

---

---

## Wordt gezondheid een verdienste?

Hoe hebben gezondheid en gezondheidszorg in Nederland zich de afgelopen decennia ontwikkeld en in welke richting lijken recente gebeurtenissen te wijzen? Eerst iets over de veranderende samenstelling van de bevolking. Nederland verouderd. Het aandeel van mensen van 65 jaar en ouder op de totale bevolking groeit, en binnen deze categorie groeit het aandeel van de mensen van 75 jaar en ouder - de 'dubbele vergrijzing'. De gezaghebbende *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* die het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne in 1993 publiceerde, voorziet vooral als gevolg van de veroudering tot 2010 een stijging met 25 tot veertig procent van het aantal patiënten (van 3.4 miljoen tot 4.4 miljoen).<sup>1</sup> Je moet zulke projecties met een flinke korrel zout nemen, omdat de demografische prognoses waarop ze berusten veel onzekerder zijn dan ze lijken. Maar het is toch heel aannemelijk dat de veroudering van de bevolking gepaard zal gaan met meer gezondheidsproblemen en dus met een zwaarder beroep op verzorging, verpleging en behandeling door *professionals* of anderen.

Dat komt heel ongelegen. De overheid is al een tijdlang bezig de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening doelmatiger in te richten om zodoende de stijgende kosten te bestrijden. Medisch-technische bezuinigingen blijken moeilijk te realiseren. Nogal wat bezuinigingsdrift - pardon: streven naar verbetering van de *efficiency* en de kwaliteit - wordt daarom gericht op verzorging en verpleging. En dat zijn precies de functies waarop een verouderende bevolking in toenemende mate is aangewezen. In verpleeghuizen en ook in de thuiszorg doen zich schrijnende tekorten aan tijd en aandacht voor.<sup>2</sup> Sommige deskundigen hopen dat zich een *compression of morbidity* zal voordoen: een verkorting van de gemiddelde ziekteduur aan het eind van het leven, als gevolg van de gezondere omstandigheden waaronder de toekomstige ouderen hebben geleefd, vergeleken met de huidige. Maar zo'n *compression of morbidity* tekent zich nog niet af, ze is misschien alleen te verwachten binnen bepaalde deelpopulaties van ouderen, en een tegenovergestelde ontwikkeling - *expansion of morbidity* - is ook mogelijk en volgens de *Volksgezondheid Toekomst Verkenning* per saldo aannemelijk. Het aantal demente bejaarden en hoogbejaarden zal in elk geval aanzienlijk stijgen.

Daarbij zullen bejaarden in de toekomst nog vaker dan nu, en zeker dan in het verleden, alleenstaand zijn. Ze hebben gemiddeld minder en niet zelden helemaal geen kinderen; ze zijn vaker ongetrouwd of gescheiden; en hoe hoger de leeftijd, des te groter de kans dat hun partner is overleden. De kinderen van de toekomstige bejaarden zullen ook wat vaker alleenstaand zijn, vaker buitenshuis werken en daardoor misschien minder mogelijkheden hebben om voor hun ouders te zorgen. Ze willen overigens wel degelijk voor hun ouders zorgen, en ook voor anderen. De bereidheid om ouders, familieleden, vrienden en bekenden te helpen met het huishouden en de lichamelijke verzorging - 'informele zorg te verlenen' - is de laatste jaren in Nederland eerder toegenomen dan afgenomen.<sup>3</sup> De vraag is niet of jongeren voor ouderen willen zorgen, maar of ze voor hen kunnen zorgen. Zorgen is bovendien geen verplegen. Langdurige en intensieve verpleging is alleen voor beroepskrachten en binnen een instelling vol te houden.

Zowel onder ouderen en bejaarden als onder de Nederlandse bevolking als geheel, zullen de inkomensverschillen blijven toenemen - dat is althans de huidige verwachting. Gevoegd bij recente en nog komende veranderingen in de financiering van ziektekosten, betekent dit dat er tussen consumenten van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in de toekomst grotere verschillen in koopkracht zullen optreden. Hogere inkomensgroepen zullen zich, mede gesteund door werkgevers en verzekeraars, méér en kwalitatief betere verzorging en dienstverlening kunnen permitteren dan lagere inkomensgroepen. Tot die laatste behoren ook de AOW'ers zonder aanvullende pensioenvoorziening.

Op grond van de dubbele vergrijzing, de voortgaande rationalisering van de zorg en de toenemende inkomensverschillen kan men zich een somber scenario voorstellen voor de toekomst van verpleeghuizen: een tweedeling in van overheidswege gefinancierde en krap bemenste instellingen enerzijds, en particulier gefinancierde en veel ruimer bemenste instellingen anderzijds. Zoals gezegd is dit scenario al werkelijkheid aan het worden. In andere delen van de gezondheidszorg doen zich soortgelijke verschijnselen voor: politici en bestuurders ontmantelen al dan niet met tegenzin de brede, publieke voorzieningen; en gezondheidswerkers geven knarsetandend de zorg voor bodemgroepen binnen de betreffende cliëntèle uit handen. Ik denk bijvoorbeeld aan de bezuinigingen op Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheids Diensten in de grote steden.

Tot zover enkele basale ontwikkelingen in de samenstelling en de levensomstandigheden van de Nederlandse bevolking. Demografische ontwikkelingen suggereren een groeiende vraag naar medische behandeling, verzorging en verpleging in de komende decennia, vooral van ouderen.

Veranderende levensomstandigheden zullen die vraag eerder versterken dan verzwakken. En het materiële en morele appèl van financieel weinig draagkrachtigen aan het adres van de overheid zal dringender worden. Daarmee is nog niet gezegd hoe de overheid en de bevolking met deze problemen zullen omgaan, en hoe ze meer in het algemeen de waarden van gezondheid en ziekte zullen beleven.

De moderne geneeskunde is in de negentiende eeuw de dominante manier van denken en doen geworden inzake gezondheid en ziekte. Haar invloed is in de twintigste eeuw sterk uitgebreid. Irving Zola heeft deze uitbreiding zoals bekend medicalisering genoemd:

een proces waarin een steeds groter deel van het dagelijks leven onder medische heerschappij, invloed en toezicht is gekomen.<sup>4</sup>

In Zola's woordkeus is al bijna een verklaring van het medicaliseringsproces inbegrepen: het doelgericht streven naar status, macht en inkomen van de medische stand. Maar het is zeer de vraag of het machtsstreven van één maatschappelijke groepering, in casu de artsenstand, een goede verklaring kan zijn voor een zo brede ontwikkeling als de medicalisering van de samenleving. Die is eigenlijk alleen mogelijk door de effectiviteit van het medische paradigma zelf, door de grote existentiële onzekerheden - kwesties van leven en dood - waarin artsen interveniëren, en *last but not least* door de lastige maatschappelijk conflicten waarvoor artsen zo niet een oplossing, dan toch vaak wel verzachting bieden.<sup>5</sup>

Er zijn ook wel tendensen tot demedicalisering. De laatste twintig jaar is bijvoorbeeld homoseksualiteit aan de zeggenschap en het toezicht van artsen onttrokken. En, althans wat meer dan in andere landen, zijn bevalingen in Nederland een zaak tussen vrouwen en vroedvrouwen gebleven. Er zijn niet erg veel voorbeelden, en ze hebben steeds te maken met het optreden van een emancipatiebeweging.

Binnen de gezondheidszorg is de machtsbalans tussen artsen en patiënten zoals bekend wat verschoven ten gunste van de patiënten. Het meest duidelijk is dit in de huisartsenpraktijk. De achtergrond ervan is samengesteld: een meer algemene democratisering van de samenleving verkleinde de sociale afstanden; werknemers- en volksverzekeringen maakten patiënten tot rechthebbenden; gezondheidsvoorlichting en de alomtegenwoordigheid van de geneeskunde überhaupt maakten mensen welingelichter en mondiger; de alternatieve geneeskunde nestelde zich in hoeken die de reguliere geneeskunde niet kon bereiken en begon vandaaruit een kleine guerilla; kritiek van binnen de academie door onder anderen sociologen erodeerde

de legitimiteit van medische aanspraken; het medische bolwerk werd door verdergaande overheidsbemoediging minder autonoom. De massamedia speelden nog een afzonderlijke rol bij het uithollen van het medische gezag. Televisieprogramma's als *Dokter in de fout?* en *Medische missers* - het laatste gepresenteerd door professor B. Smalhout - waren 25 jaar geleden ondenkbaar.

Maar hiertegenover staan *Medisch Centrum West*, *Onderweg naar morgen*, *Chirurgenwerk*, *Ingang Oost*, *Cardiac Arrest*, *Schwarzwald Klinik* en nog vele andere programma's die juist bijdragen aan de verdere verbreiding en normalisering van het medisch perspectief. Ook zonder rechtstreeks toezicht van artsen kan dit perspectief heel sterk werken. Zoals gezegd berust de grotere mondigheid van de hedendaagse patiënt mede op zijn kennis van de grondbegrippen en grondhoudingen van de geneeskunde - wat Abram de Swaan heeft genoemd 'proto-professionalisme'. De Amerikaanse sociologe Renée Fox voorspelde in 1977:

De accentverschuivingen van ziekte naar gezondheid, van curatieve naar preventieve geneeskunde, en van overheersing en autonomie van de arts naar rechten van de patiënt en naar grotere beheersing over de medische professie, deze accentverschuivingen veranderen niets aan het feit dat gezondheid, ziekte en geneeskunde centrale preoccupaties zijn in de samenleving, die een diffuse, zowel symbolische als praktische betekenis hebben. (...) We mogen verwachten dat gezondheid, ziekte en geneeskunde in de toekomst nog belangrijker zullen worden dan nu als een van de primaire symbolische media waardoor de Amerikaanse samenleving zal worstelen met fundamentele vragen van waarde en geloof.<sup>6</sup>

Er zijn ook in Nederland ontwikkelingen die in deze richting werken.

Om te beginnen zijn er de al eerder genoemde inspanningen van de overheid tot bezuiniging en rationalisering, of in sociologische termen: tot begrenzing van het medisch regiem. Onderdeel van het streven naar kostenbeheersing was en is een sterke nadruk op de preventie en vroegtijdige onderkenning van ziekten, of zoals dat heet: van 'gezondheidsrisico's'. De pretentie van de preventie is: voorkomen is beter en goedkoper dan genezen. Op ziekenhuisbedden werd bezuinigd maar de werksoort van de gezondheidsvoorlichting groeide juist sterk. De overheid en ziektekostenverzekeraars hebben hiermee een internalisering van het medisch perspectief door individuele mensen gestimuleerd: 'Ben ik ziek? Loop ik gevaar het in de toekomst te worden? En kan ik daar nú iets tegen doen?'<sup>7</sup>

Zo is behalve de sportbeoefening ook de vraag naar diensten van alternatieve genezers bevorderd, die immers graag benadrukken dat de juiste bewustzijnstoestand en een krachtige wilsinspanning leiden tot beterschap en

tot een lang en gezond leven. De erkenning en bekostiging van alternatieve geneeswijzen heeft mede de wens tot kostenbeheersing als achtergrond.

Toch zijn het zeker niet in de eerste plaats de overheid en de verzekeraars die maken dat mensen steeds meer zelf op hun gezondheid gaan letten. 53 procent van de Nederlanders vindt een goede gezondheid het belangrijkste in het leven - een percentage dat de afgelopen 25 jaar gestaag is gestegen en dat pas op afstand (33%) gevolgd wordt door de waarden van een leuk gezin en een goed huwelijksleven.<sup>8</sup> Er tekent zich al geruime tijd een nieuwe gezondheidsmoraal af. Mensen zijn eigener beweging op hun gewicht gaan letten, gaan tennissen en trimmen, minder gaan roken, Beceel gaan gebruiken, kortom gezonder gaan leven. Johan Goudsblom heeft erop gewezen dat je dit ten dele kunt verklaren uit de gestegen levensverwachting: die maakt het voor mensen steeds meer de moeite waard om in hun eigen gezondheid te investeren. Gezond gedrag wordt 'rationeler'.<sup>9</sup>

Een sterke vorm van de nieuwe gezondheidsmoraal is wat in de Verenigde Staten *healthism*, 'gezondisme' wordt genoemd: een preoccupatie met de eigen gezondheid als brandpunt voor het definiëren van de eigen identiteit en het bereiken van welzijn.<sup>10</sup> De preoccupatie heeft zich het eerst en het sterkst ontwikkeld onder twintigers en dertigers van de professionele middenklasse - vrij precies de types die bij ons voorkomen in de televisie-reclames voor Beceel of Lätta.

Gezondheid is een nieuwe beschavingsnorm geworden, die het eerst en het sterkst is gestileerd door leden van de professionele middenklasse maar die zich van daaruit heeft verbreid in steeds bredere sociale kringen. De distinctiedrang wordt ook door externe invloeden bevorderd. Werkgevers krijgen een warmere belangstelling voor de gezondheid van hun werknemers naarmate de risico's van ziekte en arbeidsongeschiktheid meer voor hun rekening komen. In de Verenigde Staten is dit veel sterker het geval dan in Nederland. Daar is een nieuwe bedrijfsgezondheidsethiek gesignaleerd, *a new corporate health ethic*.<sup>11</sup> Het manifeste doel ervan is, de met ziekte van werknemers gemoeide kosten te drukken. De latente functie ervan is, de productiviteit te verhogen door het scheppen van een bepaalde bedrijfscultuur, die mede de particuliere levensstijl van werknemers omvat en waarin gezondheid, ambitie en kracht centrale waarden zijn. Ook in Nederland gaan de ontwikkelingen in deze richting.

Keerzijde van de nieuwe bedrijfsgezondheidsethiek en meer in het algemeen van 'gezondisme' is een groeiende onverdraagzaamheid tegenover tekenen van zwakte. De *new corporate health ethic* bloeit vooral op in grote en moderne bedrijven, dat wil zeggen juist daar waar energieke jonge *professionals* hun emplooi vinden.

Zoals gezegd verspreidt de nieuwe gezondheidsmoraal zich vanuit de professionele middenklasse over andere bevolkingsgroepen. In de lagere middenklasse stuit zij op een pendant in de relatief sterkere oriëntatie op alternatieve geneeswijzen en de bijbehorende filosofieën. Hoewel de gebruikers van Becel en Lätta zich hiervan met hun *healthism* juist beogen te onderscheiden, zijn er belangrijke overeenkomsten: de nadruk op individuele verantwoordelijkheid en de overtuiging dat gezondheid door de levensstijl kan worden bepaald. Om het sterk uit te drukken: het geloof in althans sommige alternatieve therapieën is *a poor man's healthism*, een gezondisme voor de gewone man, en het werkt sociologisch gezien in dezelfde richting.

De morele inslag van hedendaagse opvattingen over gezondheid komt goed tot uiting als je de keerzijde ervan bekijkt: het schuldgevoel dat er onlosmakelijk mee is verbonden. Wie hard werkt om gezond te blijven is erg bang om ziek te worden; en wie de verantwoordelijkheid voor zijn gezondheid op de eigen schouders neemt voelt zich schuldig als hij ziek wordt. 'Ziek zijn is plichtsverzaking' - een citaat van Karin Spaink, die hierover in haar boek *Het strafbare lichaam* lucide heeft geschreven.<sup>12</sup> Waar de reguliere, curatieve geneeskunde met haar microbiologische inzichten en haar doctrine van specifieke etiologie een neutralisering bewerkstelligde van eerder als zedelijk opgevatte problemen - bijvoorbeeld van geslachtsziekten en tuberculose - daar doet de nieuwe gezondheidsmoraal het tegenovergestelde. Gezondisme impliceert een moralisme. Zoals Robert Crawford opmerkt, dwingt *healthism* iederéén in de rol van potentiële zieke.

In de potentiële-ziekenrol worden maatschappelijke verwachtingen opgelegd in naam van de preventie. Als potentiële zieken ondergaan individuen meer intensieve druk (dan niet-zieken, GdV) om zich zodanig te gedragen dat ze dat potentieel minimaliseren. Het zich niet preventief gedragen wordt een teken van *maatschappelijke*, en niet alleen maar individuele onverantwoordelijkheid.<sup>13</sup>

De ontwikkeling is dus op te vatten als een uitbreiding en vooral een individualisering en internalisering van het medisch regiem. Onder de nieuwe gezondheidsmoraal staat iedereen onder medisch toezicht - van artsen, maar ook van zichzelf en van anderen.

Het is duidelijk dat de recente beleidsontwikkelingen in de gezondheidszorg: het streven naar bezuiniging door vroegtijdige signalering en preventie, en de betrekkelijk autonome opkomst van een nieuwe, sterk individualiserende gezondheidsmoraal, elkaar versterken. Daarbij komen nog de

mogelijkheden tot genetische *screening* en predictie die in dezelfde richting werken. Het inzicht in genetische determinanten van ziekten neemt snel toe, en daarmee de verleiding om mensen met genetische 'gebreken' van arbeid, verzekering en zelfs verzorging uit te sluiten.<sup>14</sup>

Deborah Stone heeft gewezen op de gevaren van de hedendaagse pre-occupatie met gezondheidsrisico's en de daarbij horende sociale categorieën. De doelstellingen zijn loffelijk: voorlichting, preventie, vroegtijdige signalering. Maar de statistische waarschijnlijkheden die horen bij risicogroepen (rokers, zwaarlijvigen, mensen met depressieve voorouders) worden gemakkelijk verabsoluteerd en toegepast op individuen. En ongemerkt worden individuele mensen dan ook gemakkelijk verantwoordelijk gesteld voor de aan hen toegeschreven eigenschappen (dat wil zeggen statistische kansen): bij keuringen voor de toelating tot verzekeringen, de vaststelling van premies, het verwerven en behouden van banen.

*Het motief voor dit administratieve gebruik (van classificaties van risico-factoren, GdV) kan heel goed zijn, mensen te leren hun gedrag te veranderen op een manier die hun gezondheid verbetert. Maar het effect ervan is dat het onbillijkheden versterkt in de verdeling van banen en economische zekerheid. (...) Op geraffineerde wijze worden risico-statussen zo een manier van onderverdelen van zieken en invaliden in de oude morele categorieën van armenzorg, in degenen die wel en die geen steun 'verdienen'.<sup>15</sup>*

Of zoals Irving Zola al eerder schreef: 'De weg naar een gezondistische maatschappij kan heel goed geplaveid zijn met (...) goede bedoelingen.'<sup>16</sup> Mensen met 'riskante' gewoonten en mensen met een genetisch of maatschappelijk ongunstige achtergrond lopen tegenwoordig sociale risico's die misschien wel groter zijn dan de medische. In het kwade geval zadelt de samenleving hen op met slechte vooruitzichten die ze niet hadden hoeven hebben.<sup>17</sup> De hiervoor aangeduide ontwikkelingen enerzijds, de kloof tussen werkenden en niet-werkenden, de afslanking van de overheid en de privatisering van verzorgingsarrangementen anderzijds maken in de toekomst zo'n onbillijke werking van het medisch regiem allerminst denkbeeldig. Gezondheid dreigt een persoonlijke verdienste te worden in plaats van een zegen of mazzel die - een tijd lang - op mensen kan rusten.

Waar gezondheid een verdienste wordt, valt een morele barrière weg om zieke mensen maatschappelijk uit te sluiten. Laten we hiervoor waken.

## Noten

\* Dit artikel is een bewerking van een Inleiding tot het congres 'De toekomst van onze gezondheid is ons een zorg' in Lunteren op 17-18 maart 1995, en van een lezing voor de Leergang voor Leidinggevenden in de Zorgsector van het Tilburg Institute of Academic Studies (TIAS) in Wageningen op 6 juni 1996. Ik dank Bernard Kruithof en Nico Wilterdink voor hun redactionele suggesties.

1. RIVM, *Volksgezondheid toekomst verkenning, De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010* (Eindred. D. Ruwaard & P.G.N. Kramers), Den Haag: Sdu, 1993, 98.
2. Ingrid Smits, 'Oud en ongewassen', *HP/De Tijd*, 10 mei 1991, p. 34-39. Vgl. SCP, *Sociaal en cultureel rapport 1994*, Rijswijk: SCP, 1994, 72-74.
3. M.H. Kwekkeboom, *Het licht onder de korenmaat. Informele zorgverlening in Nederland*. 's-Gravenhage: VUGA, 1990; SCP, a.w., 32-63.
4. I.K. Zola, *Socio-medical inquiries*. Philadelphia: Temple UP, 1983, 295 [1972].
5. A. de Swaan, 'Het medisch regiem'. In zijn: *De mens is de mens een zorg*. Amsterdam: Meulenhoff, 1982, 151-224.
6. R.C. Fox, 'The Medicalization and Demedicalization of American Society'. In haar: *Essays in Medical Sociology*. Second ed. New Brunswick/ Oxford: Transaction, 1988 (465-483) [1977], 483.
7. Het Sociaal en Cultureel Planbureau constateert dat ziekte tegenwoordig eerder wordt ontdekt dan 25 jaar geleden. 'Hierbij lijkt niet alleen sprake te zijn van een technische innovatie (diagnostische apparatuur) maar ook van een sociale innovatie: (huis)arts en bevolking zijn alerter geworden en denken bij een bepaald klachtenpatroon aan specifieke ziektebeelden' (*Sociaal en Cultureel Rapport 1998*, Rijswijk: SCP, 1998, 292).
8. SCP 1998, a.w., 128.
9. J. Goudsblom, 'Openbare gezondheidszorg en het civilisatieproces'. In zijn: *De sociologie van Norbert Elias*. Amsterdam: Meulenhoff, 1987 (183-210), 209.
10. R. Crawford, 'Healthism and the Medicalization of Everyday Life', *International Journal of Health Services*, 10 (1980), 3, 365-388.
11. P. Conrad & D. Chapman Walsh, 'The New Corporate Health Ethic: Lifestyle and the Social Control of Work', *International Journal of Health Services*, 22 (1992), 1, 89-111.
12. Karin Spaink, *Het strafbare lichaam. De orenmafia, kwakdenken en het placebo-effect*. Amsterdam: De Balie, 1992, 66.
13. Crawford, 'Healthism, a.w.', 379, zijn curs.
14. Zie bijv. Ruth Hubbard, 'Genomania and Health', *American Scientist*, 83 (1995), 1, 8-10. Zij schrijft op p. 10: 'Voorspellingen op grond van "kennis van onze genen" zullen niet alleen de meeste mensen niet helpen, maar deze genomanie kan gezondheidsproblemen verergeren door te veel nadruk te leggen op gezondheidsproblemen van individuen en te weinig op de noodzaak van adequaat sociaal en publiek gezondheidsbeleid.'
15. D.A. Stone, 'At Risk in the Welfare State', *Social Research*, 56 (1989), 3, 591-633, 630-1, cursivering GdV.
16. I.K. Zola, 'Healthism and Disabling Medicalization'. In: I. Illich e.a., *Disabling professions*. Boston: Marion Boyars, 1977 (41-67), 67. Zola schrijft overigens 'met zogenaamd goede bedoelingen', daarmee zijn eigen inzicht bedervend.



17. Dorothy Porter vat een aantal recente ontwikkelingen in westerse verzorgingsstaten samen onder de noemer 'voorwaardelijk burgerschap' (*Health, Civil-*

*ization and the State. A History of Public Health from Ancient to Modern Times.* London: Routledge, 1999 hoofdstuk 12).

---