteerd - met het oog op de toekomstige vergrijzing, toekomstige kosten etc. - te werken en niet meer achterom te kijken. Welke valkuilen zijn er voor een a-historische publieke gezondheidszorg en hoe kan preventiebeleid voor de toekomst profiteren van reflectie op het verleden? Ten slotte betoogt de filosofisch sociologe Klasien Horstman (Universiteit Maastricht) in de verkorte versie van haar oratie dat de publieke gezondheidszorg haar missie - het begrijpen en involveren van de maatschappij -

heeft verwaarloost. Ze kritiseert de technocratische identiteit van de publieke gezondheidszorg en gaat in op de vraag hoe de *publieke gezondheidszorg* terug kan keren naar haar core business, de *maatschappij*.

LITERATUUR

1. *Vermeend W, Boxtel R.* Uitdagingen voor een gezonde zorg. Amsterdam: Lebowski, 2010.
2. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Van ZZ naar GG. Acht debatten, een sprekend verhaal. Den Haag: RVZ, 2010.
3. *Meershoek A, Bartholomee Y, Horstman K.* Vitaal en bevlogen. Het ontstaan van een markt voor gezondheidsbevordering op de werkplek, Beleid en Maatschappij 2010, jrg. 37, no.3, 232-245.
4. *Swaan, A. de* (2004) Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd. Amsterdam: Bert Bakker.

Gezondheidsbevordering als splijtzwam?

Sjoerd Kooiker¹

In de publieke gezondheidszorg hebben de doeners het voor het zeggen. Er wordt gepleit voor krachtadig optreden omdat het 5 voor 12 is. Of dat nou is omdat de Nederlandse levensverwachting is afgezakkt naar de Europese middenmoot of omdat de helft van de volwassen Nederlanders overgewicht heeft (noot a), de boodschap is dat er iets moet gebeuren en wel nu! Alle hens aan dek om roken, overgewicht, alcoholgebruik, gebrek aan beweging, etc. aan te pakken. Als de problemen urgent zijn en de roep om daden groot is, is er meestal weinig aandacht, tijd en geld voor reflectie. Dat is jammer want dan verdwijnt de bedachtzaamheid en de kritische kanttekening. Reflectie betekent onder andere juist wel vragen stellen aan mensen met goede bedoelingen en mooie plannen om urgente problemen aan te pakken. Dat type reflectie is riskant, want vragen stellen bij een veronderstelde goede zaak levert verdenking op van disloyaliteit. Toch is het voor de publieke gezondheidszorg nuttig. In deze bijdrage zal ik kritische vragen stellen bij de huidige praktijken van gezondheidsbevordering. Helpen die vooral om de maatschappij gezonder te maken, of werken ze (ook) als splijtzwam van de maatschappij?

DE ONBEDOELDE GEVOLGEN VAN GOEDE BEDOELINGEN

Mijn kritische vragen richten zich niet op de goede bedoelingen van veel beleidsmakers en professionals in de zorg, want aan de oprechtheid van hun intenties twijfel ik niet. Mijn kritische vragen richten zich op de onbedoelde effecten van hun plannen en daden. Iets waar ze zelf veel minder oog voor hebben. Oog hebben voor de onbedoelde consequenties van ons handelen is belangrijk omdat idealisme vaak in haar tegendeel verkeert. Een

mooi voorbeeld is de Amerikaanse drooglegging, fascinerend beschreven door Daniel Okrent in de 'Last Call'.¹ De jaren '20 stonden in de VS in het teken van de drooglegging. Voor het invoeren van de drooglegging was een grondwetswijziging nodig en om het af te schaffen opnieuw. Maar inmiddels weten we welke onbedoelde gevolgen de drooglegging met zich meebracht, zoals de sterke groei van de georganiseerde misdaad. Ook nu is er een groot verlangen naar sterke maatregelen rond genotmiddelen en dan met name ten aanzien van jongeren. Juist als de relatie tussen ouders en kinderen pubers toch al fragiel is, in de puberteit, worden ook nog eens alle risicós uitvergroot. Een idealist vindt dit een goede zaak, wie oog heeft voor onbedoelde gevolgen vraagt zich af wat dit doet met relaties tussen ouders en kinderen. Binnenkort kunnen we kinderen misschien tegen nicotineverslaving vaccineren. Wie gaat dat vaccin voor zijn kind regelen en wie niet?

De veel geprezen jonge Duitse schrijfster Juli Zeh werkte haar toneelstuk 'Corpus Delicti' om tot een roman waarin ze een samenleving schetst die gezondheid als hoogste waarde wel heel letterlijk genomen heeft.² Er is een dictatoriale staatsvorm gekozen om die waarde tot in alle uithoeken van de maatschappij vorm te kunnen geven. Met elektronica wordt ieders gezondheid continu gemonitord en er is een fikse bureaucratie om het gezondheidsmoralisme te implementeren. Natuurlijk gaat het boek over mensen die zich aan de dictatuur van het 'gezonde' leven willen onttrekken maar daar niet in slagen. Ze vallen in handen van justitie en de boek gaat over de rechtszaak tegen de 'methode' van het systeem. Dat lijkt op de DDR, ook al zo'n idealistisch experiment dat in een dictatuur met totale 'überwachung' eindigde. Het boek 'Wir wollten ein anderes Land. Eine Familiengeschichte aus der DDR'³ laat van 'binnen

¹ Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag