TIJDSCHRIFT
VOOR

GEZONDHEID & POLITIEK

JAARGANG 11
NR. 2 /MAART 1993

Thema: De gezonde patiënt

Leefstijl in Nederland

Medisch Theater in De Balie

Fitness in bedrijven

Later moeder worden

Verpleegkundigen en hun keuzen in de zorg

WE GELOVEN IN IDEALISME, WANT DAT IS HET ENIGE WAT WERKT. VAN GEITEWOL GAAN WE NIEZEN. VAN NOG MEER BRUINE KINDERTJES MET VLIEGEN IN DE OOGJES WORDEN WE HELEMAAL SIMPEL. WE HEBBEN PARTNERS IN AFRIKA, LATIJNS-AMERIKA EN AZIË, GEEN CLIËNTEN. WE SFEUNEN 400 SOCIAAL-ECONOMISCHE PROJECTEN. AAN AMATEURISME HEBBEN WE EEN BROERTJE DOOD, BUREAUCRATIE MAAKT ONS WOEST. MET EEN HOUSEPARTY VOOR SENEGAL HEBBEN WE GEEN PROBLEMEN. VOLGENS ONS HEBBEN ARMOEDE DAAR EN RIJKDOM HIER ALLES MET ELKAAR TE MAKEN. VAN BODEMLOZE PUTTEN KRIJGEN WE EEN HEEL NAAR GEVOEL.. OP RIGOBERTA MENCHU, NOBELPRIJSWINNAAR VOOR DE VREDE, ZIJN WE OOK EEN BEETJE TROTS OMDAT WE HAAR AL JAREN STEUNEN. VASTEN EN ACTIE GAAN PRIMA SAMEN" ZIJ HEBBEN DE IDEEËN, WIJ HET GELD. ÉÉN-RICHTINGSVERKEER VINDEN WE EEN VERGISSING. VRAAG EENS ONZE FOLDER AAN. WE GEVEN DE WERELD NIET ZOMAAR OP. WE KUNNEN ABSOLUUT NIET ZONDER EEN GIRONUMMER •• BEGINNEN BIJ DE WERELD VERANDERT .IEZELF•.VASTENAKTIE-NEDERLAND. POSTBUS 587. 3800AN AMERSFOORT.' INFO 033-612957. EN DIT IS ONS GIRONUMMER: 5850.

TIJDSCHRIFT VOOR
GEZONDHEID & POLITIEK
JAARGANG 11 NR. 2 / MAART 1993

Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek is het officiële orgaan van de Stichting Gezondheid en Politiek.
Verschijnt 1 x per twee maanden
ISSN 0167-8647

Uitgever:
Louwers Uitgeversorganisatie B.V..
Wilhelminasingel163
Postbus 249, 6000 AE Weert
Telefoon 04950 - 41203
Telefax 04950 - 21335

Redactie:
Annemieke Bosma, Thea Dukkers van Emden, Luc Klaphake, Annemiek Meinen, Frans van der Pas, Sonja Schmidt, Ingrid van de Vegte, Joost Visser, Hetty Vfug
Eindredactie: Henriette Bonarius

Redactieraad:
Guus Bannenberg, Hans Blaauwbroek, Adri van de Bom, Martien Bouwmans, Aaf van Essen, Maarten Evenblij, Maria Hermsen, Joost van der Meer, Harry Kempers, Bart Lammers, Evelyne de Leeuw, Arko Oderwald, Menno Reyneveld, Hans Spijker, Marco Stuik, Gabriëlle Verbeek, Janneke van Vliet, Marjon van Weersch, Goof van de Wijngaart.

Redactieadres:
Prinsenhofsteeg 10
1012 EE Amsterdam
Artikelen of ideeën kunt u zenden aan het redactieadres. Aanwijzingen voor auteurs op aanvraag aldaar verkrijgbaar.

Abonnementenadministratie:
Opgave van abonnementen, opzegging en adreswijzigingen uitsluitend schriftelijk doorgeven aan de uitgever. Indien twee maanden voor het verstrijken van de abonnementsperiode geen schriftelijk bericht van opzegging is ontvangen wordt het abonnement automatisch met een jaar verlengd.
Abonnementsprijzen per jaar:
Bedrijven/instellingen f 110,-
Particulieren f 75,-
Los nummer f 12,50

Foto omslag:
Het Medisch TheaterTeam
Foto: Ben van Duin

Vormgeving:
IOf/O Reklame- Ontwerp buro B.Y.
Postbus 63 1, 6000 AP Weert
Telefoon 04950 - 44995
Telefax 04950 - 21335

Advertentietarieven op aanvraag bij: De uitgever.
* niets uit deze uitgave mag worden overgenomen of vermenigvuldigd zonder schriftelijke toestemming van de uitgever en zonder bronvermelding
De uitgever is niet verantwoordelijk voor de inhoud van het gepubliceerde.

INHOUD
Thema: De gezonde patiënt

2 Redactioneel

4 Maartje Schermer & Jozef Keulartz
Mag gevaarlijk leven bestraft worden?

7 Hans Grundmeijer
An apple a day keeps the doctor away
Moet de huisarts zich bemoeien met de leefstijl van patiënten?

10 Loek Stokx & Joost Visser
'Als je de ziektekosten wilt beperken, moet je gezond gedrag stimuleren'
Interview met Tom Roos, directeur van de OHRA

11 Loek Stokx & Joost Visser
'De nadruk op die leefstijlactiviteiten verdoezelt waar het werkelijk om gaat in de gezondheidszorg'
Interview met Eelke van der Veen, directeur ZAO zorgverzekeraar

15 Medicalisering, medicijnen en mystiek: een gordiaanse knoop
Frank Venema, column

16 Wynand van de Ven
Verzekeraars, fitplancentra en het plan-Simons

18 Karin Schaafsma
'Het verlangen naar gezondheid kan veranderen in de plicht om gezond te zijn'
Interview met Tom de Ket, schrijver van Corpus Inc.

21 Leefstijlparanoia
Ingrid van de Vegte, column

22 Dymphie van Berkel
Moeder worden, hoe vroeger hoe beter

24 Annemiek Meinen
Verpleegkundigen moeten hun keuzen in de zorg veroveren

26 Guus Schrijvers
De schaarste in de gezondheidszorg is voer voor economen

29 Moderne religie
Jos van der Lans, column

30 Boeken
Ethiek van preventie. Een achtergrondstudie
Ver-vreemd of vreemdeling

32 Signalementen

DE GEZONDE PATIENT

REDACTIONEEL

'Wat een wereld. Hoe kom ik hier levend vandaan'!' zei de riskant levende countryzanger in dezelfde tijd dat de socioloog Zola het begrip 'medicalisering' uitvond. De nodeloosheid van ziekte en de idealisering van gezondheid vormen het nieuwe credo in een ongelovige wereld. De medische business heeft geen marketing nodig. Al voor het er echt van komt, zijn we klanten van de gezondheidszorg: gezonde patiënten.

Gezondheid staat nummer één in het lijstje van belangrijke waarden in Nederland, vóór gezin, werk en vriendschap. Maar gezondheid is niet zo maar van God gegeven. Van de ene op de andere dag kan ziekte toeslaan. Daarom is de gezonde patiënt ongerust. Want ook hij leidt een zittend bestaan. eet chemisch bewerkt voedsel en ademt vervuilde lucht in. Daar echt iets aan veranderen kan hij niet. Dus doet hij wat hij wél kan. Hij let op signalen van dreigende ziekte. En verandert zijn stijl van leven. De gezonde patiënt sport en jogt, hij rookt niet. let op wat hij eet en drinkt. Zo worden zaken die vroeger leuk of lekker waren. vertaald in termen van ziekte en gezondheid: 'Is het wel goed voor me?' Je zou het de medicalisering van de leefstijl kunnen noemen.
De zorgen van de gezonde patiënt - en de manier waarop anderen daarop inspelen - liggen ten grondslag aan Corpus Inc., de theaterproduktie van De Balie, die in maart in première gaat. Zij vormen ook de rode draad door de artikelen in dit nummer van TGP.

De gezonde patiënt gelooft dat de wetenschap ziekten helpt voorkomen en zo nodig snel kan laten verdwijnen. In *Medisch Centrum West* stapt een astmapatiënt linea recta naar de geldbeluste griezels van de belendende privé-kliniek, als dokter Van der Woude hem geen Prednison wil geven. De klachten zijn weg, vertelt hij de volgende dag triomfantelijk, zich niet realiserend dat de ziekte daarmee nog niet genezen is. Geloof in de wetenschap is een gat in de markt. Medisch Theater, door Corpus Inc, op de markt gebracht, biedt de toeschouwer onverwachte medische mogelijkheden. legt auteur Tom de Ket in dit nummer alvast uit aan Karin Schaafsma, totdat...
Apotheker Venema maakt zich boos over de producenten van geneesmiddelen, die de gezonde patiënt met succes aan zich weten te binden.
Toch heeft medische technologie niet altijd het laatste woord. Niet meer dan de helft van de vrouwen die op latere leeftijd zwanger worden, maakt gebruik van vruchtwateronderzoek en andere vormen van prenatale diagnostiek. Verzekeraars en medici betreuren dat, schrijft Dymphie van Berkel.

Verzekeraars kunnen blij zijn met de gezonde patiënt. De OHRA werft bedrijven als klanten met een Bedrijfszorgplan, dat grote nadruk legt op de fitness en gezondheid van managers en werknemers. 'Het alternatief is niets doen,' aldus OHRA-directeur Tom Roos in gesprek met TGP.
'Goede risico's' selecteren is voor de verzekeraars een belangrijk motief om zich met preventie te profileren, meent Wijnand van de Ven, maar het gaat niet aan hun dat te verwijten. In het nieuwe stelsel van gezondheidszorg ontbreekt immers een voldoende verfijnd stelsel van normuitkeringen. Was dat er wel, dan zou risicoselectie geen financieel voordeel meer opleveren. Die keuze van verzekeraars voor preventie lijkt onschuldig, maar er zit een addertje onder het gras. Nu nog is deelname aan fitness en andere preventieve activiteiten een zaak van vrijwilligheid. Als eenmaal wetenschappelijk is aangetoond dat fitters en joggers werkelijk minder ziektekosten met zich meebrengen (nu blijft het nog bij vermoedens), dan kan dat wel eens anders worden. Ethici vliegen elkaar al in de haren over de vraag of sancties op 'risicogedrag' toelaatbaar zijn. Schermer en Keulartz beschrijven de verschillende posities in die discussie. Het invoeren van sancties zou wel eens averechts kunnen werken, concluderen zij, omdat de angst voor ziekte en dood, het geloof in het medisch kunnen en de fixatie op de technologie van de gezondheidszorg erdoor worden versterkt.

En de hulpverleners? Preventie hoort bij ons gewone werk, zeggen zij in koor, daar hebben we geen grootschalige preventieprogramma's voor nodig. De huisartsenorganisaties zien wel wat in een steviger aanpak. Daar liggen de plannen voor programmatische preventie al klaar: voor griepvaccinaties, screening op baarmoederhalskanker en borstkanker, het opsporen van mensen met multiple risicofactoren voor hart- en vaatziekten, het geven van leefstijladviezen en het opsporen van depressies en beginnende dementie bij ouderen. 'Geef ons 20 miljoen en wij gaan aan de slag,' is de boodschap. Tegelijkertijd besteden huisartsen een groot deel van hun tijd om patiënten te leren inzien wat de grenzen zijn van het medisch kunnen. Dat streven zou wel eens haaks kunnen staan op een al te grote nadruk op preventie. Huisarts Grundmeijer heeft zijn bedenkingen. Preventie kan goed zijn, maar bemoeizucht is altijd uit den boze, zo schetst hij zijn dilemma. Er is een middenweg: laat de patiënt zelf de afweging maken, op basis van argumenten en informatie.

Ook wij hebben onze twijfels. Het Personal Health Plan van de OHRA roept bij ons dezelfde lichte huiver op als het 'Fitness Checkpunten Systeem' van Corpus Inc. Natuurlijk, het is prettiger om gezond te zijn dan ziek, maar niet tegen elke prijs. Moeten wij, om de kans op een hartinfarct te minimaliseren, met enige overdrijving werkelijk veranderen in de fietsende, werkloze, broodmagere, premenopausale vrouwelijke dwerg van Howard? Of sterker nog: mogen wij anderen dwingen, of op z'n minst stimuleren, om hun leefstijl in die richting te veranderen? En vormen die nog moeilijker beïnvloedbare zaken als het (stedelijk) milieu niet veel belangrijker bronnen voor ongezondheid dan het zakje chips voor de buis?

In dit nummer van TGP komen die vragen aan de orde. Een definitief antwoord is er niet, nog niet. Hoewel... de aardige, nuchtere dokters van MCW zullen het vast wel winnen van de schurken van de privé-kliniek.. En of Corpus Inc. inderdaad wel zo gezond is, zullen we binnenkort weten. We vermoeden van niet. Tot het tegendeel is aangetoond. Of tot we zelf ziek worden, misschien?

De themaredactie
Luc Klaphake
Loek Stokx
Hans Tenwolde
Joost Visser

Foto: Inter Nationes/ Horst Muller

Der Wald
ist
kein
Müllplatz
BTL
WUPPERTAL
1102

MAG GEVAARLIJK LEVEN BESTRAFT WORDEN?

Maartje Schermer
Jozef Keulartz

Mag 'risicogedrag' worden bestraft? Dat is de vraag waarover binnen de wereld van de medische ethiek een felle discussie wordt gevoerd. Achtergrond van die discussie is het streven van de overheid om de kosten van de gezondheidszorg te drukken door invloed uit te oefenen op de leefstijl van de burgers. Mag dat? Indien nog: kan dat ook? In dit artikel worden de verschillende posities in de discussie geschetst en wordt ingegaan op de praktische problemen bij het opleggen van sancties.

Dat steeds meer individueel gedrag geldt als een gezondheidsrisico, heeft een aantal oorzaken. In de eerste plaats zijn er de wetenschappelijke ontwikkelingen. Uit medisch-biologisch onderzoek komt telkens nieuwe informatie beschikbaar over de gevaren van allerlei stoffen en allerlei gedrag voor de gezondheid. Genetisch onderzoek brengt bovendien gegevens aan het licht over de individuele gevoeligheid voor bepaalde stoffen en over de individuele aanleg voor bepaalde ziekten. Hoe meer informatie we ter beschikking krijgen, hoe meer risico's er 'ontstaan'. De genetica stelt ons zelfs in staat per individu een persoonlijk risicoprofiel op te stellen.

In de tweede plaats wordt gedrag als een gezondheidsrisico ervaren omdat wij collectief steeds meer waarde hechten aan gezondheid. Momenteel gaat het nog voornamelijk om roken, alcohol drinken en sporten, maar verdere mogelijkheden zijn makkelijk te bedenken. Het bezoeken van luide concerten of house-parties heeft nadelige gevolgen voor het gehoor, zonnebaden geeft kans op huidkanker, onveilige seks verhoogt niet alleen het risico op AIDS maar voor vrouwen ook op onvruchtbaarheid, te weinig slapen is aantoonbaar ongezond ... De lijst is eindeloos.

In de derde plaats leidt de toenemende economische schaarste tot een verhoogde aandacht voor de gezondheidsaspecten van individuele leefstijlen. Deze economische schaarste kan worden opgevat als het onbedoelde gevolg van de beide eerder genoemde ontwikkelingen: de almaar wassende stroom van kennis en informatie en de groeiende fixatie op gezondheid en gezond gedrag. In een tijd waarin de kosten van de gezondheidszorg steeds hoger worden en de roep om bezuinigen steeds luider weerklinkt, wordt de leefstijl van individuele burgers meer en meer tot mikpunt van maatregelen die sancties stellen op ongezond gedrag. Hierbij kan men denken aan het verbieden van bepaald gedrag, het weigeren van behandeling voor ziekten die door het eigen gedrag veroorzaakt zijn of het toekennen van lagere plaatsen op eventuele wachtlijsten, het verhogen van de ziektekostenpremies, het vragen van eigen bijdragen van mensen die ten gevolge van hun eigen gedrag ziek zijn geworden of het heffen van extra belastingen op bepaalde produkten.

Over de morele rechtvaardiging van dergelijke sancties is in de medische ethiek een discussie op gang gekomen. Daarbij kunnen ruwweg drie posities worden onderscheiden: de *paternalistische* positie, de *utilistische* positie en de positie die het begrip *fairness* centraal stelt.

HARD EN ZACHT PATERNALISME

De paternalistische positie stelt het eigen belang van mensen centraal en gaat uit van de gedachte dat het soms nodig is om de vrijheid van mensen voor hun eigen bestwil te beperken, ook tegen de wensen van de betrokkenen in. Ervan uitgaande dat niemand graag ziek is, wordt geconcludeerd dat het voor mensen zelf beter zou zijn wanneer ze gezonder zouden leven. Hogere ziektekostenpremies of het invoeren van een eigen bijdrage voor diegenen die gezondheidsrisico's nemen zouden mensen wellicht tot een gezondere leefstijl kunnen aanzetten. Dat zou natuurlijk in hun eigen belang zijn. Uit een onderzoek van Bemts[1] naar de opinies van Nederlanders omtrent sancties op risicogedrag blijkt dat meer dan de helft van de voorstanders van sancties hun voorkeur op een dergelijke manier beargumenteert.

In de literatuur wordt onderscheid gemaakt tussen 'hard' en 'zacht' paternalisme. Hard paternalisme bepleit het ingrijpen in iemands vrijheid om hem te beschermen tegen bewust, vrijwillig gedrag, waarmee hij zichzelf zou schaden. Zacht paternalisme daarentegen verdedigt het ingrijpen in iemands vrijheid om hem te beschermen tegen de schadelijke gevolgen van zijn gedrag, voor zover dit gedrag juist niet bewust en vrijwillig is. Het criterium waarmee hard en zacht paternalisme van elkaar onderscheiden kunnen worden is dus de vrijwilligheid van de keuze of het gedrag waartegen iemand in bescherming wordt genomen.

Het belangrijkste bezwaar tegen hard paternalisme is dat het de autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van het individu niet respecteert. Vanwege dit bezwaar is hard paternalisme als rationale voor wetgeving niet te verdedigen en te verantwoorden.[2] Bij zacht paternalisme ligt dit anders omdat het de autonomie en het zelfbeschikkingsrecht van het individu intact laat of zelfs vergroot. Vanuit zacht paternalistisch oogpunt kan een zware roker die volledig op de hoogte is van de risico's die hij loopt maar die er bewust en vrijwillig voor kiest om te blijven roken, niets in de weg gelegd worden. Of iemand anders de keuze van de kettingroker onverantwoord, onbegrijpelijk of onredelijk vindt, doet hier niet ter zake. Slechts de vrijwilligheid van zijn keuze telt.

Een probleem waarmee de zachte paternalist zich geconfronteerd ziet is hoe de mate van vrijwilligheid van zo'n keuze vastgesteld kan worden. Risicogedrag wordt vaak mede veroorzaakt door een complex van psychologische, sociale en culturele factoren, die de bepaling van de mate van vrijwilligheid tot een hopeloze onderneming maakt. Bovendien lijkt de beknotting van het recht op zorg vanuit paternalistisch gezichtspunt een paradoxale maatregel; dat zou er immers op neerkomen dat men iemand behandeling weigert met een beroep op zijn eigen bestwil. Aangezien het de zachte paternalist er slechts om gaat te voorkomen dat mensen zichzelf onbewust en onvrijwillig kwaad doen ligt het bevorderen van gezondheidsvoorlichting en gezondheidsopvoeding meer in zijn lijn dan het aandringen op sancties.

HET GELUK VAN DE GEMEENSCHAP

De utilistische positie hanteert als basisprincipe dat de morele juistheid van han-

Tekening Arend van Dam

delingen of beleidsmaatregelen bepaald wordt door de mate waarin ze het welzijn of het geluk van de gemeenschap vergroten. Het belangrijkste argument voor sancties dat vanuit deze positie naar voren wordt gebracht is dat ongezond gedrag grote financiële lasten voor de gemeenschap met zich meebrengt.. Ontmoedigen van ongezond gedrag is een manier om de kosten van de gezondheidszorg omlaag te brengen. Met het geld dat zo vrijkomt zou weer gezondheidszorg betaald kunnen worden voor diegenen die het echt nodig hebben en die niet zelf aan hun ziekte hebben bijgedragen. Bovendien kan het geld dat op deze manier bespaard wordt gebruikt worden om aan andere behoeften tegemoet te komen of om andere belangrijke sociale instellingen (bijvoorbeeld het onderwijs) te verbeteren.

Het belangrijkste probleem met deze benadering is dat het nog maar de vraag is of ongezond gedrag eigenlijk wel een financiële belasting voor de samenleving betekent.' Ongezond leven kan weliswaar tot ziekte leiden, maar als de persoon in kwestie hierdoor jonger sterft, hoeft dat niet duurder te zijn dan de behandeling van alle ziekten die hij nog gekregen zou hebben als hij langer was blijven leven. Zeker als niet alleen de geneeskundige kosten worden meegerekend maar ook bijvoorbeeld de kosten voor bejaardenverzorging of AOW zou het wel eens zo kunnen zijn dat juist de 'fitte, nietrokende senior die nog dertig jaar na zijn pensionering voort blijft leven' een grotere financiële last voor de samenleving vormt dan de kettingroker die voor zijn pensionering aan longkanker sterft.' Volgens een consequent utilistische redenering zou ongezond gedrag zelfs aangemoedigd moeten worden wanneer zou blijken dat dit kosten bespaart. Een dergelijke uitkomst is contra-intuïtief en niet in overeenstemming met andere ethische overwegingen.

De utilist kan dit probleem omzeilen door ook andere dan puur economische argumenten in zijn winst- en verliesrekening te betrekken. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de directe nadelige gevolgen van ongezond gedrag voor derden, aan volksgezondheid als waarde in zichzelf of aan individuele belangen en voorkeuren. Dit schept echter een nieuw probleem dat even onoverkomelijk lijkt als het eerder genoemde: welke factoren wil men laten meetellen en hoe kan men deze sterk van elkaar verschillende factoren eerlijk tegen elkaar afwegen?

ONRECHTVAARDIG

De laatste positie stelt dat het niet fair is om mensen die gezond leven te laten meebetalen aan de kosten van het ongezonde gedrag van anderen. Iemand die bewust gezondheidsrisico's neemt en die daardoor meer van de gezondheidszorg gebruik moet maken, gedraagt zich als een 'parasiet'. Zo iemand kiest er immers voor om meer van de gezondheidszorg te profiteren terwijl anderen er daardoor meer voor moeten betalen. Het argument van fairness is gebaseerd op de morele intuïtie dat dit onrechtvaardig is. Het is niet fair om mensen te laten meebetalen aan de zelf veroorzaakte kosten van anderen.

Een probleem met het argument van fairness kwamen we al tegen bij de behandeling van het utilisme: het is allerminst zeker of ziekte, veroorzaakt door vrijwillig gekozen ongezond gedrag wel duurder is dan andere vormen van ziekte. Het is niet fair om mensen die ongezond geleefd hebben mee te laten betalen aan de kosten van hun ziekte alléén omdat ze deze kosten vrijwillig veroorzaakt hebben, terwijl deze kosten niet hoger zijn dan die van andere, niet zelf veroorzaakte ziekten. Ook het argument van fairness zou zo tot de conclusie kunnen leiden dat juist een gezonde leefstijl extra belast zou moeten worden.'

Een ander probleem kwam al bij de bespreking van het paternalisme aan de orde: de vrijwilligheid van risicogedrag. Ten aanzien van deze kwestie staan de voorstanders van fairness diametraal tegenover de zachte paternalisten: terwijl de laatsten sancties slechts gerechtvaardigd achten indien het risicogedrag in kwestie niet vrijwillig was, menen de eersten juist omgekeerd dat de vrijwilligheid van risicogedrag een noodzakelijke voorwaarde is voor de toepassing van sancties. Maar het probleem blijft natuurlijk hetzelfde: hoe kan de mate van vrijwilligheid van gedrag objectief worden vastgesteld?

Zo worstelt de medische ethiek met theoretische problemen bij het bepleiten van sancties op ongezond gedrag. Maar er is meer. Wanneer ook sociale en culturele aspecten in de beschouwing betrokken worden, stuiten we ook op praktische problemen.

Een argument tegen het invoeren van sancties is dat het de privacy van mensen aantast. Dit blijkt zelfs het belangrijkste motief van Nederlanders om sancties geheel af te wijzen." Aan privacy kunnen drie facetten onderscheiden worden. In de eerste plaats heeft privacy betrekking op de persoonlijke levenssfeer, waarin men vrij moet kunnen zijn van de ongewenste aanwezigheid van anderen, observatie door anderen en het opgedrongen krijgen van beelden en geluiden. In de tweede plaats betekent privacy dat persoonlijke informatie niet zonder toestemming van de betrokkene mag worden verspreid, zodat deze controle heeft over informatie met betrekking tot zichzelf.. Als er informatie over mensen wordt verkregen door middel van het binnendringen in de persoonlijke levenssfeer, wordt de privacy dus dubbel geschonden. In de derde plaats slaat privacy op de autonomie van mensen met betrekking tot hun privé-beslissingen. Het recht om zelf te bepalen hoe je leeft, zelf te beslissen of je al dan niet rookt of jogt, kan als een kwestie van privacy worden opgevat..

MORALISME

Een tweede argument tegen het invoeren van sancties betreft het gevaar van moralisme. Binnen de grote en gevarieerde groep van potentiële gezondheidsrisico's lijken op willekeurige wijze sommige risico's eerder als belastbaar aangewezen te worden dan andere. Blijkbaar is er een verschil in de manier waarop de samenleving zich opstelt tegenover verschillende soorten gedrag, ook al zijn de risico's of de kosten ervan even groot. Sommige kosten en risico's wil men wel op basis van solidariteit met elkaar delen, andere niet. Een reden hiervoor kan zijn dat sommig gedrag makkelijker te controleren en te belasten is dan ander, hetzij om praktische redenen, hetzij uit overwegingen van privacy. Een andere reden kan zijn dat sommige risico's voortvloeien uit een gemeenschappelijke leefstijl, waarmee iedereen in de samenleving zich kan identificeren, terwijl andere risico's het gevolg zijn van minder geaccepteerd gedrag. Hierdoor ontstaat het gevaar dat bepaalde groepen eerder dan andere belast worden

omdat ze er een afwijkende leefstijl op na houden en niet alleen omdat de kosten die ze veroorzaken hoger zijn of omdat hun gedrag ongezonder is.

SCHULD

Een derde tegenargument ligt enigszins in het verlengde van het vorige. Voorstellen voor sancties op risicogedrag passen in de algemene tendens om de eigen verantwoordelijkheid van mensen voor hun gezondheid te benadrukken. Keerzijde van deze nadruk op de eigen verantwoordelijkheid is het allerminst denkbeeldige gevaar van 'victim blaming'.' Vanuit de notie dat mensen verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid ontstaat de gedachte dat ze dus ook schuld hebben aan hun ziekte. Ten Have en de Weert (1987) noemen dit 'culpabilisering' van ziekte, Crombag en Van Dun' hebben het in verband met sancties zelfs over 'criminalisering'. Ziekte wordt dan steeds meer opgevat als iets dat mensen aan zichzelf te wijten hebben, ook als het gaat om ziekten waarbij gedragsfactoren in wezen geen of slechts een minimale rol spelen. Dit kan leiden tot een afname van de solidariteit tussen gezonden en ziekten. Bepaalde stromingen binnen de alternatieve geneeswijzen laten zo'n tendens al duidelijk zien."

Een overdreven nadruk op de eigen verantwoordelijkheid brengt bovendien het risico met zich mee dat maatschappelijke factoren die van invloed zijn op de gezondheid te weinig worden onderkend en dat de aandacht wordt afgeleid van de verantwoordelijkheid van de overheid en het bedrijfsleven. Moet de overheid ter bescherming van haar burgers iets doen aan het gat in de ozonlaag of is het de verantwoordelijkheid van de burgers zichzelf te beschermen door niet te veel in de zon te komen? Is het de schuld van het individu dat hij zijn baan als stressvol ervaart of ligt dit aan de arbeidsomstandigheden? De nadruk op eigen verantwoordelijkheid kan er dus toe leiden dat bepaalde maatschappelijke problemen van hun politieke lading ontdaan en op individuele burgers en werknemers afgewenteld worden.

HOGERE VERSNELLING

Het invoeren van sancties kan ertoe bijdragen dat het proces van medicalisering in een hogere versnelling terechtkomt.. Het geeft de medische professie namelijk meer macht, doordat deze voor de gehele bevolking gedragsnormen vaststelt en een leefstijl voorschrijft waarnaar mensen in het belang van hun gezondheid geacht worden zich te richten. Het invoeren van sancties geeft deze gedragsregels een extra gewicht, daar het een officiële erkenning van deze regels inhoudt en tevens een extra stimulans vormt voor mensen om zich eraan te houden. Een direct gevolg hiervan is dat mensen verder afhankelijk gemaakt worden van de medische professie. De grote aandacht voor gezondheid, de nadruk op de individuele verantwoordelijkheid en het introduceren van sancties op risicogedrag zijn trends die convergeren in het door Foucault indringend geschetste beeld van een 'panoptische' samenleving, waarin mensen naar bepaalde aspecten van hun gedrag geobserveerd, geclassificeerd, geregistreerd en zo tot 'geval' gemaakt worden, met alle disciplinerende en normaliserende gevolgen van dien."

Individuele leefstijlen zijn evenals collectieve levensvormen complexe weefsels, waarin gezondheid slechts een van de veIe draden vormt. Met bureaucratische maatregelen en monetaire middelen van bovenaf ingrijpen in deze fragiele weefsels brengt bijzondere gevaren met zich mee voor de samenhang en solidariteit van en tussen groepen. Bovendien is het nog maar de vraag of zo'n politiek op de lange termijn geen averechts effect heeft op de ontwikkeling van de kosten in de gezondheidszorg.

Zowel de Amerikaanse ethicus Callahan" als in Nederland de filosoof Achterhuis" zien deze ontwikkeling als het gevolg van een structureel schaarsteprobleem, waarvan de diepere oorzaken gezocht moeten worden in ons culturele waardenpatroon. Factoren die door beiden als bron van schaarste genoemd worden zijn de angst voor ziekte en dood, het geloof in een grenzeloze vooruitgang van medische kennis en de fixatie op de technologische kanten van de geneeskunde. De schaarste in de gezondheidszorg kan alleen maar opgeheven worden wanneer er iets verandert aan het culturele waardenpatroon dat daaraan ten grondslag ligt. De vraag is of het invoeren van sancties niet het soort beleid is waarmee dit patroon eerder versterkt dan verzwakt wordt. Gezien de toenemende medicalisering, de groeiende preoccupatie met gezondheid en gezond gedrag en de toenemende stroom van kennis en informatie, die het gevolg zouden zijn van het invoeren van sancties, moet deze vraag misschien wel bevestigend beantwoord worden.

Tekening Arend van Dam

Noten

1. T. Bernts, *Leven zonder zorg,* Amsterdam/Lisse, 1991.
2. D. Wikler, 'Who should be blamed for being sick?', In: *Health Education Quarterly, 14* (1987), 11-25.
3. H.M. Dupuis, 'Voeding en gezondheid\ In: D.A.A. Mossel e.a., *Gezondheid: wiens verantwoordelijkheid? Ethiek en voorkoombare ziekten.* Baarn 1987, p. 24-28.
   T.L Beauehamp en J.F Childress, *Principles of Biomedical Ethics,* New York/Oxford 1989.
4. H.A.M.J. ten Have en G.M.WR. de Weert. 'Gezondheid als deugd en waarde'. In: Mossel e.a, 1987.
5. D. Wikler, 'Persuasion and Coercion for Health'. In: *Milhank Memorial Fund Quarterlyl Health and Society,* 56 (1978),303-337.
6. Zie Bemts 1991.
7. R. Crawford, Thc Ideology and Polities of Victim Blaming'. In: *Int. Joumal of Health Se/Tices,* VIT(1977), 4, 663-681..
8. H. Crombag en F. van Dun, 'Moralisering van de gezondheidszorg'. In: *Hollands Maandblad,* XXIII (1991), 522,1-15.
9. K. Spaink, *Hel strafbare lichaam.* Amsterdam 1992.
10. M. Foucault, *Discipline, toezicht en straf,* Groningen 1989.
11. D. Callahan, *What Kind ojLife,* New York 1990.
12. H. Achterhuis, *Het rijk van de schaarste.* Baarn 1988.

Maart je Schermer studeerde geneeskunde en filosofie en is werkzaam als co-assistent..
Jozef Keulartz is als onderzoeker verbonden aan de faculteit der wijsbegeerte van de UvA..

AN APPLE A DAY KEEPS THE DOCTOR AWAY

MOET DE HUISARTS ZICH BEMOEIEN MET DE LEEFSTIJL VAN ZIJN PATIENTEN?

Hans Grundmeijer

Met behulp van Postbus 51, Preventiefonds, hoge accijnzen en gelegenheidswetgeving probeert de staat de bevolking te bewegen om minder alcohol, nicotine en cholesterol te gebruiken. De commercie gebruikt preventie-ideologie om produkten aan te prijzen, van Becel tot nicotinepleisters, van Cola Light tot fitnesscentra. Ook de gezondheidszorg doet eraan mee. Folders in de wachtkamers, voortdurende bewaking van gewicht, bloeddruk en cholesterol leiden tot strenge adviezen in spreekkamers. Geneesmiddelen tegen te hoge bloeddruk, te veel cholesterol, stress en roken behoren tot de top-tien van de geneesmiddelindustrie.
Kritische huisartsen weten niet goed wat ze ermee aan moeten. Preventie staat immers altijd hoog in het vaandel, maar aan de andere kant zou dit ingrijpen in de levenssfeer tot de zo verfoeide medicalisering kunnen leiden: een dilemma.

Er zullen maar weinig huisartsen in deze discussie overtuigd verdediger zijn van één van beide extreme opvattingen in het spectrum van absoluut paternalisme tot volstrekte passiviteit.. Zo zullen de meeste huisartsen patiënten met astmatische bronchitis ongevraagd en zelfs met de nodige nadruk ontraden te roken. Aan de andere kant, welke huisarts gaat ongevraagd adviseren over cholesterol aan een patiënt die zijn oren uitgespoten wil hebben? Een absoluut standpunt over het al of niet beïnvloeden van de leefstijl is dan ook niet te geven. Er lijkt alleen plaats te zijn voor een genuanceerd standpunt.. Dit standpunt is afhankelijk van een aantal factoren, die bekend zijn uit de besliskunde.
De beslissing tot al of niet medisch ingrijpen berust op twee elementen. Het eerste element bevat alle objectieve besliskundige kennis over het probleem; de wetenschappelijk aangetoonde feiten over voor- en nadelen van medisch handelen. Het tweede element bevat de opvattingen of waarden van de patiënt.. Vindt de patiënt dat de voordelen van de handeling opwegen tegen de nadelen?

Dezelfde beslisstrategie kan helpen het dilemma tussen betutteling en absolute non-interventie bij leefstijlbeïnvloeding op te lossen. Geeft de veronderstelde risicofactor wel een verhoogde kans op een aandoening? Levert het reduceren van de risicofactor ook een reductie van het risico op? Is de beïnvloedingstechniek wel effectief? Wat zijn de opvattingen van de patiënt?

TOP-ZES

De risicofactoren voor hart- en vaatziekten zijn hoofdzakelijk 'ontdekt' in de statistieken van Amerikaanse verzekeringsmaatschappijen. Er zijn inmiddels een kleine driehonderd risicofactoren bekend (zie tabel blz. 9). De meeste aandacht in de preventie wordt besteed aan: meer bewegen, minder dik, minder koffie, minder cholesterol in het dieet, minder alcohol en stoppen met roken. De keuze voor deze top-zes is relatief toevallig en afhankelijk van de toepasbaarheid in grootschalig onderzoek, commerciële belangen (geneesmiddelen ter verlaging van het cholesterol) en politieke factoren. De resultaten van deze studies tot nu toe leveren een

Foto: Ine van den Broek

bont beeld op en komen in het kort op het volgende neer.
Overgewicht wordt in vele publikaties als risicofactor voor hart- en vaatziekten beschouwd. Er zijn weinig aanwijzingen dat te dik zijn binnen redelijke grenzen slecht zou zijn voor de gezondheid. In een studie naar het effect van gewicht op de sterftekans bleek dat mannen die 7,5-10 kilogram zwaarder zijn dan het gemiddelde langer leven dan hun leeftijdgenoten met een 'ideaal-gewicht'.' In twee grote studies bleek afvallen geen effect te hebben op de sterftekans.' Zeer ernstig overgewicht (meer dan 35%) geeft waarschijnlijk wel gezondheidsproblemen. Voor de allergrootste groep van matige dikkerds levert afvallen misschien wel kosmetisch voordeel op maar geen gezondheidsvoordeel..
In sommige studies leek het drinken van koffie de kans op hart- en vaatziekten te doen toenemen; echter, als er gecorrigeerd wordt voor andere factoren als veel roken en alcoholgebruik, blijkt koffiegebruik geen effect te hebben.'
Er wordt vaak gesuggereerd dat meer bewegen 'gezond' is. Alhoewel het zeer aannemelijk is dat aan sport doen de neiging tot depressies, minder roken en minder drinken zal beïnvloeden, is daar geen goed grootschalig onderzoek van bekend. Evenmin is maar weinig onderzoek bekend naar de risico's van meer bewegen (blessures, alcoholgebruik in sportkantines, overtraining in fitnesscentra).
Ten aanzien van roken is er consensus: het is schadelijk.. Roken geeft een verhoogde kans op longkanker, chronische bronchitis en hart- en vaatziekten zoals een hartinfarct, een beroerte en afsluiting van bloedvaten in het been. Ook over het effect van stoppen met roken is weinig verschil van mening. Degene die stopt met roken zal al vrij snel profijt van haar of zijn (heldhaftige) actie hebben, niet alleen in termen van een snelle conditieverbetering, maar ook door een vrij snelle daling van de kansen op ernstige aandoeningen:
Een matig gebruik van alcohol blijkt het risico op hart- en vaatziekten te verminderen.' De risico's van overmatig alcoholgebruik zijn vooral groot in termen van psychosociale problematiek en leverbeschadiging. Ook is vrij duidelijk verband tussen overmatig alcoholgebruik en het ontstaan van hoge bloeddruk en de conditie van de hartspier.
Een verhoogd cholesterol geeft een verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Dit geldt vooral bij mensen met een zeer hoog cholesterol in het bloed. Deze mensen lijden echter aan een erfelijke aandoening en die is niet met een dieet te beïnvloeden.

ADVIES OP MAAT

Het effect van beïnvloeding in grote interventieonderzoeken is beperkt.. In vijf grote studies (828.000 manjaren) bij mannen van middelbare leeftijd is het dieet, het roken en de bloeddruk aangepakt.. In twee van de vijf is ook nog geprobeerd het gewicht te doen afnemen en aan te zetten tot meer lichaamsbeweging. Bij meta-analyse blijkt de kans op een hartdood nauwelijks te verminderen (1015 doden in de interventiegroep en 1049 in de controlegroep), net zo min als de kans op sterven aan wat dan ook (2909 versus 2947). Vertaald naar het risico van de individuele patiënt betekent het dat als een man van middelbare leeftijd met een matig verhoogd risico zich aan al deze leefregels houdt, zijn sterftekans op korte termijn niet meer dan met 0,04% afneemt..'
De beïnvloeding 'op maat' in de spreekkamer kan echter effectiever zijn dan in grote onderzoeken is aangetoond.
Men kan selectiever omgaan met de doelgroep. Het effect van de beïnvloeding van groepen met een 'gemiddeld' risico blijkt verwaarloosbaar, maar het effect op personen met een sterk verhoogd risico is groter. In de spreekkamer kan de huisarts deze groep identificeren. Daarnaast blijkt dat een advies op maat, rekening houdend met de wensen en omstandigheden van de patiënt, effectiever is, alhoewel het succes van deze adviezen zeker niet overschat mag worden.'
Zo blijkt de beïnvloeding van ernstig overgewicht moeizaam. Eetlustremmende medicijnen hebben geen effect op de lange termijn. Allerlei diëten kennen een terugval van tachtig tot negentig procent op de lange duur.'
Het advies te stoppen bij willekeurige rokers sorteert weinig effect. Ook meer gerichte acties zoals groepswerk, cursussen, nicotinekauwgom of -pleisters laten een zo hoog recidief percentage zien dat het de vraag oproept of het de investering waard is. Zelfs het wijzen op risico's van mensen die een sterk verhoogde kans hebben helpt maar zeer beperkt.. Alleen bij klachten of calamiteiten als een hartinfarct levert de 'timor mortis' (angst voor de dood) voldoende motivatie Op.9
Het percentage recidief bij allerlei behandelingsprogramma's van overmatig alcoholgebruik is hoog. Het meeste succes zou te verwachten zijn bij het herkennen en behandelen van probleemdrinkers in een vroeg stadium van hun alcoholische carrière." Maar er is geen onderzoek bekend waar dat overtuigend is aangetoond.
Van het resultaat van dieetadviezen in de spreekkamer op de cholesterolopname is nog weinig bekend. Dat het verlagen van cholesterol, zeker met medicijnen, een risicodaling zou bewerkstelligen, is maar de vraag. Er zijn zelfs studies waarbij het verlagen van het cholesterol de kans op vroegtijdige sterfte verhoogt in plaats van verlaagt."

Tekening: Bert Cornelius 1988

AFWEGEN

Er is geen gedegen onderzoek bekend over de wijze waarop de patiënt de voordelen tegen de nadelen van leefstijlverandering afweegt. Dergelijk onderzoek is wel gedaan bij kankerpatiënten over hun keuzen voor therapie. Zo is aan goed voorgelichte patiënten met longkanker de beslissing tot al of niet opereren voorgelegd. De meeste patiënten kiezen voor een korter leven zonder de last van de behandeling." Dit in tegenstelling tot de verwachting van veel dokters.
Bij ontbreken van gedegen onderzoek naar patiëntenpreferenties bij risicofactoren kunnen enkele overwegingen bijdragen aan de discussie over het dilemma.

Als een patiënt bij de huisarts komt voor een klacht dan zal deze zo goed mogelijk behandelen, ook indien er voor een interventie geen voldoende wetenschappelijke basis is. Als de huisarts echter ongevraagd adviseert over leefstijl, dan zal deze bijzonder zeker moeten zijn dat de bemoeienis wetenschappelijk stevig onderbouwd is. Voor ongevraagde adviezen met betrekking tot matig overgewicht, matig alcoholgebruik, het gebruik van koffie en cholesterolrijk voedsel is geen plaats gezien het feit dat deze adviezen niet gebaseerd zijn op harde feiten.
Als er wel sprake is van een verhoogd risico en een aangetoond gunstig effect van een verandering van leefstijl, dan is het de vraag of iedere patiënt dit effect wel als gunstig interpreteert. Immers langer leven is niet synoniem met prettiger leven.
De tegenstanders van leefstijlbeïnvloeding voeren aan dat mensen die afwijken van het gemiddelde qua leefstijl door de geneeskunde ten onrechte ziek verklaard worden. Inderdaad is uit onderzoek bekend dat de effecten van deze vorm van 'labeling' ernstig kunnen zijn. Zo blijken kinderen bij wie ten onrechte een hartklepafwijking is vastgesteld, zich even invalide en beperkt te voelen en te gedragen als kinderen die werkelijk dat gebrek hebben."
De belasting van leefstijlverandering moet door dokter en patiënt niet onderschat worden. De droevige resultaten van interventieprogramma's laten zien hoe moeilijk het is het leven zo te veranderen, dat het lukt om te stoppen met roken, alcoholgebruik en te veel eten.

ZEER TERUGHOUDEND

Het gaat niet aan dat de huisarts de afweging tussen voor- en nadelen maakt. Die afweging dient de patiënt zelf te maken. En dat kan hij of zij alleen maar als alle informatie en argumenten aangeleverd zijn.

RISICOFACTOREN VOOR HART- EN VAATZIEKTEN
In totaal 300 stuks zoals

roken
hoge bloeddruk
hoog cholesterol
diabetes
selenium
niet drinken
niet sporten
geen siësta houden
geen vis eten, vooral makreel
in Schotland wonen
snurken
een man zijn
overdreven nauwkeurig in afspraken
arm zijn in een rijk land

Een zekere dokter Howard, een duidelijke scepticus van preventie, beschreef eens de persoon bij wie de kans op een hartinfarct minimaal is: '...een fietsende, werkloze, broodmagere, premenopausale vrouwelijke dwerg, die woont in een overbevolkte kamer op Kreta (...) en leeft van louter vezelrijke granen, zonnebloemolie en water.' En - zo wordt eraan toegevoegd: 'als twee van deze freaks elkaar zouden tegenkomen en succesvol zouden paren, dan zijn hun nakomelingen dubbel gezegend.' (vert. HG).

In de discussie over leefstijlbeïnvloeding bij specifieke risicofactoren en patiënten wordt het probleem tot veel geringere proporties teruggebracht.
De vraag blijft wanneer ongevraagde bemoeienis nog wel terecht is.
Het risico van roken, overmatig drankgebruik, een ernstig overgewicht of verhoogd cholesterol staat buiten kijf. Maar het is niet makkelijk een te hoog cholesterolgehalte omlaag te krijgen, zodat terughoudendheid ten aanzien van cholesterol als risicofactor op zijn plaats is. Matig overgewicht, alcoholgebruik, een zittend leven en veel koffie geven geen duidelijk verhoogd gezondheidsrisico.
Het Nederlands Huisartsen Genootschap stelt in zijn adviezen (in de 'standaarden') ten aanzien van risicofactoren van hart- en vaatziekten een zeer terughoudend beleid voor. Algemene screening en advisering wordt uitdrukkelijk niet aangeraden. Alleen die mensen worden ongevraagd benaderd, die óf op grond van andere informatie een fors verhoogd risico hebben óf die al klachten hebben van hart of bloedvaten.
Roken is de meest harde en duidelijke risicofactor. Een geheel neutrale houding van de huisarts ten opzichte van roken is aanvechtbaar.
Tot slot, bij weging van alle risicofactoren voor hart- en vaatziekten blijkt dat de belangrijkste factor is en blijft: arm zijn in een rijk land. In de armste groepen wordt inderdaad meer vet geconsumeerd en vooral veel meer gerookt.
De ironie is dat de middenklasse, die het meest in de 'health-movement' geïnvolveerd is, deze waarschijnlijk het minst nodig heeft. Wibaut zei het al: waarschijnlijk is de belangrijkste preventieve maatregel het opheffen van de sociale ongelijkheid.

Hans Grundmeijer is *huisarts*

Noten

1. T. Gordon en S.T. Doyle, 'Weight and Mortality in Men. The Albany Study'. In: *Int J Epidemiol* 1988; 17: 77-81.
2. I.S. McCormick en P. Skrabanek, 'Coronary Heart Disease Is Not Preventabie by Population Interventions'. In: *Lancet* 1988: ii: 839-41.
3. e.H. Ashton, 'Coffee and Health'. In: *Br Med J* 1985; 295: 1293-4.
   M.e.. Stone, 'Coffee and Coronary Heart Disease'. In: *JR. Coll Gen Praet* 1987; 37: 154-7.
4. W'G. van Arkel en F. Sturmans, 'Roken en ziekten'. In: Ned Tijdschr Geneeskd 1985; 129: 1081-5.
5. S. Bereklauw, 'Alcohol en ischaemische hartziekte' (referaat). In: *Ned tijdschr Geneeskd* 1985; 129: 1490.
6. P. Skrabanek en J. McCormick, *Follies and Fallacies in Medicine.* Glasgow, the Tarragon Press, 1989.
7. M.A.H. Russel, 'Effect of General Practioners' Advice Against Smoking'. In: *Br Med J 1979:* ii; 231-5.
8. B. Meyboom-de Jong, 'Vetzucht'. In: *Huisarts Wet* 1986; 29: 178-83.
9. McDowell e.a. 'A Randomized Trial of Three Approaches to Smoking Cessation', In: *Can Fam Physician* 1985; 31: 845-51.
   P. Rodenburg, 'Roken en het stopadvies: mag het, moet het, kan het?' In: *Huisarts Wet 1987;* 30: 280-3.
10. G.T. van der Werf, 'Lifestyle diseases en de huisarts: des keizers hemd'. In: *Huisarts Wet* 1988; 31 (suppl): 19-24.
11. J.J. van Binsbergen, A. Brouwer e.a. NAG-standaard cholesterol.. In: *Huisarts Wet 1991;* 34(12): 551-7.
12. S.I. McNeil en S.G. Pauker, 'The Patient's Role in Assessing the Value of Diagnostic Tests'. In: *Radiology* 1979; 132: 605-11.
13. A.B. Bergman en SJ. Stamm, 'The Morbidity of Cardiac Nondisease in Schoolchildren'. In: *N EnglJ Med* 1967; 276: 1008-10.

Loek Stokx
Joost Visser

Leefstijl en verzekeringen, kennelijk hébben ze wat met elkaar. Neem bijvoorbeeld de OHRA. In het hoofdkantoor in Arnhem kan het eigen personeel in de fitness-zaal terecht voor een computergestuurd trainingsprogramma. Ook bedrijven waarmee de OHRA een collectieve ziektekostenverzekering heeft afgesloten, worden met het OHRA-Fitplan gestimuleerd hun werknemers te laten sporten. Maar dat niet alleen. Het VerzuimPreventieplan leert managers om het ziekteverzuim in hun bedrijf aan te pakken, bijvoorbeeld door snel contact op te nemen met zieke werknemers. En het Gezond Leiderschapsplan roept die zelfde managers regelmatig twee dagen bij elkaar in een bosrijke omgeving, waar zij, behalve op lezingen en sport, getrakteerd worden op een Personal Health Plan, met adviezen over leefstijl en gezondheid. Preventie is in, een goede zaak voor de mensen, de bedrijven èn de verzekeraar, zoals de OHRA zegt.

TOM ROOS, DIRECTEUR VAN DE OHRA:

IALS JE DE ZIEKTEKOSTEN WILT BEPERKEN, MOET JE GEZOND GEDRAG STIMULEREN[1]

Het Fitplan, het Verzuimpreventieplan, het Gezond Leiderschapsplan, de OHRA doet nogal wat op het gebied van de preventie. Wat zijn uw motieven om daar zoveel energie in te steken?

'Het mes snijdt aan een aantal kanten. Als mensen gezonder zijn, doen zij minder beroep op de gezondheidszorg. Voor een zorgverzekeraar is dat direct van belang, want die heeft daardoor minder schade. Ook voor een individu is gezond-zijn prettiger dan ziek-zijn. Ten derde is het natuurlijk beter om je samenleving in te richten met een gezondere populatie dan met veel zieken. En voor een werkgever kan het interessant zijn om zijn werknemers te stimuleren zich bewust te zijn van hun gezondheid en daar ook wat voor te doen. Dat is een vierde kant van de zaak.'

Onlangs noemde u de nadruk op preventie ook een manier om u te onderscheiden van anderen. Is dat ook niet een belangrijk motief?

'Als particuliere zorgverzekeraar heb je te maken met concurrentie. Dat betekent dat je je plaats moet verdedigen. En ja, dat gaat niet zómaar. Je moet goede produkten aanbieden tegen een aantrekkelijke premie. Je moet je zien te profileren, zodat men weet dat je er bent. En wat is nou mooier dan om dat te doen op een manier die voor een potentiële klant ook een positieve uitstraling heeft?'

Profileren staat voorop, profileren is noodzaak, en u kiest daarvoor dit onderwerp uit...

'Het is natuurlijk een combinatie. Het is niet: we moeten ons profileren, wat zullen we eens gaan doen? In de eerste plaats wil je het zorgproces zo effectief mogelijk laten verlopen. Daarmee ben je als verzekeraar al goed bezig, omdat je zo een lagere premie kunt vragen en de kosten van de gezondheidszorg helpt beheersen. Een stap verder is dat je nadenkt of je niet kunt voorkomen dat mensen er gebruik van moeten maken. We weten dat we gaan vergrijzen en dat de collectieve lasten erg hoog worden. Er is dus alles voor te zeggen om actief te worden op het gebied van preventie. Met onze verzekerden in zijn algemeenheid hebben we te weinig contacten om dat soort activiteiten te meten op hun effectiviteit. Bij een collectiviteit, als een bedrijf heb je die mogelijkheid wèl.'

Dat betekent dat preventie in de individuele polissen van de OHRA geen rol speelt...

'Onze polis is puur een dekking voor ziektekosten. Sommige maatschappijen hebben wel eens wat geëxperimenteerd met een korting op de premie voor verzekerden die zeggen niet te roken of te drinken. Dat soort produkten hebben wij niet, omdat de correlatie met ziektekosten niet is aangetoond. Als je kon zeggen: als je niet rookt en niet drinkt en elke dag vijf kilometer loopt, dan maak je geheid minder gebruik van de gezondheidszorg - dan lag het anders. Omgekeerd zegt de medische stand dat mensen die veel roken, eten en drinken, weinig aan sport doen en veel zitten, een verhoogde kans hebben op een hartinfarct of zo. Als je wat wilt doen aan het voorkómen of beperken van ziektekosten, dan moet je gezond gedrag stimuleren.'

vervolg op pagina 12

Foto: Mark Kohn

Maar er zijn tegengeluiden, ook onder verzekeraars zelf. Nadruk op fitness zou de aandacht wel eens kunnen afleiden van de zaken waar het écht om gaat in de gezondheidszorg. En bovendien: horen fitness en leefstijl niet tot de persoonlijke leefsfeer van mensen, waar bedrijf noch verzekeraar iets te zoeken hebben? Op een bijeenkomst in de Balie in Amsterdam, eind vorig jaar, vlogen Tom Roos, directielid van de OHRA, en Eelke van der Veen, algemeen directeur van ZAO-Zorgverzekeringen, het Amsterdamse ziekenfonds, elkaar over het onderwerp in de haren. TGP ging apart met hen praten. En merkte dat hun verschil in visie op leefstijl en preventie niet persoonlijk van aard is. Het heeft alles te maken met de verschil/ende positie van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars in de gezondheidszorg. Althans, in die van vóór Simons.

EELKEVAN DER VEEN, DIRECTEUR ZAO ZORGVERZEKERINGEN:

IDE NADRUK OP DIE LEEFSTIJLACTIVITEITEN VERDOEZELT WAAR HET WERKELIJK OM GAAT IN DE GEZONDHEIDSZORG[1]

Is preventieve zorg verzekeringstechnisch wel interessant?
'Financieel gezien absoluut niet, want hoe langer mensen leven hoe duurder ze worden. Ik zeg dat zo omdat preventie altijd onmiddellijk gekoppeld wordt aan allerlei financiële voordelen. Openbare gezondheidszorg en alle collectieve preventie vind ik een specifieke overheidstaak. Bij de meer individueel gerichte preventie zie ik wel een rol voor verzekeraars. In de ziekenfondswet zitten ook verstrekkingen die een preventief karakter hebben. Goede huisartsenhulp bijvoorbeeld. Wij zijn bezig met alarmeringssystemen voor bejaarden en gehandicapten thuis.

/Wij zijn een regionale sociale zorgverzekeraar en vinden dat de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen gewaarborgd moet blijven/

Het is ook preventief dat iedereen goede toegang heeft tot de gezondheidszorg. Wij zijn een regionale sociale zorgverzekeraar en vinden dat de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen gewaarborgd moet blijven. In Amsterdam is dat nogal iets omdat we qua risico het slechtste verzekerdenbestand hebben van heel Nederland. Ook het aanbod aan voorzieningen wijkt ver af van het landelijk gemiddelde. Dat maakt dat we duur zijn. We willen ons zo gedragen dat ook die slechte risico's toegang blijven hebben tot de gezondheidszorg. Daar zit iets preventiefs in. Je wilt zorgen dat mensen niet vanwege financiële barrières later in het gezondheidszorgsysteem komen dan gewenst is.
Het begint al bij de toegankelijkheid van onze eigen organisatie. Onze kantoren zijn vooral gesitueerd in buurten waar veel slechte risico's wonen. Dat kost ons zo'n drie à vier miljoen gulden per jaar. Als we we die kantoren zouden sluiten verdienen we geld en bovendien werpen we een barrière op voor die mensen die we commercieel gezien niet zouden moeten hebben. Die vier miljoen zouden we dan kunnen gebruiken voor activiteiten gericht op de hogere segmenten van het toekomstig verzekerdenbestand. Nou, dan kom je bij leefstijldingen terecht. Iemand uit de Pijp zal gemiddeld gesproken toch wat minder snel in fitnessprogramma's stappen dan iemand uit Amsterdam-Zuid. We willen ons niet profileren ten koste van de slechte risico's, die nou juist de gezondheidszorg het meeste nodig hebben.'

Mooi, die idealen, maar wat doet u om te voorkomen dat u straks de deuren moet sluiten?
'We kunnen ons niet onttrekken aan de concurrentie. Maar we maken het ons op korte termijn wel moeilijker door ons ook te blijven richten op de slechte risico's. Vooral omdat de hele nieuwe financieringssystematiek nog niet is afgestemd op het hebben van veel slechte risico's. Wij kiezen deze opstelling natuurlijk niet vanuit een soort onbegrepen idealisme om dan over een aantal jaren hier de deuren te moeten sluiten met het gevoel dat we toch ons best gedaan hebben. Financieel is Amsterdam heel ingewikkeld. Dat geldt niet alleen de gezondheidszorg, maar ook de politie, het onderwijs en volkshuisvesting. Amsterdam is geen

vervolg op pagina 13

Als het verband wel zou zijn aangetoond, zou dat dan wèl in de polissen tot uitdrukking komen?
'Nou, als duidelijk zou zijn dat wie niet rookt een lagere medische consumptie heeft, dan zou je daar een polis voor kunnen maken. Van de andere kant, iemand kan wel zeggen dat hij niet rookt, maar hoe weet je dat zeker? Ik geloof in de goedheid van de mensen, maar ik zou dat wel willen controleren. Afgezien daarvan kom je ook al snel in de discussie over differentiatie en solidariteit. Verzekeren gaat uit van de gedachte van solidariteit, iedereen draagt iets bij voor onvoorziene gebeurtenissen. Daar kan je in gaan differentiëren. Je kan je voorstellen dat iemand die bewust gezond leeft, zich afvraagt waarom hij premie zou moeten betalen voor iemand die er met zijn pet naar gooit en extra medische kosten dreigt te maken. Ik weet het antwoord ook niet, maar ik vind wel dat je de vraag kunt stellen.'

'Wij stimuleren een bedrijf om een personeelsbeleid te voeren dat gericht is op het fysiek welbevinden van de werknemers'

U zegt dat preventie als zodanig niet in de polissen zit. Wat biedt u de bedrijven dan wèl aan, waarom zouden ze met u in zee moeten gaan?
'Wij stimuleren een bedrijf om een personeelsbeleid te voeren dat gericht is op het fysiek welbevinden van de werknemers, zoals bedrijfsfitness, het ziekte-preventieplan, een bepaalde stijl van leiding geven. We geven zelf geen invulling aan die plannen, maar doen de werkgever daarover suggesties aan de hand. Het is aan de werkgever om zaken te doen met bedrijven die dat soort dingen aanbieden. Hij moet daar ook voor betalen. Sommige bedrijven zijn er niet in geïnteresseerd en willen alleen over ziektekosten praten. Nou, dan praten we alleen over ziektekosten.'

Is het denkbaar dat u in de toekomst meer druk gaat uitoefenen, bijvoorbeeld door een bedrijf dat wèl meedoet een lagere premie te geven, of juist door sancties als een bedrijf niet wil?
'Ik sluit dat niet uit, maar het is lastig en je moet de goede koers varen tussen differentiatie en solidariteit. Als een bedrijf zijn best doet en er worden aantoonbaar minder kosten gemaakt, dan zie ik niet in waarom het daar niet voor zou worden beloond. En als je een verband tussen leefstijl en gezondheid eenmaal kunt aantonen, kun je ook andere manieren bedenken om de leefstijl van mensen te beïnvloeden, buiten de werksfeer. Maar ik denk niet dat een werkgever zijn werknemers tot deelname aan dit soort programma's kan verplichten, gezien onze opvattingen over privacy en onze wetgeving. Daarom moet je mensen stimuleren en deelname aantrekkelijk maken. Bij ons vinden de mensen bedrijfsfitness leuk, ik vind het zelf ook leuk om met een aantal mensen bezig te zijn, op ritmische muziek. Al zal het niet iedereen aanspreken.

'Ik vind het zelf ook leuk om met een aantal mensen bezig te zijn, op ritmische muziek'

Heeft het programma binnen uw bedrijf invloed op ziekteverzuim en ziektekosten?
'We hebben kunnen aantonen dat de gemiddelde conditie van de deelnemers verbetert. Ook zien we een daling van het ziekteverzuim, maar ik ga hier niet wetenschappelijk beweren dat dat

komt omdat we met dat fitnessprogramma begonnen zijn. Daar is de tijd nog te kort voor. We hebben wel de overtuiging dat het positief werkt. Het maakt trouwens verschil of je als bedrijf een hal opent met apparatuur en zegt: ga je gang maar, of dat je het steeds onder de aandacht brengt van de mensen. Het bedrijf waar wij zelf mee werken, geeft gerichte begeleiding. Ze geven een krantje uit, er zijn wedstrijden, er komt aan het eind van het jaar skigymnastiek, er is een runnersclub van mensen die op bepaalde tijden buiten hardlopen. Dàt plus het feit dat we gegevens vastleggen, en weten hoe de deelnemersgraad is, maakt dat je veel meer sturing hebt.'

Kan de OHRA de bedriffsfitness koppelen aan het schadeverloop binnen de bedrijven?
'Dat is niet zo eenvoudig, omdat niet alleen de werknemer is verzekerd, maar ook de partner en de kinderen. En die zullen in de praktijk niet zo vaak aan het programma meedoen, omdat die fitness voor, na of tijdens het werk wordt gedaan. Daar heb je dus geen invloed op. Maar we moeten ons ook niet blindstaren op preventie. Primair zijn wij verzekeraar, en willen wij zo laag mogelijke schade hebben. We richten onze aandacht dan ook meer op het beheersen van die schade. Dat vind ik eigenlijk nog steeds de kwintessens van ons bedrijf.
In ons 'managed care'-concept proberen wij via overeenkomsten met zorgverleners het zorgproces te sturen. In onze statistiek ontdekken we bijvoorbeeld dat op één diagnose een waaier van verrichtingen volgt. Wij denken dat de ene verrichting effectiever zal zijn dan de andere, of minder zal kosten met hetzelfde effect. Als je daar vat op krijgt, dan doe je een geweldige stap voorwaarts in de effectiviteit van de gezondheidszorg.'

Hoe denkt de OHRA als landelijk werkende verzekeraar vat te krijgen op het zorgproces?
'Wil je het proces kunnen sturen, dan moet je een minimaal volume hebben. Daarom ook gaat de OHRA fuseren met een ziekenfonds. Zo'n combinatie is interessant als 'the best of both worlds'. De ziekenfondsen mogen dan wel de gelegenheid hebben de zorg in de regio te structureren, het is maar de vraag of ze daar voldoende gebruik van maken. Dat komt omdat ze tot nu toe onvoldoende geprikkeld werden, tot voor kort waren zij uitvoerders, geen ondernemers. Als verzekeraars zijn wij daarentegen steeds uitgedaagd om ons best te doen. De ziekenfondsen zijn ook niet in staat schadegegevens aan individuele verzekerden te koppelen, zoals wij. Omdat onze verzekerden door het hele land zitten, hebben wij landelijke gegevens. Ziekenfondsen houden gegevens bij per medewerker.'

vervolg op pagina 14

New York, maar het heeft de kenmerken van een metropool met alle bijbehorende problemen, ook in de gezondheidszorg.
Preventie is ook dat je zorgt dat voorzieningen zo goed mogelijk op elkaar aangesloten zijn zodat de patiënt krijgt wat hij nodig heeft en wil. Het ordenen van de gezondheidszorg kun je alleen maar op regionaal niveau doen. Want tachtig à negentig procent van de gezondheidszorg haalt de patiënt in de buurt. Wij kennen het veld goed in Amsterdam. In overleg met de zorgaanbieders kijken we nu hoe we de zorg nog kunnen verbeteren. En daarin onderscheiden we ons van vele andere verzekeraars en zeker van particuliere verzekeraars, die altijd al gewend waren om landelijk te werken. Wanneer wij landelijk gaan werken hebben we her en der verzekerden zitten. Daar kunnen wij niet zoals in Amsterdam samen met de zorgaanbieders aan de slag. Het stoort mij dat de winst die voortkomt vanuit die regiogedachte als een vanzelfsprekendheid wordt afgedaan.

Je moet een evenwicht tussen het zakelijke en het sociale zien te vinden. Dat is onze missie.

Het grote risico van de hele stelstelwijziging is een tweedeling in de gezondheidszorg tussen de goede en de slechte risico's. In een grote stad als Amsterdam gaat dat dan als eerste gebeuren.
Je kunt ervoor kiezen om los van je maatschappelijke verantwoordelijkheid je te richten op de goede risico's. Je kunt je focussen op die aardige leefstijldingen en zaken die veel meer aansluiten bij de goede doelgroepen. Dat is op korte termijn vanuit de organisatie bezien wellicht een aardig beleid. Maar het staat haaks op wat in de gezondheidszorg gewenst is en op de sociale traditie waaruit ziekenfondsen voortkomen. Daar kiezen wij niet voor. Het is goed dat ziekenfondsen hebben geleerd dat ze niet meer met de verplichte winkelnering te maken hebben. Het feit dat ze nu veel meer gedwongen worden na te denken over de wensen van de klant, is prima.
Wij zijn een samenwerkingsverband aangegaan met vier ziekenfondsen die op een zelfde manier willen werken. We vormen de zogeheten *Meander-groep* en vertegenwoordigen ongeveer twee miljoen verzekerden. Je kunt elkaars hulp en deskundigheid gebruiken, je profileren en je risico's beter spreiden. Maar, en dat onderscheidt ons van andere samenwerkingsverbanden, het uitgangspunt blijft die regionale autonomie op het gebied van de zorg.

Omdat we ook particuliere verzekeraar moeten kunnen zijn heeft de Meander-groep een samenwerkingsverband met Nationale Nederlanden gesloten om particuliere polissen op de markt te brengen, die het mogelijk maken dat loongrensoverschrijders bij ons verzekerd blijven. Die zullen we onder andere proberen te houden met produkten die men in het kader van de ziekenfondswet al gewend was. Op zich is het niet slecht om met produkten te komen die ook de betere risico's aanspreken. Het mag alleen nooit ten koste gaan van de toegankelijkheid voor slechte risico's. Je moet een evenwicht tussen het zakelijke en het sociale zien te vinden. Dat is onze missie.'

Het lijkt erop dat uw missie zich vooral vertaalt naar de structuur van de gezondheidszorg.
'Wij verwachten niet alle heil van de structuur, maar wij denken dat dat de gezondheidszorg meer ten goede komt dan de pure concurrentie. Concurrentie die zich richt op aardige leefstijldingen, daarbij is de aansluiting van voorzieningen in de gezondheidszorg niet zo belangrijk. De structuur moet uitgaan van wat de patiënt nodig heeft en van wat de zorgaanbieders kunnen realiseren. De gezondheidszorg zit op zich heel logisch in elkaar, ook het verstrekkingenpakket, heel substitutiegericht. Alleen is het erg in hokjes gedefinieerd. Het plezierige van de stelselherziening is dat je nu in staat bent om makkelijker voorwaarden te creëren waaronder die voorzieningen wat meer aansluiten.'

U investeert in het op elkaar aansluiten van voorzieningen. Andere verzekeraars liften gratis mee?
'Dat is een dilemma. Wij hebben bijvoorbeeld veel geld en energie geïnvesteerd in wachtlijstproblematiek. Met succes. Het is natuurlijk niet zo dat particulier verzekerden op de wachtlijst gezet worden en dat onze verzekerden het ziekenhuis binnengehaald worden omdat wij die investering gedaan hebben. Wachtlijstproblematiek los je alleen op op regionaal niveau, als verzekeraar in goed overleg met zorgaanbieders. Verzekeraars die daar niet in meedoen hebben het voordeel dat wij het geregeld hebben. Als je twee jaar geleden in verzekeraars land over regiovisie begon, lachte iedereen je uit. Ik merk in toenemende mate dat ook landelijk werkende verzekeraars zien dat ze wat moeten op regionaal niveau. Het is de meest logische ordening in de gezondheidszorg.'

Regiovisie, prachtig. Maar komt daarmee ook meer geld bij u? Via de normuitkeringen?
'Vanuit Amsterdam zijn wij, samen met de gehele Amsterdamse gezondheidszorg, momenteel druk bezig om aan te geven dat wij meer geld nodig hebben. Daar begrip voor vragen is lastig. Toch ben ik daar optimistisch over omdat we goed kunnen duidelijk maken waar en waarom die meerkosten in Amsterdam bestaan.
Indien er geen begrip zou komen voor de situatie in Amsterdam, dan zullen we de accenten in ons beleid moeten gaan verleggen. Ik heb twijfels over de werkbaarheid van het normuitkeringensysteem. Bij die normuitkering gaat men uit van risiconeutraliteit. Als je tot een sluitend systeem van normuitkeringen wilt komen moet je zo veel variabelen invoeren dat je een hele nieuwe bureaucratie gaat krijgen. Verzekeraars zullen gedrag gaan vertonen gericht naar die normuitkering. En dat is iets anders dan partijen in een gelijke marktpositie brengen.
Omdat wij zover afwijken van het gemiddelde komen we absoluut niet uit met de via dat systeem toegekende financiën. We hebben het hoogste percentage uitkeringsgerechtigden, het hoogste percentage alleenstaanden. Allemaal mensen die meer consumeren. We hebben overzichten waaruit blijkt dat het leeftijds/geslachtscriterium onvoldoende werkt.'

OHRA-DIRECTEUR ROOS:

De OHRA richt zich in de preventieplannen vooral op individuen. Terwijl je je preventie ook kan voorstellen als gericht op meer maatschappelijke veranderingen. Vanwaar die keuze?
'Om puur pragmatische redenen hebben wij het bedrijf als uitgangspunt gekozen, omdat dat voor ons het makkelijkst te besturen is. Het personeelsbeleid van een bedrijf is ook een collectief beleid. En al is het natuurlijk wel het individu dat aan fitness wil werken, die fitness, die pret, dat plezier, dat heeft ook een sociaal aspect. Je zit daar niet op je eentje, nee, je bent met z'n tienen, met z'n vijftienen bezig. Fitness is ook niet meer dan een onderdeel van het totale personeelsbeleid. Dat beleid begint met goede werkomstandigheden. Als wij zouden merken dat je het ziekteverzuim kan terugdringen door een bepaalde manier van ergonomie, dan zat ook meneer Ahrend in ons aanbod.'

Zit er aan de nadruk op fitness niet ook een medicaliserende kant, in die zin dat wat je eet, wat je doet, hoe je beweegt, vertaald wordt als: 'Is het wel goed voor mijn gezondheid?'
'In ons personeelsrestaurant hadden we een tijdje overal punten bijstaan: een kroket was zoveel punten en een broodje kaas of een appel zoveel. Om mensen op het gebied van voeding iets bij te brengen. Maar de keuze was en is aan hen zelf. Of het medicaliserend werkt in de zin dat mensen daardoor eerder naar de dokter rennen, daar heb ik geen bewijzen voor. Ik vind het nogal makkelijk geroepen. Ik denk ook dat wij over het algemeen redelijk nuchter zijn en niet zo snel vervallen in ongewenst en overdreven gedrag. Er worden hier heel wat kroketten weggestopt, hoor, tussen de middag! We willen alleen onder de aandacht brengen dat de fysieke kant meespeelt. Het alternatief is niksdoen.'

In hoeverre richt u zich met die filosofie toch op de 'goede risico's'?
'Binnenkort sturen wij al onze verzekerden die in de buurt wonen van een fitnessbedrijf van AFP (het bedrijf waar de OHRA zaken mee doet, red.) een brief om hen op het bestaan daarvan te wijzen. Wat ons betreft is fitness dus niet aan leeftijd gebonden. Nu al is 46 procent van de participanten bij AFP ouder dan veertig. Maar als gehandicapte ouderen óók aan sport willen doen, dan moeten er voorzieningen komen in verpleegtehuizen. En in dat circuit spelen wij geen rol. Je kunt natuurlijk wel argwanend zijn, maar je moet ook kijken naar het speelveld waarbinnen wij nu nog opereren. De bejaardenzorg, de zwakzinnigenzorg, die zitten daar gewoon niet in. In het nieuwe stelsel kan dat wel eens anders zijn.'

ZAO-DIRECTEUR VAN DER VEEN:

Even terug naar leefstijl. Het verwijt klinkt wel dat allerlei zaken die strikt gezien niet thuishoren in de gezondheidszorg, zoals de leefstijl van mensen, daar nu toch in worden ondergebracht. Terecht?
'Die leefstijldingen daar is op zich niets tegen. Alleen je moet voorkomen dat de nadruk op die leefstijlactiviteiten ten koste gaat van waar het werkelijk om gaat in de gezondheidszorg. Je moet bovendien voorzichtig zijn met die leefstijlontwikkeling omdat voor je het weet in vragen terechtkomt wiens schuld het is dat iemand ziek is. Dat is een hele ingewikkelde discussie.'

Er wordt steeds meer bekend over de invloed van leefstijlelementen. Mogen de verzekeraars daar nu ook consequenties aan verbinden zoals bonussen, kortingen, uitsluitingen van verzekeringen?
'Als er echt een lineair verband bestaat tussen je gedrag en later optredende mankementen, dan mag je daar wel consequenties aan verbinden denk ik... Anderzijds, wat moet ik dan zeggen tegen iemand met aids? Er is een lineair verband tussen uw seksueel gedrag en aids, we betalen niet meer?
Een mens is nou eenmaal geen rationele machine. En als-ie zich irrationeel gedraagt dan is dat altijd in de termen van iemand anders, die definieert wat rationeel is.
Daarmee wil ik niet zeggen dat je mensen niet moet wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid. Er gebeuren dingen in de gezondheidszorg die een hele hoop kosten, die iets suggereren wat ze niet of onvoldoende waarmaken. Dan denk ik zowel aan sommige medisch-technologische ontwikkelingen als aan sommige vormen van alternatieve geneeskunde. De medische technologie is vaak gericht op zaken die maar een heel kleine toepassing vormen als het gaat om de kwaliteit van leven. Vaak met de idee dat je het eeuwige leven bereikt als je nou maar genoeg techniek in die gezondheidszorg sleutelt. De vraag is waardoor nou meer kosten gemaakt worden. Vanuit dat soort denken of vanuit het denken dat sommige mensen hun eigen verantwoordelijkheid niet helemaal goed nemen?
Ik kom er ook niet zo goed uit. Ik vind het keuzen voor de politici, die niet een onderdeel moeten zijn van het onderhandelingsspel tussen verzekeraars en zorgaanbieders. Het is prima dat de politiek zich met het plan-Simons bezighoudt, maar ik denk wel eens dat de politiek die discussies gebruikt om het niet te hoeven hebben over de basale vragen waar het werkelijk over gaat in de gezondheidszorg. Hoe ver gaan we? Wat bieden we nog aan? Het risico is dat de overheid denkt door "alles" over te laten aan het spel der maatschappelijke krachten, dat ze die vragen niet hoeft te beantwoorden.
Als er schaarste is dan moet de overheid iets doen in de verdeling. Of je daar dan leefstijl bij moet halen? Misschien zijn heel andere criteria denkbaar. Bij het schaarsteprobleem gaan normen een rol spelen. Leefstijlelementen zullen niet eens zo verschrikkelijk dominant zijn in de schaarstediscussie.
Als een overheid haar verantwoordelijkheid niet neemt dan zullen de betere risico's meer te vertellen krijgen over wat wel en niet kan dan de slechte risico's. De overheid is er om dat soort marktimperfecties te voorkomen.
De markt bestaat niet alleen uit het binnenhalen van de goede risico's. Marktgedrag wordt nogal eens zo uitgelegd. Markt dat zijn ook de slechte risico's. Ik ben bang dat er, zoals op de gewone markt, een bak dure garnalen komt te staan voor mensen met meer geld naast een bak goedkope garnalen voor degenen die minder hebben.'

Loek Siokx, arts, is als onderzoeker werkzaam bij het Nivel
Joost Visser is lid van de redactie van TGP.

COLUMN

MEDICALISERING, MEDICIJNEN EN MYSTIEK: EEN GORDIAANSE KNOOP

De meeste aandoeningen waannee mensen worden bezocht zijn 'selflimiting'. Dat betekent dat ze vanzelf overgaan. Dat weten we eigenlijk wel, maar we nemen er lang niet altijd genoegen mee. Vooral niet wanneer we zijn opgevoed door een buitengewoon zorgzame moeder. Wie denkt er niet, bij hoge koorts of pijn, aan vroeger, aan thuis? Wat deed moeder toen ik ziek was? Maakte ze een kruik? Stond ze met allerlei middeltjes klaar? En na hoeveel koortsvrije dagen mocht ik weer naar school? Generaties lang moet op blauwe plekken iets worden gesmeerd, wordt de hoest acuut bestreden met een donkerbruine, sterk geurende, lobbige hoestdrank, en wordt koorts de kop ingedrukt met aspirine.

Maar: die blauwe plekken gaan vanzelf weer weg, hoestdrank bestaat hoofdzakelijk uit suiker en water, en koorts boven 39 graden doodt het (griep)virus in je lichaam; dat te bestrijden maakt dat je juist langzamer beter wordt. Onnutte of averechts werkende rituelen worden hardnekkig in stand gehouden en op het volgende geslacht overgedragen. Behalve in gezinnen met praktische moeders, die afleidingsmanoeuvres toepassen bij kwetsuren en zeggen dat het allemaal vanzelf weer overgaat.

Laconiek opgevoed of niet, wie eenmaal in handen van het medische circuit komt, loopt groot gevaar te worden gemedicaliseerd. Een grote, gezonde groep uit onze samenleving is bijvoorbeeld gedoemd tot de dood bloeddrukpillen te slikken door de uitvinding - en toepassing - van de bloeddrukmeter. Maar hoge bloeddruk is geen ziekte, je merkt er niets van. Een gunstig effect van bloeddrukverlaging op de mortaliteit is alleen bij vrouwen aangetoond: bij hen leidt het slikken van die pillen tot minder cerebrovasculaire accidenten (geknapte bloedvaatjes in de hersenen; beroertes). Hartinfarcten bij mannen en vrouwen worden er niet aantoonbaar door voorkomen. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft stringente standaarden uitgevaardigd voor de toepassing van bloeddrukverlagende pillen: iemand met een onderdruk lager dan 105 mm kwikdruk hoeft volgens deze consensus niet aan de pillen. Desondanks behoren deze middelen, met vitaminen, tot de meest onnodig voorgeschreven geneesmiddelen in ons land. En als men één soort pillen slikt, volgen er al gauw meer.

Als men zich al niet door het medische circuit van geneesmiddelen laat voorzien, dan kan men altijd nog in handen vallen van de reclame, de sluikreclame, de advertorials of de gesponsorde tv-shows, en op eigen houtje middelen aanschaffen. Bij uitstek de lagere sociale klassen zijn het slachtoffer. Ter bestrijding van vermeende kwalen worden hun, via mazen in de wetgeving, knoflook, lecithine, gelatine, en afvalprodukten als algen, propolis (bijenstopwas), gemalen oesterschalen en fijngewreven eierdoppen aangesmeerd. Liever nog dan zich op zieke individuen te richten en kwalen te bestrijden, prijzen de producenten de veel en veel grotere gezonde bevolkingsgroep allerlei dubieuze middelen aan ter voorkoming van kwalen. Het voorkomen van verkoudheid en griep, kortom: het oppeppen van de 'winterweerstand', is een klapper van de eerste orde. Met de series homeopathische middelen voor vergeetachtige bejaarden, kwakkelende kinderen en met heupdysplasie behepte huisdieren is al wat ziek kan worden compleet 'afgedekt'. Bij de kopers van deze produkten vinden we veel mensen terug van de zorgzame-moedergroep. Juist hier ook vind je mensen die zeggen 'tegen medicijnen te zijn'. Zij zijn vaak tegelijkertijd aanhanger van de fyto- en homeopathie en vergeten dat de natuur soms de meest enge 'chemische' stoffen in planten heeft gestopt. Bij de kruidenier vertoont men dikwijls ook nog een voedseladditievenfobie en een halvaklantgedrag.

Hoe kan dat? Het heeft, behalve met opvoeding, te maken met intelligentie, weerbaarheid en een beetje kennis over het eigen lichaam, over ziekte en gezondheid. En met kunnen relativeren; een beetje afstand nemen - vooral van jezelf. Afwezigheid van dit soort vaardigheden kan - onder invloed van de steeds harder wordende reclame - leiden tot het idee dat ziek zijn niet hoeft; dat overal wel druppeltjes voor zijn; dat men, omdat men nu eenmaal premie betaalt, ook recht heeft op gezondheid. Het leidt vrijwel zeker tot medicalisering. Is het niet met gewone, dan toch zeker met 'alternatieve' middelen.

Sinds de Tweede Wereldoorlog wordt het complete geneesmiddelarsenaal om de tien, vijftien jaar volledig vervangen. Steeds worden weer nieuwe geneesmiddelen uitgevonden die worden aangeprezen vanwege hun hogere effectiviteit, of vanwege hun gunstiger 'bijwerkingenprofiel'. De grote doorbraken dateren van lang geleden. De gezondheid die de westerse samenleving in doorsnee heeft, wordt (macro) eerder veroorzaakt door de rond de eeuwwisseling verbeterde hygiënische omstandigheden en de uitbanning van infectieziekten door inenting, dan (micro) door enkele zinvolle geneesmiddelen die kleine populaties het leven veraangenamen (insuline) of infectieziekten kunnen bestrijden (antibiotica).

Medicalisering van de samenleving kan leiden tot een ongezonde afhankelijkheid van middeltjes. Anderzijds kan medicalisering - door irrationele factoren als geloof in geneesmiddelen, mystiek van het medische circuit en persoonlijke ijdelheid - juist bijdragen tot genezing. Medicalisering vormt een gordiaanse knoop van rituelen en belangen die sommigen veel geld oplevert, anderen veel geld kost, soms genezing geeft, soms het tegendeel,, en die voorlopig niet zal worden ontward. Omdat niemand daar belang bij heeft.

Frank Venema
openbaar apotheker te Groningen en lid van de redactie van het Pharmaceutisch Weekblad.

VERZEKERAARS, FITPLANCENTRA EN HET PLAN-SIMONS

Wynand van de Ven

Zorgverzekeraars zijn actief op het terrein van fitplancentra, leefstijlcentra en 'gezond leven'-programma's. Tijdens een bijeenkomst in De Balie in Amsterdam legde Wynand van de Ven uit waarom dat zo moet zijn. TGP vroeg hem zijn betoog op schrift te zetten. De conclusie is duidelijk: dat zorgverzekeraars zich steeds meer bezighouden met preventie heeft alles te maken met de stelselwijziging in de gezondheidszorg. Concurrentie vormt daarin een belangrijk element. De afgelopen jaren is een groot aantal veranderingen in de richting van gereguleerde concurrentie tot stand gekomen. Het 'point of no return' is begin 1992 gepasseerd. Betrokkenen in de gezondheidszorg - met name de zorgverzekeraars - beginnen zich dit in toenemende mate te realiseren en hun strategisch gedrag hieraan aan te passen.

Behalve de nadruk op concurrentie staat een tweede element centraal in de voorgestelde veranderingen volgens het plan-Simons: er zal een voor de gehele bevolking verplichte basisverzekering komen met een breed, maar sober verstrekkingenpakket en een grotendeels inkomensafhankelijke premie. Een belangrijk aspect van die basisverzekering is de zogenoemde 'functionele omschrijving' van de verzekeringsaanspraken. Verzekerden zullen hun rechten wat betreft de aard, inhoud en omvang van de zorg rechtstreeks aan de wet ontlenen. De overige aspecten van de zorgverlening - door wie, waar en onder welke voorwaarden de zorg wordt verleend - liggen vast in de individuele polissen. Ook ten aanzien van preventieve zorg zullen deze laatste aspecten in de polis nader bepaald kunnen worden.

POlIS-OP-MAAT

Dat gegeven nu vormt de eerste van drie mogelijke verklaringen voor de belangstelling van zorgverzekeraars voor preventieve activiteiten. Staatssecretaris Simons beschouwt polisdifferentiatie als een van de belangrijke onderdelen van de modernisering van het stelsel.' Verzekerden zullen op basis van hun voorkeuren, hun opvattingen over gezondheidszorg, hun leefstijl of levensovertuiging kunnen kiezen voor de ene of de andere polis, met de daarbij behorende voorwaarden omtrent de zorg (bijvoorbeeld: welke zorgverleners?; welke instellingen?) en de hoogte van de nominale premie.
Deze voorkeuren van verzekerden verschillen. De functionele omschrijving van de wettelijke aanspraken, de contracteervrijheid, de polisdifferentiatie binnen de basisverzekering en de aanvullende verzekeringen maken het zorgverzekeraars mogelijk daarop in te spelen. Als uit marktonderzoek of uit marktgedrag van de verzekerden blijkt dat er bij de klant behoefte bestaat aan zaken als fitplancentra, leefstijlcentra en 'gezond leven'-programma's, kunnen zorgverzekeraars daarop inspelen. Een heel scala aan polissen is dan denkbaar, bijvoorbeeld: de vrijheid-blijheid-polis, de medischetechnologie-polis, de pro-life-polis, de vrouwenpolis, de ontmedicaliseringspolis, de gezond-leven-polis, et cetera.' Het is aan de zorgverzekeraars om via marktonderzoek erachter te komen wat hun (potentiële) klanten willen, en te bepalen op welk marktsegment zij zich zullen richten.

PREVENTIE

Een tweede motief voor bemoeienis met preventie kan liggen in overwegingen betreffende de doelmatigheid van de zorg. Indien fitplancentra en dergelijke effectieve vormen van preventieve zorg zijn en in de toekomst besparingen opleveren op overige vormen van zorg, kan een zorgverzekeraar die deze activiteiten opneemt in zijn dienstenpakket, polissen aanbieden met concurrerende nominale premies. Cruciaal is derhalve de vraag: zijn fitplancentra en dergelijke (kosten-) effectieve vormen van preventieve zorg? Deze vraag is voor mij moeilijk te beantwoorden. Uit een recente, kleinschalige studie wordt de voorzichtige conclusie getrokken dat fitness-training een gunstig effect heeft op de ervaren gezondheid, het percentage lichaamsvet en het uithoudingsvermogen, en geen significante invloed heeft op enkele andere gezondheidsindicatoren (bloeddruk en serumcholesterol).' Over de kosten-effectiviteit zijn op basis van deze studie geen conclusies mogelijk.
Ook voor het overgrote deel van de reguliere zorg in het ziekenfondspakket ontbreekt overigens kennis omtrent de (kosten-)effectiviteit. Regelmatig hoor ik schattingen van deskundigen dat van meer dan de helft van de therapeutische en diagnostische verrichtingen in de gezondheidszorg de werkzaamheid niet is aangetoond. De commissie-Dunning is dan ook van mening dat aan patiënten en verzekerden onafhankelijke en kritische informatie moet worden gegeven bij het maken van keuzen in de zorg, zowel over de inhoud van de polis als over de mogelijkheden en beperking van zorgverlening: Deze aanbeveling heeft dus niet alleen betrekking op fitplancentra en dergelijke, maar op de gezondheidszorg in de volle breedte.

RISICOSELECTI E

Een derde motief van zorgverzekeraars om fitplancentra en dergelijke in hun dienstenpakket op te nemen, kan de overweging zijn dat hiermee verzekerden worden aangetrokken die een zogenaamd gunstig risico vormen. Een 'gunstig risico' is iemand voor wie de verzekeraar verwacht dat zijn/haar toekomstige ziektekosten lager zijn dan de nonnuitkeringen die de verzekeraar uit de Centrale Kas ontvangt. Wellicht zijn bijvoorbeeld de 'gezond-leven'-programma's vooral aantrekkelijk voor de mensen die al gezond leven, en niet aantrekkelijk zijn voor degenen die niet gezond (willen) leven. Of is een jaarlijkse check-up vooral interessant voor mensen die normaal niet met de gezondheidszorg in aanraking komen (de gezonden), maar niet voor mensen die voortdurend onder medische behandeling of controle staan (chronische zieken en andere risicogroepen). Indien de nonnuitkeringen slechts afhangen van enkele globale risicofactoren, vormen de gezonden een gunstig risico en de ongezonden een

Foto: Hans van den Bogaard/Hollandse Hoogte

ongunstig risico.
Thans ontvangen ziekenfondsen een normuitkering voor alle ziekenfondsverstrekkingen en ontvangen alle zorgverzekeraars (ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraar) een normuitkering voor de reeds gemoderniseerde zorgvormen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De normuitkering is gebaseerd op leeftijd en geslacht (en voor de AWBZ ook op verzekeringsvorm). Uit eerder onderzoek is gebleken dat bij dergelijke, globaal bepaalde normuitkeringen volop mogelijkheden tot profijtelijke risicoselectie voor de zorgverzekeraar bestaan.[6] Hoe dan ook, de nadelen van 'gunstig risico'-selectie zijn niet gering in termen van verminderde rechtvaardigheid, verminderde toegang tot 'goede kwaliteit zorg, verminderde (stimulans tot) doelmatigheid en maatschappelijke verspillingen.'[7]

Vormt de eventuele mogelijkheid van risicoselectie nu een argument om zorgverzekeraars te verbieden fitplancentra en dergelijke op te nemen in hun dienstenpakket? Mijns inziens niet. Hierdoor zou slechts één wijze van risicoselectie worden aangepakt. Er blijven dan nog vele andere manieren van risicoselectie over,' bijvoorbeeld via een slechte service aan chronisch zieken of via selectief adverteren. Behalve aan 'direct mailing' via gekochte adressenbestanden kan gedacht worden aan het deponeren van de eigen folders in de wachtkamer bij de tandarts - oudere mensen die nog hun eigen tanden hebben blijken relatief gezond te zijn - en het deponeren van de folders van de concurrent op de balie bij de apotheek (chronisch zieken komen hier zeer frequent). De meest effectieve manier om risicoselectie tegen te gaan is een zodanig verfijnd normuitkeringenstelsel dat risicoselectie niet profijtelijk is. Hoewel al jaren bekend is dat onvoldoende verfijnde normuitkeringen de achilleshiel van het beoogde stelsel vormen, heeft de overheid nagelaten hier voldoende onderzoek naar te (laten) doen. Mocht het zo zijn dat zorgverzekeraars die fitplancentra en dergelijke in hun dienstenpakket opnemen, aantrekkelijk blijken te zijn voor de zogenaamde gunstige risico's, dan gaat het niet aan met een beschuldigende vinger te wijzen naar deze verzekeraars, die in een concurrerende markt reageren op marktsignalen. Wel kan dan de overheid een hoge mate van nalatigheid worden verweten.

Noten

1. Tweede Kamer, 1992-1993, 22393, nr. 42, blz. 8,
2. W.P.M.M, van de Ven, 'De keuze is aan de verzekerde'. In: *Inzet,* november 1991, blz. 13-14.
3, P.P.C. Coffeng e.a., 'Heeft bedrijfsfitness invloed op de aan gezondheid gerelateerde fitheid van werknemers?'. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg,* 70 (1992), 631-636.
4, 'Kiezen en delen' (Aanbeveling 15: p. 70), Advies Commissie Keuzen in de Zorg, November 1991, DOP, Den Haag,
5. R.CJ,A. . van Vliet en W.P.M,M. van de Ven, 'Ziektekosten in het verleden: een verdeelcriterium voor normuitkeringen?'. In: *Openbare Uitgaven,* nr. 4,1991,154-161. .
R.CJ,A. . van Vliet and W,P,M.M, van de Ven, 'Towards a Budget Formula for Competing Health Insurers'. In: *Social Science and Medicine* 34 (1992), 1035-1048,
6. W.P.M,M, van de Ven en R.CJ.A. van Vliet, 'Welke gezondheidskenmerken opnemen in de normuitkeringenformule?'. In: *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 70 (1992),180-188.
7, W.P.M,M, van de Ven, 'Risicoselectie en zorgverzekering', In: *Economisch Statistische Berichten* 74 (1989), 477-482,

Wynand van de Ven is *hoogleraar sociale ziektekostenverzekering, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg Erasmus Universiteit Rotterdam.*

\\EDISCH THEATER-SCHRIJVER TOM DE KET:

IHET VERLANGEN NAAR GEZONDHEID KAN VERANDEREN IN DE PLICHT OM GEZOND TE ZIJN'

Karin Schaafsma

Op 20 maart a.s. gaat in het Amsterdamse Theater De Balie de voorstelling CORPUS INC. in première. Het verhaal gaat over Corpus Inc., een grote Amerikaanse firma die actief is op de markt van gezondheid en ziekte. Deze firma presenteert een nieuw produkt in Nederland. Het theater is daartoe veranderd in een medische beurs en het produkt dat wordt verkocht heet Medisch Theater.' fen interview met de schrijver Tom de Ket over de achtergronden van het stuk.

Kun je theater maken van gezondheidszorg? Televisie in ieder geval wel. Iedereen kent de series: *Medisch Centrum West, St. Elsewhere* en andere. Allemaal spelen ze zich af in een ziekenhuis, en dat is niet voor niets. Het ziekenhuis is de verzamelplaats van menselijk drama. Daar gebeuren de meest verschrikkelijke, maar ook de mooiste dingen, er wordt gestorven en geboren, gehoopt en gewanhoopt, gestreden tegen ziekte, tranen vergoten en meer van dat alles.
De theatervoorstelling *Corpus Inc.* behoort echter tot een ander genre. 'Allereerst ben ik op zoek gegaan naar een metafoor, een vorm om het stuk het best tot zijn recht te laten komen,' vertelt Tom de Ket. 'Ik zocht naar iets dat een aantal aspecten van de gezondheidszorg zou kunnen belichten. Dat zou een produktpresentatie kunnen zijn van een bedrijf dat zich op de een of andere manier bezighoudt met de gezondheidszorg. Dat bedrijf heeft iets nieuws te bieden. Door de opkomst van het New Age-gebeuren, de hele commercie daaromheen vooral, kwam ik op dat idee. Misschien kun je gezondheid inderdaad wel als een produkt zien. Een produkt waarmee mensen de boer op gaan. Gezondheid is zo'n belangrijk goed geworden, waarom zou daar geen concurrentie in bestaan? Waarom zou dat niet verkoopbaar zijn, iets wat bedrijven kunnen slijten?'

Tom de Ket
Foto: Ben van Duin

Corpus lnc. is de naam van een grote Amerikaanse organisatie die actief is op de markt van ziekte en gezondheid. Corpus Inc. introduceert op de Nederlandse markt voor het eerst het zogenoemde 'Medisch Theater Team'. Wat Medisch Theater is, hoe het werkt en welke doelen het dient, wordt gaandeweg het stuk duidelijk. Medisch Theater blijkt bepaalde effecten te hebben op het lichaam van de toeschouwer en dit biedt onverwachte medische mogelijkheden. Naarmate de voorstelling vordert, wordt echter tegelijkertijd duidelijk wat voor soort organisatie Corpus Inc. eigenlijk is. Waarbij de vraag of Corpus lnc. wel zo 'gezond' is, uiteindelijk niet kan uitblijven.

Het is jammer, maar veel meer over de voorstelling zelf prijsgeven kan niet. Het is het oude liedje, je kunt een stuk om zeep helpen door van tevoren de clou te vertellen. In ieder geval is het menselijk drama zeker niet afwezig in *Corpus Inc.*
Voedingsbodem voor het stuk is onze huidige cultuur, die aan gezondheid zoveel waarde toekent. De gemiddelde Nederlander vindt zijn gezondheid het belangrijkste. Vrienden, werk, huwelijk staan in de regel lager genoteerd. En om gezond te blijven - of te worden - joggen mensen of doen ze aan fitness, houden ze zich een tijdlang aan een bepaald dieet, drinken ze niet of weinig, laten ze het roken. Iedereen kan dit soort lijstjes dromen. Sporten is goed. Worteltjes eten ook. Een wandeling door de bossen voor de gezonde lucht. Geen vet en veel vitaminen.
Het verlangen naar gezondheid gaat gepaard met angst voor ziekte. Corpus Inc. speelt in op die angst. 'Ze spelen in op wensen die op het moment manifest zijn,' zegt Tom de Ket. 'Vooral de wens om altijd gezond te blijven. Fit zijn is heel belangrijk. De zekerheid dat je ziekte zelf zou kunnen voorkomen, dat is in feite wat Corpus Inc. aanbiedt.'
Corpus Inc. doet eigenlijk aan een vorm van angstbezwering: 'Een beetje overspannen. Het is ook de "laatste strohalm" - *get in control of your life.* Mensen willen het onbeheersbare beheersen. Mensen willen absoluut geen pijn hebben. De verbetenheid waarmee die strohalm wordt gegrepen. Volgens mij worden dat geen leuke mensen.'

Ergens ligt er een omslagpunt, ergens kan het verlangen naar gezondheid veranderen in de plicht om gezond te zijn. Jan Rolies beschrijft dit omslagpunt in zijn essay *Gezondheid: een nieuwe religie?:* 'De moderne mens wil zijn gezondheid niet alleen bewaren, maar ook doen toenemen, dat wil zeggen optimaliseren en maximaliseren. Zoals in de economie droomt men ook hier van een absolute groei, een absolute gezondheid ... Waarom? Het eenvoudigste antwoord hierop moet luiden: omdat gezondheid de grondvoorwaarde is om te leven, werken, genieten en te consumeren. Om te kunnen deelnemen aan het produktie- en consumptiecircuit moet de mens gezond zijn.'[2] Zeker op het moment dat de illusie bestaat dat medische technieken onze gezondheid kunnen 'verzekeren', ontstaat gemakkelijk ook de verplichting ons aan die technieken te onderwerpen. Het alternatief is namelijk gemarginaliseerd te worden, buiten 'het systeem' te vallen.

Het is deze mentaliteit die in *Corpus Ine.* wordt uitvergroot.. Tom de Ket: 'Corpus lnc. zegt: de ziekte zit in ons. En met behulp van technieken van Corpus lnc. kan iedereen die ziekte uitbannen. Die zekerheid bieden ze. Dus heb je zelf schuld wanneer je ziek wordt. Corpus lnc. gaat daarin ver. Zij beweren bijvoorbeeld dat het aangetoond is dat je het gegeven van een "verziekte" werksfeer vrij letterlijk kunt nemen. Dat mensen die ziek zijn ook een negatieve invloed hebben op de rest van de groep. Eén rotte appel kan de hele fruitmand verpesten. En zij van Corpus lnc. zeggen dat je daar met je wervings- en selectiebeleid wat aan kunt doen. Mensen screenen op hun leefstijl, hun leven controleren. Ze hebben een soort systeem, het "fitness checkpunten systeem", waarmee ze medewerkers kunnen toetsen op allerlei facetten van de gezondheid. Die punten tellen mee bij een eventuele promotie. Dat wordt dus allemaal met elkaar verbonden. Het normatieve daarvan vind ik verschrikkelijk. Die mensen bemoeien zich met alles onder het mom van gezondheid.'

Tom de Ket heeft zich voor *Corpus Ine.* door een aantal auteurs laten inspireren, onder anderen door de genoemde Jan Rolies, maar ook door *The Healing Brain. Breakthrough Diseoveries Ahout How the Brain Keeps Us Healthy* van Robert Ornstein en David Sobel: 'Ornstein en Sobel hebben zich verdiept in het zelfgenezende systeem van de mens. Ze hebben ook uitgebreid onderzoek gedaan naar placebo's. Zij zeggen dat de mens - ze hebben het meestal over de hersenen - over veel zelfregulerende systemen beschikt. Homeostasis is zo'n systeem, en temperatuurregulatie. Maar er zijn ook meer geavanceerde genezende systemen, zoals het vermogen van de hersenen om bepaalde stoffen aan te maken die goed zijn voor het lichaam. Ze hebben ontdekt dat het lichaam daadwerkelijk medicatie aanmaakt. Zoiets als een "interne apotheek". Ook de "boodschappendienst" is zeer geavanceerd, via het netwerk van de zenuwen komen die stoffen op de juiste plaats in het lichaam. Het zijn stoffen die pas recentelijk ontdekt zijn, bepaalde endorfinen, waarvan zij nooit wisten dat die bestonden. Ornstein en Sobel vertellen veel over hoe dat systeem te beïnvloeden is: door stress, door suggestie, door geloof, door het weer, door van alles. Voor *Corpus Ine.* heb ik de theorieën van Ornstein en Sobel gebruikt. Ik heb ze alleen wat verhaspeld. Het is bijvoorbeeld intrigerend dat men van placebo's niet weet hoe die precies toegepast kunnen worden. Bekend is dat een prachtige grote witte pil werkt, een heel klein fel geel pil-

Corpus INC

CORPUS INC. IS TE ZIEN IN

Theater De Balie in Amsterdam op

17, 18, 19	maart	try outs
20	maart	première
24 t/m 27	maart	
31	maart	
1 t/m 3	april	
7 t/m 10	april	

Voorlopige speellijst tournee:

13 april	Theater Romein Leeuwarden
14 en 15 april	Grand Theatre Groningen
17 april	De Muzeval Emmen
20 april	Witte Theater IJmuiden
24 april	De Kring Roosendaal
26 en 27 april	Toneelschuur Haarlem
28 april	Toneelacademie Maastricht
29 april	AMC Amsterdam
1 mei	LAK Leiden
3 mei	Odeon Zwolle
5 en 6 mei	Schouwburg Rotterdam
10 en 11 mei	Plaza Futura Eindhoven
12 en 13 mei	Academietheater Utrecht
14 mei	Vrijhof Enschede
16 mei	O42 Nijmegen
18 en 19 mei	Roestbak Almere
21 mei	Lieve Vrouw Amersfoort
22 mei	Schouwburg Arnhem
25 mei	Circle Studio Dordrecht
26 en 27 mei	Korzo Den Haag
28 mei	Bibliotheektheater Middelburg
29 en 30 mei	Bis Den Bosch

letje schijnt het ook goed te doen. De manier waarop een placebo wordt toegediend heeft effect. Met grote stelligheid beweren dat dat pilletje nieuw is, bijvoorbeeld. Maar het is nog onduidelijk hoe je op een exacte manier gebruik zou kunnen maken van placebo's.'

'Ik heb me wel eens afgevraagd wat je niet allemaal ondergaat, wanneer je een hartoperatie krijgt. Dat is een heel spektakel. Een enorm ritueel. Je wordt binnengereden, deuren klappen open, alles bliept, pompt, je ligt daar aan slangen en apparatuur. De artsen hebben witte of groene jassen aan, ze hebben titels, dat weet je, en die titels zijn belangrijk. Ze hebben schitterende instrumenten. Tijdens de operatie word je opengesneden, je hart wordt eruit gehaald, het wordt er weer ingezet. Wàt een theatraal gebeuren! Dat theater heeft invloed op je: placebo-effect..

'Mensen zoeken ontzettend veel heil in de medische wereld, in de mogelijkheden van de techniek. Maar die is beperkt. En dat wordt niet geaccepteerd. Daarom wordt er nog steeds veel geld uitgegeven aan de ontwikkeling van nieuwe technologie. Gisteren nog zag ik zo'n programma over plastische chirurgie op de tv. Er zijn veel van dat soort programma's, mensen vinden het prachtig. Medisch *infotainment.* En griezelen is het ook. Een close-up van zo'n hand die helemaal open ligt. Misschien zou je veel beter geld kunnen besteden aan ander onderzoek. Goed, gedegen onderzoek naar ziekteverschijnselen. Naar werkverhoudingen, problemen in grote steden, toekomstverwachtingen. Aan de sociale aspecten en oorzaken van ziekte wordt niet veel aandacht besteed. Ik denk dat wanneer het over keuzen in de zorg gaat, dat een vrij verwaarloosd gebied is. Daar gaat het toch nooit over? Wat voor belang zou de medische lobby er ook bij hebben om van ziekenzalen gymzalen te maken? Om maar niet te spreken van de enorme belangen in de farmaceutische industrie, ieder jaar komen er weer nieuwe produkten, net als nieuwe auto's.'

En terwijl de auto's voorbij blijven komen, breken we het gesprek af. Intussen wordt van de tekst van Tom de Ket theater gemaakt. *Corpus Inc.* krijgt vlees en bloed. De repetities zijn net begonnen.

Noten

1. De voorstelling komt uit het kader van 'De tuin van pijn en hoop', een project over gezondheid en gezondheidszorg dat nu al ruim anderhalf jaar gaande is in De Balie.
2. Jan Rolies (red.) *De gezonde burger,* SUN, Nijmegen, 1988, p. 12.

Karin Schaafsma is programmamaker van De Balie

COLUMN

LEEFSTIJLPARANOIA

Ingrid van de Vegte

Ik ben een zeer zelfstandig individu. Ik maak keuzen, ben gesteld op privacy en zeer gevoelig voor trends. Ik hou me bezig met het goede, ja het gezonde leven. Daartoe staan me cursussen ter beschikking' trends om te volgen of af te wijzen, therapieën. Soms houd ik me aan een dieet, doe aan sport of slik extra vitamines. Ik rook en ben me daarvan al te bewust. Alcohol bij speciale gelegenheden, al is het dagelijks. Ik ben alert op lichamelijke verschijnselen en gevoelig voor milieu-invloeden. Ik beslis zelf wat te lezen, waar te wonen, wanneer te werken. Al met al een leefstijl van een bewust individu, dat zich liever niet betutteld waant door overheid, werkgever of massamedia.
Velen die minder goed af zijn dan ik, missen wel eens een trend. Met minder ontwikkeling en minder ontplooiingskansen komen zij minder aan leefstijlkeuzen toe; lang niet iedereen versterkt zijn identiteit met iets als gezonde voeding. Het uiterlijk van een nieuw model auto kan belangrijker zijn dan het milieu-effect..
De Nederlander die minder toegang heeft tot moderniteiten op het niet-materiële vlak kan nog een grote ontwikkeling doormaken. Daar wordt aan gewerkt.. Hij krijgt toegang tot cursussen ter zelfontplooiing, tot informatie over leefstijl en gezondheid via de televisie en het werk.
Het wordt te massaal.. Grote groepen in bedrijfsfitness, landelijke antirookcampagnes op de televisie: te groot en te veel. Veel mensen als ik, van die zelfstandige types, vinden dat er een grens is bereikt.. Waarom nu?
Wanneer een trend bij de voorlopers is weggeëbd, raakt een veel grotere groep pas echt enthousiast.. Een grote groep die achteraan loopt. Het is leuk om zelf aan het begin van een trend mee te doen, maar als je de grote massa het ziet overnemen, gaat de lol eraf. Nu de massa gezondheid als te beïnvloeden grootheid ontdekt, wordt het voor ons minder interessant.. Verzekeraars daarentegen zien natuurlijk wel iets in grote groepen. Ik word al rokend misschien negentig; de groep rokers krijgt longkanker of hartklachten.

Veel aanbod op het terrein van leefstijl en gedragsverandering is gericht op het vergroten van de zelfstandigheid, bewust kunnen kiezen ten aanzien van gedrag, hoe moeilijk dat ook in de praktijk moge zijn. Leefstijl is die determinant van gezondheid waar individuen het meest direct iets aan kunnen doen. Als je telkens maar weer moet horen dat vele, moeilijk door jezelf te veranderen determinanten jouw gezondheidstoestand of die van je sociale groep bepalen, kun je goed moedeloos worden. Je kunt op een andere politieke partij gaan stemmen, een belangengroep vormen of het recht in eigen handen nemen. Misschien kom je zo ooit in een andere sociale groep, krijg je echt een nieuw huis met tuin in een buurt zonder gevaar en gif, krijg je werk dat ongevaarlijk is, goed betaald, zonder vroegtijdig gebroken in de WAO te belanden. Maar wat nu te doen, op korte termijn?
Waarom zou je je niet bezighouden met het verbeteren van je levensstijl? Het geeft mensen toch energie om te veranderen. Om een nieuw leven te beginnen: morgen. Het gevoel te hebben om iets te kunnen doen aan je situatie, te beginnen met je zelf.
Wij bewuste individuen zijn geneigd ons te verzetten tegen het fantoom van de 'leefstijlmaffia'. We hebben er zelf geen last van, doen precies wat we zelf bij onze eigen leefstijl vinden passen. Zouden we aan anderen dingen kunnen onthouden die we zelf tot ons namen of al weer achter ons lieten?

MISVERSTANDEN

Er spelen hier misverstanden.
Wij moderne mensen, die er vroeg genoeg bij waren om bij de trendsetters van de leefstijlkeuzes te horen, hebben de neiging dit individualisme af te keuren als het andere mensen betreft.. Bij de kritiek van bijvoorbeeld cultuurfilosofen en politici op het te ver voortgeschreden individualisme, kunnen we ons afvragen welke individuen aan het woord zijn.
Het is een misverstand te ontkennen dat leefstijl een rol speelt bij de ervaren gezondheid. Het verband tussen de leefstijl en gezondheid is net zo zwak of sterk als dat tussen de omgeving en gezondheid. Wellicht is de biologische of genetische component nog wel de sterkste en die is ook knap ongelijk verdeeld. Leefstijl speelt een rol, in samenhang met andere factoren.
Het is niet zo dat de druk van buitenaf veel sterker is dan weleer. We worden niet allemaal robotten die verplicht gezond gedrag gaan vertonen. De werkgever die bedrijfsfitness organiseert is veel schappelijker dan de fabrieksbaas van vroeger. Het is nog maar vijftien jaar gelden dat arbeiders in de steenfabriek, vanwege de slechte werkomstandigheden, drie keer daags op de werkplek een halve liter melk moesten consumeren.

We zijn er zelf nog bij. Hoeveel trekken we ons er nou eigenlijk van aan, van wat ongezond zou zijn en wat niet?
Iedereen heeft zo zijn eigen stokpaardje, de een rookt niet, de volgende drinkt alleen in het weekend, iemand anders zweert bij acht uur slaap, de volgende bij vitamine C, een enkeling vrijt altijd met condoom en fitness is het helemaal.. We doen allemaal wel eens iets voor onze gezondheid en we laten er misschien ook wel eens wat voor, hoewel dat al een stuk moeilijker is. Verder rommelen we allemaal maar wat aan. Het effect van welke leefstijlcampagne dan ook is gering, zeker op de lange duur.

Het is prettig je leven in eigen hand te nemen. Het is een illusie, maar wel eentje die we allemaal graag koesteren en die dus wel wat gedemocratiseerd mag worden.
Behalve als het misgaat, dan ligt het niet aan ons.

Ingrid van de Vegte is *redactielid TGP.*

MOEDER WORDEN, HOE VROEGER HOE BETER

Dymphie van Berkel

De gynaecoloog Te Velde' trok de aandacht met zijn oratie 'Zwanger worden in de 21ste eeuw: steeds later, steeds kunstmatiger'. Zijn boodschap luidt: er moeten maatregelen komen die vrouwen stimuleren hun kinderen op jongere leeftijd te krijgen. Het moet hun duidelijk gemaakt worden dat het uitstel van kinderen betekent dat zij onnodige risico's lopen. Kortom, een verstandige en verantwoordelijke meid krijgt voortaan haar kinderen op tijd.>

Zwanger worden op latere leeftijd wordt al langere tijd gezien als een risicovolle onderneming. De media hebben vrouwen de laatste tien jaar voorgelicht over het feit dat met het stijgen van de leeftijd van de moeder de kans op een kind met een chromosoomafwijking toeneemt. Het syndroom van Down is daarvan de bekendste en meest voorkomende. Al deze informatie was echter niet zozeer bedoeld om vrouwen te ontmoedigen op latere leeftijd te bevallen als wel ze te wijzen op het bestaan van medische technologie om deze afwijkingen op te sporen.
Verzekeraars en medici betreuren het dat in Nederland maar de helft van de vrouwen die op grond van hun leeftijd in aanmerking komen voor dit onderzoek, hiervan gebruik maakt. Zo veronderstelt de Gezondheidsraad dat 'gerichte informatie' het aantal vrouwen dat gebruik maakt van prenatale diagnostiek (PND) op kan voeren tot 85 procent.
De boodschap aan 35-plus-vrouwen is duidelijk. Zij dienen zichzelf op te vatten als personen die tot een risicogroep behoren en als zodanig behoort het tot hun verantwoordelijkheid de risico's zoveel mogelijk te beperken.
De zwangere vrouw ouder dan 36 jaar blijkt goed geïnformeerd over de risico's die zij loopt. Thomassen-Brepols vindt in haar onderzoek bij vrouwen die in aanmerking komen voor een vruchtwaterpunctie dat 97 procent van de vrouwen al eens gelezen of gehoord heeft van vruchtwateronderzoek, 85 procent voldoende weet om te beseffen dat zij zelf in aanmerking komen en dat 95 procent weet dat het syndroom van Down aangetoond kon worden met een punctie: Er valt dus voor Nederland een flinke discrepantie te constateren tussen geïnformeerdheid over de prenatale diagnostiek en het gebruik ervan.

SIMPEL ADVIES

Te Velde blijkt in zijn oratie niet zo'n voorstander van het gebruik van medische technologie om de problemen van de 35-plus-moeder op te lossen. Zijn advies aan vrouwen luidt simpelweg dat zij hun kinderen op jongere leeftijd moeten krijgen. Te Velde en andere medici signaleren een breed scala aan medische problemen die frequenter voorkomen met het stijgen van de leeftijd van de moeder: de vruchtbaarheid van vrouwen neemt af, miskramen nemen toe, er worden meer meerlingen geboren, meer kinderen met chromosoomafwijkingen, er zijn meer keizersneden en er is meer perinatale sterfte. Te Velde wijst daarnaast op het toenemend gebruik van hormoonpreparaten, onder meer voor IVF-behandelingen. Hij verklaart deze toename uit de stijging van de leeftijd waarop vrouwen moeder willen worden. Aangezien met de leeftijd ook de onvruchtbaarheid stijgt, neemt de vraag naar onvruchtbaarheidsbehandelingen toe. Het advies lijkt voor de hand liggend en een vooruitgang ten opzichte van de jaren tachtig waarin voor elk probleem wel een medische oplossing aangeprezen werd. Een kritische en terughoudende toepassing van allerlei technologie lijkt mij zeker een winst. Toch blijft het de vraag hoe groot het probleem eigenlijk is en hoe realiseerbaar het gegeven advies.

De leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen wordt gepresenteerd als een nieuw probleem. Inderdaad is de aflopen twintig jaar de gemiddelde leeftijd flink gestegen van 24,2 naar 27,6 jaar. Anno 1990 is nog geen vijf procent van de vrouwen rond haar 20ste al moeder. Bovendien krijgt vijf procent van de Nederlandse vrouwen hun eerste kind pas als zij de leeftijd van 35 jaar gepasseerd zijn.
Als wij echter over een langere periode kijken dan blijkt de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen hun eerste kind krijgen altijd vrij hoog geweest te zijn. Vrouwen die in 1870 geboren worden en hun eerste kind krijgen tegen de eeuwwisseling zijn gemiddeld ruim 28 jaar. Zestig jaar later is daarin maar weinig veranderd: vrouwen die geboren zijn in 1930 baren gemiddeld hun eersteling op hun 27ste. Pas daarna breekt een periode aan waarin de leeftijd daalt: vrouwen geboren in 1945 en 1950 krijgen hun eerste kind gemiddeld rond hun 25ste jaar. Daarna stijgt de leeftijd weer tot het huidige niveau van 27,6 jaar. Dat neemt niet weg dat de eerder genoemde problemen zorgwekkend zijn. Ook de redenen waarom vrouwen kinderen krijgen op latere leeftijd zijn anders dan destijds.

RELATIVEREN OF DRAMATISEREN

Gynaecologen wijzen vrouwen op hun afnemende vruchtbaarheid, de toenemende complicaties rond de zwangerschap en bevalling en de afnemende kansen op een gezond kind. Afhankelijk van wat men beoogt, kunnen de cijfers en gegevens die deze verschijnselen moeten documenteren eenvoudig gerelativeerd dan wel gedramatiseerd worden.
Een gezond kind ter wereld te brengen is afhankelijk van de kans om zwanger te worden en van het vermogen om de zwangerschap tot een goed einde te brengen. Dit vermogen neemt vooral af doordat het aantal miskramen stijgt met de leeftijd van de moeder. Tot het 35ste jaar bedraagt het percentage miskramen tien procent, tussen het 35ste en 40ste jaar twintig procent. Te Velde vat het Nederlandse en buitenlandse onderzoek over onvruchtbaarheid als volgt samen: tot aan haar 30ste is de maandelijkse kans van een vrouw op een gezond kind constant. Na haar 30ste begint haar kans af te nemen: in het 35ste levensjaar is de kans gedaald tot de helft en in het 38ste tot een kwart. Een veel getrokken conclusie is dat de helft van de vrouwen op 35-jarige leeftijd al onvruchtbaar is. Een andere formulering klinkt wat geruststellender: 35-jarige vrouwen doen er twee keer zo lang over om zwanger te worden. Als de helft van de 25-jarigen zwanger is binnen drie maanden, duurt het zeven maanden voordat ook de helft van de 35-jarigen zwanger is en dertien maanden voor de 38-jarigen.

Hoe zwaar moeten we tillen aan de reeks medische problemen die toenemen met de leeftijd van de moeder? Deels gaat het om medisch goed te reguleren problemen zoals zwangerschapssuiker en hoge bloeddruk. Andere problemen zijn ingrijpender zoals: doodgeboorte, perinatale sterfte, meerlingen, vroeggeboorte, zuigelingen-

sterfte en erfelijke afwijkingen.
Leg je de nadruk op de medische risico's die met de leeftijd almaar groter worden of stel je dat de meeste oudere vrouwen gewoon gezonde kinderen krijgen omdat de stijgingen gering zijn? De perinatale sterfte stijgt bijvoorbeeld van 10,I per duizend geborenen bij moeders jonger dan 25 jaar naar 12,4 bij 35-plus-moeders.
Tenslotte is er groter aantal keizersneden: 5,2 procent in de leeftijdsgroep van 25-29 jaar vergeleken met 9,5 procent in de leeftijdsgroep 35-39 jaar. Maar moeten ook deze cijfers niet met het nodige voorbehoud bekeken worden? Zoals vergelijkingen met het buitenland laten zien is het vaststellen van de noodzaak van een keizersnede nogal subjectief. Zwangerschap op hogere leeftijd vormt een medische indicatie en zoals onderzoeken keer op keer laten zien, hebben gezonde zwangere vrouwen die zich in het ziekenhuis laten opnemen veel meer kans op ingrepen dan vrou-wen die thuis bevallen. Ten slotte zou het zo kunnen zijn dat juist deze groep zelf vraagt om een operatieve ingreep omdat dit veiliger voor het kind zou zijn.

Mariene Dumas, Pregnant Image. Olieverfop linnen, 1988-1990
Couriesv Paul Andriesse, Amsterdam
Foto: Peter Cox

GOEDE REDENEN VOOR UITSTEL

In het voorafgaande is de noodzaak van een dringend medisch advies aan vrouwen om kinderen op jongere leeftijd te krijgen enigszins gerelativeerd. De beoordeling van risico's is een subjectieve zaak.
Maar het advies lijkt ook om andere redenen niet zo voor de hand te liggen en haalbaar te zijn. Vrouwen laten zich bij de planning van hun zwangerschappen niet alleen of zelfs niet op de eerste plaats leiden door medische risico's. Een deel van de vrouwen stelt haar zwangerschap eenvoudigweg uit omdat het haar ontbreekt aan een partner. Voor anderen geldt dat de zorg voor kinderen en arbeid moeilijk te combineren is. Ook Te Velde en collega's benadrukken overigens dat het niet hun bedoeling is vrouwen terug te sturen naar de keuken.
Maatregelen om de zorg voor kinderen en arbeid te combineren worden nog steeds uiterst traag genomen of zelfs weer teruggedraaid. Zo lijkt het voornemen te bestaan de stimuleringsmaatregel voor kinderopvang per I januari 1994 te stoppen, terwijl het op dit moment al duidelijk is dat geplande aantal van 49.000 kinderplaatsen niet gehaald zal worden. Vanaf de ingang van de stimuleringsmaatregel (januari 1990) tot eind oktober 1992 zijn er pas 20.000 nieuwe kinderplaatsen gerealiseerd. Maar zelfs als de voorwaarden beter worden, lijkt het mij zeer de vraag of vrouwen weer op jongere leeftijd kinderen wensen te krijgen. Vrouwen krijgen tegenwoordig nog maar een klein aantal kinderen. Bij twee kinderen duurt de periode van de meest intensieve zorg zo'n zes jaar. Vrouwen die stoppen met werken proberen vaak als hun jongste kind vier jaar is weer op de arbeidsmarkt terug te keren. Als vrouwen de keuze hebben, waarom zouden zij dan die periode van intensieve zorg samen laten vallen met de periode waarin zij bezig zijn zich een plek op de arbeidsmarkt te veroveren en te zoeken naar een geschikte partner en relatievorm?

Over het algemeen is 35 jaar het punt waarbij artsen problemen beginnen te signaleren. De gemiddelde leeftijd waarop vrouwen nu hun eerste kind krijgen, ligt daar nog ver onder. Op dit moment krijgt vijf procent van de vrouwen hun eerste kind na hun 35ste jaar. Maar deze groep zou kunnen toenemen als de trend zich in de toekomst doorzet en de gemiddelde leeftijd blijft stijgen. Maatschappelijke voorwaarden als deeltijdarbeid, ouderschapsverlof en kinderopvang zijn zeker nodig, niet zozeer om deze trend te keren maar hem dan in ieder geval te stabiliseren.
Een goede, niet gedramatiseerde voorlichting over de vruchtbaarheidskansen op latere leeftijd is noodzakelijk.
Maar waarom niet tevens benadrukken dat krijgen van kinderen op latere leeftijd nu eenmaal 'normaliter' meer tijd kost, dus voor alles ook een kwestie van geduld is. En wat de overige medische risico's betreft, Nederland is dan wel een land met een hoge gemiddelde leeftijd van de moeder, maar tevens met een zeer lage sterfte rond de geboorte.

Noten

1. Te Velde, *Zwanger worden in de 21ste eellW: steeds later, steeds kunstmatiger,* Oratie, Universiteit van Utrecht, 1991.
2. G. Beets en P. Verloove-Vanhorick, *Een slimme meid regelt haar zwangerschap op tijd,* Swets en Zeitlinger, Amsterdam/Lisse, 1992.
3. Nederlandse Gezondheidsraad, *Wetenschap en maatschappij. Over de mogelijkheden en grenzen aan erfelijkheidsdiagnostiek en gentherapie,* Den Haag 1989.
4. L.J. Thomassen-Brepols, *Psychosociale aspecten van prenatale diagnostiek,* Pasmans bv, Den Haag, 1985.

Dymphie van Berkel is *Universitair Docent aan de Universiteit Utrecht, Vakgroep ontwikkelingspsychologie, werkgroep vrouwenstudies.*

VERPLEEGKUNDIGEN MOETEN HUN KEUZEN IN DE ZORG VEROVEREN

Annemiek Meinen

Sinds het rapport van de commissie-Dunning kunnen we niet meer heen om het vraagstuk keuzen in de zorg. Artsen, patiënten, verzekeraars, verpleegkundigen, iedereen maakt allang keuzen. Maar sinds Dunning is het een onderwerp van gesprek hoe die keuzen nu eigenlijk gemaakt worden en door wie. fen uitgelezen moment voor verpleegkundigen om duidelijk te maken dat zij daarin een belangrijke rol kunnen spelen. Vooral omdat de commissie-Dunning zegt dat bij het maken van keuzen de care (zorg) boven de cure (behandeling) gesteld moet worden.

Toch zijn de verpleegkundigen tot nu toe vrij stil geweest in het 'keuzen in de zorg'-debat. Terwijl toch juist de verpleegkundigen voortdurend met deze keuzen en de gevolgen daarvan geconfronteerd worden. Het zijn de verpleegkundigen die de patiënten begeleiden in het nemen van de zo moeilijke beslissingen over leven en dood, het zijn de verpleegkundigen die met behulp van steeds ingewikkeldere technologische mogelijkheden mensen langer in leven houden ...

Maar er gaat wat gebeuren: in maart en april vinden in vier regio's drie studiedagen voor docenten van aankomend verpleegkundigen over deze thematiek plaats en ook NU91 heeft plannen om zich in de discussie te storten. Een goed moment om eens van gedachten te wisselen met mensen uit de praktijk.

KEUZEN RONDOM HET BED

Pieter de Vente is hoofd van de verplegingsdienst in het Westfries Gasthuis in Hoorn. Hij spoort de verpleegkundigen in het ziekenhuis aan om wat minder te rennen en wat meer te gaan zitten, bij de patiënt of achter het bureau om de zorgplannen door te nemen.

'Bewust omgaan met keuzen is bij verpleegkundigen nog niet echt ontwikkeld. Als er bijvoorbeeld een spoedopname komt gaat iedereen onmiddellijk rennen en verliezen ze de rust om met patiënten te praten. Ik vind dat rennen een keuze, al zullen zij het niet zo ervaren. Het gaat om een manier van kijken naar je werk, om het stellen van prioriteiten en het omgaan met tijd.'

De keuzen rondom het bed zijn een inherelt onderdeel van de dagelijkse praktijk van iedere verpleegkundige. Het kunnen keuzen zijn ten aanzien van het verpleegkundig handelen (de wens honoreren om iemand op een andere zaal te leggen, niet om zes uur te wekken) en keuzen die gaan over de medische behandeling (vormen van anesthesie, medicatie, wel of niet doorbehandelen). Maar hoe maak je die keuze, waarop baseer je je, wat is je rol als verpleegkundige?

Simone Arbeel, stafverpleegkundige kwaliteitszorg bij de regionale kruisvereniging West-Friesland: 'We hebben allemaal de theorie van Orem geleerd: "Ieder mens is van nature bereid en geneigd om voor zichzelf te zorgen ...". Op basis hiervan vinden we de zelfredzaamheid van patiënten heel belangrijk en daarom doen we aan "handen op de rug"-verpleegkunde: mensen zelf laten doen wat ze nog enigszins kunnen. Maar ik heb gemerkt dat het idee dat mensen zo graag zelfredzaam willen zijn ten eerste niet waar is en ten tweede ten koste kan gaan van andere zaken. Je kan tegen een reumapatiënt bijvoorbeeld zeggen dat hij of zij zichzelf zo lang mogelijk zelfstandig moet wassen en aankleden. Maar als wassen en aankleden zoveel energie kost dat iemand de rest van de dag 'totalloss' is dan doe je tekort aan de kwaliteit van leven. Dan kan je beter die patiënt helpen met wassen zodat hij zijn energie kan gebruiken om andere dingen te doen, zoals uitgaan of bezoek ontvangen. Dat vind ik een belangrijke verpleegkundige keus.'

ETHISCHE DILEMMA'S

Verpleegkundigen hebben ook te maken met keuzen over medische behandelingen. Alleen al door het feit dat ze de mensen moeten verzorgen na een medische ingreep. Pieter de Vente: 'Veel verpleegkundigen ervaren keuzen op dit terrein als ethische dilemma's. Bijvoorbeeld bij de toepassing van medische technologie: ga je wel of niet door met behandelen? En dan zie je vaak dat de mening van de medicus diagonaal tegenover die van de verpleegkundige staat. De medicus laat zich leiden door wat kán, terwijl de verpleegkundige kijkt naar wat menswaardig is.

Nu kan je bij ons in het ziekenhuis dergelijke vragen aanzwengelen bij de verpleegkundig teamleider, die het weer zal bespreken met de behandelend specialist. Maar de arts neemt de eindbeslissing.' 'Bovendien,' vult Simone aan, 'hecht een patiënt nog steeds meer waarde aan de argumenten van de arts dan van de verpleegkundige. Dit maakt dat de verpleegkundige vaak in een lastig parket terechtkomt en als "verlengde arm" keuzen van de arts moet uitvoeren waar hij of zij wellicht niet achter staat.'

PLEITBEZORGER

Zowel Pieter de Vente als Simone Arbeel vindt dat verpleegkundigen te allen tijde de patiënt als uitgangspunt moeten nemen bij het maken van keuzen. De verpleegkundige is in relatie tot de arts als het ware de pleitbezorger van de patiënt. Pieter de Vente: 'Het komt natuurlijk voor dat een patiënt iets wil dat de verpleegkundige niet zo ziet zitten. Veel patiënten medicaliseren, terwijl verpleegkundigen de mens als totaal proberen te zien en de ziekte ook plaatsen in de sociale omgeving van de patiënt. De meeste patiënten hebben daar geen boodschap aan. Ze willen een behandeling, punt uit. Je kan dan nog als verpleegkundige informatie geven en uitleggen waarom je er anders over denkt maar dan houdt het op.' De verpleegkundige moet de wens van de patiënt respecteren en daarnaar moet handelen.

Verpleegkundigen hebben in feite de rol van begeleider ten opzichte van patiënten en een adviserende rol tegenover artsen. In tegenstelling tot sommige andere landen hebben verpleegkundigen in Nederland in deze situaties bijna nergens nog een doorslaggevende stem. Uiteindelijk is de keuze die dan nog rest of je wel of niet ten opzichte van jezelf kan verantwoorden om een bepaalde beslissing uit te voeren.'

WERKDRUK

En hiermee komen we op het tweede niveau waarop relevante keuzen worden gemaakt voor verpleegkundigen: het instellingsniveau.

Simone Arbeel: 'De werkdruk in de thuiszorg wordt steeds groter, onder meer door de wachtlijsten voor verzorgings- en verpleeghuizen en de toegenomen wens van patiënten om thuis te overlijden. Het gevolg was dat verpleegkundigen aan het bed steeds vaker moesten gaan kiezen

tussen meer en minder tijdrovende behandelingen C.q. zorg. Een onmogelijke keuze, die natuurlijk veel spanningen opleverde. Daarom hebben we op organisatorisch niveau een aantal maatregelen gebezuinigd worden op de gesprekken met de patiënten. Maar ik heb bijvoorbeeld wel moeten schrappen in voorlichtingsactiviteiten. Ik hoop dat die weer uitgevoerd kunnen worden na de reorganisatie.'

Even gaan zitten bij een patiënt is ook een keuze
Foto: Ron Jenner/AbvaKabo

troffen om die keuzen aan het bed zoveel mogelijk bij de verpleegkundigen weg te houden. Wij hebben gekozen voor functiedifferentiatie, wat betekent dat de verpleegkundigen zich specialiseren. Zo hebben we verpleegkundige thuiszorg en jeugdgezondheidszorg onderscheiden. Binnen de groep verpleegkundige thuiszorg hebben we dan weer de specialisten in cara, in kanker en aids, in ouderen en psychisch-geriatrische problemen en gehandicapten. Zo hoeft niet iedereen meer alle literatuur bij te houden. En verder hebben we alle administratieve taken die wijkverpleegkundigen deden ondergebracht bij een regionaal aanmeldingspunt.'

Uit een recent onderzoek van het Nivel' blijkt dat de meeste kruiswerkinstellingen weliswaar nog geen wachtlijsten hebben - in tegenstelling tot de gezinsverzorging - maar dat dit vooral aan creatieve oplossingen zoals het bovenstaande te danken is. Zo kennen de kruiswerkinstellingen. blijkens het Nivel-onderzoek, ook nog andere manieren om de wachtlijsten te omzeilen: strengere indicatiecriteria stellen voor patiënten, een groter beroep doen op de onbezoldigde liethebbende naasten van de patiënt en de zogenaamde kaasschaafmethode: iedereen krijgt ietsje minder. Maar de meeste instellingen blijken, net zoals in Hoorn, in eerste instantie hun heil te zien in het schuiven met de overheadkosten.

Simone: 'Mijn prioriteit ligt bij het uitvoerend werk, als het aan mij ligt zal er nooit

IDEALISME

Het management kan dus een belangrijke voorwaardenscheppende rol spelen voor verpleegkundigen. Helaas werkt het niet altijd zo.

Pieter de Vente: 'Ik zie vaak dat net opgeleide verpleegkundigen, die terechtkomen in een "ouderwetse" werksituatie, snel geneigd zijn om niet meer vast te houden aan hun overtuiging en dus ook gaan rennen en regelen. Terwijl juist die nieuwe idealistische garde een belangrijke motor kan vormen in het veranderen van de zorgverlening. Maar als je helemaal geen medestanders hebt in de leiding van de organisatie, kun je het wel vergeten. Ja, dan raad ik ze toch aan om ergens anders te gaan solliciteren.'

De Vente ziet voor verpleegkundigen niet alleen een rol weggelegd in het veranderen van de zorgverlening in het directe contact met de patiënt maar ook in het veranderen van het ziekenhuisbeleid: 'Verpleegkundigen moeten zich meer gaan bemoeien met de investeringsbegroting van het ziekenhuis en zeggen: "Er gaat geen geld meer naar cure, maar naar care". En dan met voorstellen komen die voor de zorg van belang zijn zoals betere bedden, goede spreekkamers, gastenverblijven, brede bezoektijden, activiteitenbegeleiding... Verpleegkundigen moeten op instellingsniveau de belangen van de zorg vertegenwoordigen, wij zijn daar toch het meest in thuis!' En ze kunnen daarbij dan wapperen met het rapport van de commissie-Dunning.

MAATSCHAPPELIJK DEBAT

Zo komen we terecht op het laatste niveau van de keuze: de politiek. Hoe kunnen verpleegkundigen nu verder meedebatteren over de politieke afwegingen betreffende de (keuzen in de) zorg? Pieter de Vente is somber: 'We zijn zo versnipperd in allerlei groepjes en belangenverenigingen, we kunnen gewoon geen vuist maken. Neem dan Denemarken, daar is 95 procent lid van dezelfde vakbond.'

Simone Arbeel: 'Het is zo belangrijk dat verpleegkundigen zich meer met de politiek bemoeien. Maar dan stuit je op het probleem dat er veel vrouwen werken in de zorg, die naast hun baan nog vele andere verplichtingen hebben, zoals een gezin of ouders die hulp nodig hebben. Dat maakt het voor vrouwen moeilijk om zich ook nog eens politiek te gaan manifesteren. Maar we komen er wel, er worden steeds meer verpleegkundigen actief.'

WEINIG EN NOG MINDER

Blijf ik zitten met de vraag: valt er wel wat te kiezen? Oké: je kan als verpleegkundige kiezen om te rennen of te zitten (tenminste als je leidinggevende je die ruimte geeft) en je kan een rolletje verband meer of minder gebruiken. Maar zijn dit nu de keuzen waarover we het moeten hebben? Het zijn niet bepaald keuzen om trots op te zijn, ze geven eerder aan hoezeer verpleegkundigen onder druk staan en hoe weinig ze te kiezen hebben. De keuzen voor verpleegkundigen lijken voornamelijk te gaan over weinig en nog minder.

Bij keuzen voor medische behandelingen komt de rol van verpleegkundigen er al veel bekaaider af; ze kunnen hooguit adviseren. Hetzelfde geldt voor de keuzen op instellingsniveau (hoeveel verpleegkundig directeuren kent Nederland?) en bij de politieke besluitvorming zijn ze helemaal afwezig. In de commissie-Dunning was de verpleging niet vertegenwoordigd. En de net nieuw geïnstalleerde cornrnissie-Biesheuvel, die moet adviseren over de wijze waarop de medische hulp in het nieuwe stelsel opgenomen kan worden, lijdt al aan hetzelfde euvel. Het wordt werkelijk tijd dat verpleegkundigen de keuzen van medici, directeuren en politici gaan veroveren. Het rapport van Dunning, dat expliciet de care boven cure stelt bij het maken van keuzen, kan hiervoor een steun in de rug zijn.

* P.P. Groenewegen. A. Kerkstra en O.A. lansen, *Wachtlijsten in de thuiszorg,* Utrecht, Nivel, 1993.

Annemiek Meinen is projectleider 'Keuzen in de zorg, vrouwen 'n zorg' bij Metis en redacteur TGP.

DE SCHAARSTE IN DE GEZONDHEIDS-ZORG IS VOER VOOR ECONOMEN

Guus Schrijvers

*De landbouw, industrie en handel leverden economische begrippen en mechanismen aan de zorgsector. Begrippen als begroten, voorcalculeren en concurrentie. Maar wat heeft de zorgsector daaraan? Ze passen niet goed, meent professor Schrijvers. De zorgsector heeft zijn eigen economische begrippen. **

De traditie om jaarlijks een begroting op te stellen stamt af van de eeuwenoude landbouw. Voor een agrariër, die jaarlijks bepaalt welke produkten hij of zij verbouwt, is het zinvol per jaar inkomsten en uitgaven te schatten. Jaarlijks begroten is een minder efficiënte gewoonte ofwel instituut voor instellingen voor de gezondheidszorg. Van het ene op het andere jaar kan weinig veranderen. Een reorganisatie, een bezuinigingsoperatie duurt meestal een aantal jaren. Een zorginstelling is tegenwoordig meer gebaat met meerjarenafspraken, bijvoorbeeld met een convenant tussen staatssecretaris Simons en de Nationale Zorgfederatie.

In 1910 ontwikkelde de organisatiedeskundige Taylor het wetenschappelijke management voor de industrie. Hij gaf de aanzetten tot kostprijzen op grond van normen, standaarden of protocollen vooraf. Tijdens mijn studie economie heb ik daarmee geoefend door kostprijzen te berekenen voor kleding, bijvoorbeeld voor jasjes. Hierbij moesten wij uitgaan van onder meer een voorafbepaalde hoeveelheid stof per jasje en een gestandaardiseerd aantal arbeidsuren, ook per jasje. Dergelijke voorcalculatiemethoden maken dezer dagen hun entree bij tal van beroepsgroepen in de zorgsector. Protocollen komen tot stand voor de behandeling van patiënten, zoals diabeten en patiënten die een heupvervangende operatie ondergaan. Verzekeraars verwachten dat zij in de toekomst op basis van deze protocollen produktie-afspraken maken en betalen aan instellingen. De vraag is, of dat zo verstandig is. Immers de patiënt is geen confectie, waarvoor standaardkostprijzen te maken zijn. Het is verstandiger als verzekeraars instellingen voor een aantal jaren een globaal budget geven én de aanwezigheid van protocollen eisen: maar dan als waarborg voor kwaliteit van de zorg en niet als grondslag voor losse tarieven.

Concurrentie, zoals in de handel leidt bij aanwezigheid van veel aanbieders en een goed overzicht voor de consument tot maatschappelijk lage kosten. Voor de zorgsector gaat deze relatie niet op, ook al gebruiken velen termen als klant, markt en produkt. De patiënt heeft namelijk zelden een goed overzicht van het zorgaanbod. In de Verenigde Staten leidt de concurrentie tot een uitdijende markt met veel medische ingrepen per duizend inwoners. Over enkele jaren zal dit land zestien à achttien procent van het Nationaal Inkomen besteden aan de gezondheidszorg, dat is ongeveer het dubbele van dat in Nederland anno 1992. De drie hier genoemde, respectievelijk bepleite instituties - het jaarlijks begroten; de voorcalculatie per patiënt en de concurrentie - zijn afkomstig uit andere maatschappelijke sectoren dan de zorgsector zelf. Namelijk de landbouw, de industrie en de handel. Het gevolg is dat ze niet goed passen.

Omdat de schaarste in de zorgsector toeneemt: door de vergrijzing, het toenemen van het aantal chronische zieken en de groei van nieuwe medische technieken zoals orgaantransplantaties, is het creëren van een eigen economisch begrippenapparaat voor de zorgsector wenselijk. Immers de economische wetenschap bestudeert het gedrag van mensen bij schaarste. Ze heeft meer te bieden dan budgettechnieken, calculatiemethoden voor jasjes en concurrentierelaties zoals in de handel. Hieronder introduceer ik enkele begrippen en mechanismen, ontleend aan de kenmerken en de geschiedenis van de zorgsector zelf. Eerst enkele specifieke economische karakteristieken van de zorgsector.

TYPISCHE DIENSTENSECTOR

De zorgaanbieders in Nederland vormen een typische dienstensector, zoals het hotelwezen en de luchtvaart. Kenmerk van dienstverlening is het samenvallen van produktie, verkoop en consumptie, iets wat bij goederen niet gebruikelijk is. Zo wordt een auto (meestal) geproduceerd op plaats A, verkocht op plaats B en gebruikt op plaats C. Een arts daarentegen biedt zijn of haar behandeling aan de patiënt aan op plaats A, die de patiënt ter plekke afneemt (koopt) en ondergaat (gebruikt). Vanwege dit samenvallen is een dienst goed zichtbaar voor de gebruiker, ook al bestaat deze op zich uit menselijke handelingen en niet uit glanzend rood bespoten metaal op vier wielen voor de deur. Deze zichtbaarheid leidt in de dienstensector tot een tweedeling van de activiteiten. Ten eerste zijn er de voor de klant zichtbare handelingen aan het zogeheten front office, bijvoorbeeld de werkzaamheden van de verpleegkundige aan het bed. Ik zal deze werkzaamheden ook aanduiden met de term primair proces. Ten tweede bestaan er de back-office-bezigheden: bijvoorbeeld registratie, technisch onderhoud en management. Dit is het secundaire proces van de zorgverlening. De mensen aan het front office vormen het visitekaartje van een dienstverlenend bedrijf, zoals het consumentengoed (de auto, het wasmiddel) dat is van een industrieel bedrijf. De beeldvorming en het kwaliteitsniveau van de verleende dienst worden voor de gebruiker bepaald door wat voor hem of haar zichtbaar is: te weten de servicekenmerken zoals het bereikte, primaire effect; de bejegening, de wachttijd ter plekke en de ambiance waar dienstverlener en gebruiker zich bevinden.

Behalve door de indeling front office/back office onderscheidt dienstverlening zich van industriële produktie door een aantal andere kenmerken. Het ambachtelijke karakter maakt het niet goed mogelijk om van boven af (vanuit het back office) de dienstverlening precies te normeren en vooraf te calculeren. De moeilijke capaciteitsplanning noodzaakt vaak tot improvisatie en flexibiliteit, zeker nu de vraag naar zorg sneller toeneemt dan het aanbod. De onmogelijkheid van serieproduktie beperkt meestal de mogelijkheid van grootschalige automatisering en van het behalen van schaalvoordelen door grotere series te maken. Bij dienstverlening vragen vele kleine problemen om een oplossing. Hiervoor zijn vaak weer andere zorgverleners nodig. Een laatste kenmerk van de dienstverlening betreft het kwaliteitsbeleid. Dit is veel moeilijker te voeren dan in een industrieel bedrijf.

/:Jack-offtce-bezigheden van verpleegkundigen: de sc/triftelijke overdracht
Foto: Ron Jenner/AbvaKabo, '! Lange Land Ziekenhuis, Zoetermeer

Als de kwaliteit van een elektrisch apparaat aantoonbaar niet voldoet bij gebruik, dan is ruiling mogelijk. Maar als een medicinale kuur bij een patiënt niet aanslaat, krijgt deze zijn geld niet terug.
De hier besproken eigenschappen gaan op voor zowel de zorgverlening als voor andere dienstensectoren zoals hotelwezen en luchtvaart.
Zijn er nu ook specifieke kenmerken die de zorgverlening doen verschillen van andere dienstverlening?
AI sedert de oudheid treedt de professionele ethiek bij het zorgaanbod van medici naar voren. Men wordt geacht volgens de codes van het eigen beroep te werken. De klant is niet zonder meer koning. De vaak langdurige opleiding van vele ziekenhuismedewerkers versterkt nog weer eens het hanteren van eigen ethische normen en doelen. De aanwezigheid van die eigen doelen kan de zorgverlener aanmatigend en hovaardig maken in de ogen van de patiënten. Sommige patiëntenorganisaties prefereren daarom de termen hulpverlening en cliënt boven zorgverlening en patiënt.

EEN MISSIE

Die eigen doelen, professionele normen en ethiek hebben ertoe geleid dat zorgverlening in Nederland overwegend plaatsvindt vanuit non-profitorganisaties. Deze laatste term is wetenschappelijk onjuist. Zij definieert een verschijnsel op basis van een eigenschap die ontbreekt. Liever spreek ik daarom van een Organisatie met een Maatschappelijk Oogmerk (een OMO) ofwel met een missie.
Vanwege het ingeburgerde spraakgebruik zal ik ook de bestaande term non-profitorganisatie gebruiken. Aan zo'n organisatie zijn de volgende kenmerken te onderkennen: een maatschappelijk oogmerk; een kemmissie; de behoefte eigen beleid te voeren; interne kruissubsidiëring en besturing door burgers. Het maatschappelijk oogmerk is in de zorgsector van nu meestal gericht op het lenigen van bepaalde maatschappelijke noden in de gehele bevolking. Dit oogmerk reikt verder dan het leveren van specifieke diensten op verzoek van overheden of verzekeraars. De non-profitorganisatie zou dan een facilitair bedrijf worden, een verlengstuk van de betaler. Dan is zij echter geen OMO meer.
Als de maatschappelijke noden het hoogst zijn onder de minder weerbaren in de bevolking (psychogeriatrische patiënten?, chronische psychiatrische patiënten?) dan richt een non-profitorganisatie zich zelfstandig op grond van haar kemmissie op deze groep. De eigen kemmissie zal de non-profitorganisatie uitdrukken in een eigen beleid. Dit is meestal gericht op het benadrukken van de eigen identiteit, op de toepassing van eigen criteria voor toelating, behandeling en ontslag van patiënten, en op een specifieke inrichting van de eigen organisatie. De kruissubsidiëring betreft het intern overhevelen van financiële middelen van winstgevende naar verlieslijdende activiteiten. Ziekenhuizen lijden bijvoorbeeld verliezen op hun poliklinische activiteiten die zij compenseren met de positieve saldi op de verpleegafdelingen: de verpleegprijs is meestal circa twintig procent hoger dan de kosten per verpleegdag. Ambulancevervoerders lijden verlies op de spoedritten en de uitrukken 's nachts, die zij compenseren met de positieve saldi op besteld ziekenvervoer overdag. Denkbaar is dat een non-profitorganisatie aan bepaalde groepen patiënten meer dan de kostprijs van een bepaalde zorg in rekening brengt: een kruisvereniging zou 'thuiszorg eerste klas' kunnen aanbieden tegen meer dan de kostprijs, om daarmee een financieringsbron te creëren voor bijvoorbeeld gratis zorg voor daklozen. In Amerikaanse literatuur wordt dit laatste de Robin Hood-functie genoemd, naar de man die rijken beroofde om armen te kleden.

DOODSANGST

Indien mijn concepten front office/back office, eigen ethiek van zorgverleners en non-profitorganisaties passend zijn voor de zorgsector en die uit de landbouw, de industrie en de handel niet, dan heeft dat voor de politieke aansturing van die sector consequenties. Meerjarige convenanten zijn dan belangrijker dan budgetafspraken per jaar. Globale begrotingen waarbinnen de OMO haar eigen sociale missie kan waarmaken vormen dan een institutie in plaats van gedetailleerde produktie-afspraken tussen verzekeraars en

instellingen. Concurrentie wordt dan vervangen door organisatorische doodsangst: als een non-profitorganisatie haar missie niet waarmaakt, haar verantwoordelijkheden niet nakomt in de ogen van de samenleving, dan mag ze blijven bestaan, maar bestuur en directie moeten onder dreiging van een faillissement opstappen.
De indeling in front office en back office heeft ook consequenties voor de aansturing van de zorgsector. Veel schaalvoordelen lijken te behalen door middel van fusies: tussen kruiswerk en gezinsverzorging; tussen ziekenhuizen onderling en in de ouderenzorg. Altijd is duidelijk dat er voordelen zijn voor het back office: minder directeuren, stafafdelingen en afdelingshoofden zijn er meestal nodig na een fusie. Maar wat zijn precies de voordelen voor de verpleegkundigen achter de voordeur, aan het bed, in het instituut?
Het front office/back office concept heeft meer consequenties. Mij valt op dat de schaarstediscussie tegenwoordig vooral over het primaire proces gaat: wie mag wel en wie mag niet in een psychogeriatrisch verpleeghuis? Wat is verantwoord gebruik van zorg? Ook de trechter van Dunning betreft het primaire proces. De kosten van het back office raken hierdoor buiten beeld. Ik geef enkele voorbeelden van mogelijkheden voor efficiënter gedrag aan dit back office.

BEZUINIGINGEN

Verpleegkundigen besteden ongeveer twintig procent van hun tijd aan registratie voor een overdacht van het werk aan collega's die na hen komen. Kan dit percentage, letterlijk aan het back office, besteed omlaag? Moet echt alle informatie schriftelijk worden overgedragen?
Particuliere verzekeraars besteden per verzekerde tweemaal zoveel geld aan beheerskosten als ziekenfondsen. Dat komt onder meer omdat zij meer kosten voor reclame maken en meer geld kwijt zijn voor facturering per patiënt, per specialisme en per verrichting. Het stelsel van verstrekkingen-in-natura van de ziekenfondsen moet op termijn plaats maken voor het model van de particuliere verzekeraars. Is dat nou wel verstandig? Waarom moeten de kosten van het back office bij de ziekenfondsen tweemaal duurder worden?
Een derde voorbeeld. Wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg moet worden getoetst. En terecht. Dat gebeurt door de vakgroepen zelf, de faculteiten en soms door de subsidiërende instelling. Maar moeten allerlei adviesorganen én het ministerie van WVC deze toetsende arbeid nog eens overdoen?
Een laatste voorbeeld. Intramurale instellingen zouden back-office-fusies kunnen aangaan: hun opleidingen samenvoegen; hun inkoopafdelingen integreren. Hier is veel geld te besparen, omdat hier schaalvoordelen te behalen zijn. Waarom kunnen intramurale instellingen niet een gemeenschappelijk inkoopbureau opzetten?

CYCLI VAN VIER JAAR

Het uitgangspunt zou moeten zijn dat een non-profitorganisatie eerst aan het back office en daarna pas aan het front office bezuinigt. Of in beeldspraak: de trap van boven af schoonveegt. Toch zullen aan het back office de bezuinigingsmogelijkheden op een gegeven moment uitgeput raken. Dan komt het primaire proces in de schaarstediscussie aan de orde.
Ik ga hierop nu in. In het verleden is vaak getracht het primaire proces aan te sturen vanuit een samenhangend financieel stelsel. Dit zou de zorg toegankelijk maken voor iedereen en beheersbaar voor de financiers. Sedert 1904 zijn er pogingen voor dergelijke stelsels ondernomen. Wat opvalt, is het grote aantal financiële wetsontwerpen dat na discussie binnen en buiten het parlement wordt ingetrokken. De bewindslieden Kuijper (1904), Veegens (1906), Talma (1910), Aalberse (1920), Romme (1937), Joekes en Muntendam (1951), Veldkamp (1966), Hendriks (1975) en Van der Reijden (1986) beoogden allen wetten te introduceren om de financiering van de zorgsector beter te regelen. Zij moesten allen vroeger of later op hun schreden terugkeren. Opvallend zijn ook de lange perioden dat over de financiering wordt gesproken. Enkele voorbeelden: Van 1920 tot 1937 wordt over de ontwerp-ziekenfondswet van Aalberse gesproken, die in dat laatste jaar wordt ingetrokken. Na de oorlog duurt het tot 1964 voordat het besluit uit 1941 van de bezetter wordt vervangen door een parlementair aanvaarde ziekenfondswet.
Sinds de jaren zestig staan planning en financiering eerst rond Structuurnota en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (1974-1986) en daarna vanwege het advies van de commissie-Dekker binnen en buiten het parlement ter discussie. De laatste 25 jaar is er sprake van een vierjarige cyclus. Sedert Hendriks treedt er om de vier jaar een nieuwe bewindsman of -vrouw aan. Na een jaar bewind presenteert deze eerst een groot plan of een integrale wet: een volksverzekering (Hendriks), een radicale beddenreductie (Gardeniers), een drietrapsraket (Van der Reijden) en een plan-Simons (Simons dus). Na drie jaar bewind trekt deze het plan of de wet in of stelt het aanzienlijk bij. Na vier jaar vertrekt de betrokkene.

RECHTSTREEKS EN CONCREET

Vanuit deze eigen historie van de zorgsector pleit ik nu voor een rechtstreekse concrete aansturing van de primaire processen en niet voor totale structuurwijzigingen. Ik licht dit toe aan de hand van een voorbeeld, zonder te suggereren dat dat de grootste misstand van de gezondheidszorg vormt.
Gezondheidsraad en Nationale Raad voor de Volksgezondheid pleiten ervoor om specialistenhonoraria meer te baseren op gewerkte uren. Voor een ingreep die tweemaal zo lang duurt, is de dan het tarief tweemaal zo hoog. Op zich is deze gedachte aantrekkelijk. De vraag is, of er eerst hiervoor een totaal plan moet komen. Er zijn nu al extremen te veranderen. Zo ontvangen orthopaeden voor kijkoperaties in de knie, op uurbasis uitgerekend, een hoger honorarium dan voor heupvervangende ingrepen. Ook zonder totaal plan kan deze onevenwichtigheid uit het betaalsysteem verdwijnen. De principiële discussie wordt dan vermeden en vervangen door een praktische, concrete. Dit voorbeeld is er een uit vele: ze zijn ook te noemen uit de kring van thuiszorgorganisaties, andere medische specialismen en de ouderenzorg.

Thans vinden in Nederland bijna duizend projecten plaats van zorgvernieuwing. De meeste zijn gericht op het verbeteren van kwaliteit en efficiëntie van de primaire processen. Vele hiervan kampen met kleine tekortkomingen in de regelgeving. Ook vinden er veel discussies plaats over de kwaliteit van de zorg. Door de resultaten hiervan te benutten voor wijzigingen in de aansturing van de primaire processen, en intussen op het back office de efficiëntie te bevorderen, kunnen overheid en financiers respect tonen voor de eigen economische karakteristiek van de zorgsector: voor de indeling van back office/front office; en voor de non-profitorganisatie met een eigen sociale verantwoordelijkheid. Ook zouden zij dan lessen trekken uit het verleden en de vierjarige cycli doorbreken. Deze benadering zal de schaarste aan zorg niet oplossen, maar wel de discussie erover vrediger en met minder incidenten laten verlopen.

* Tekst van lezing, gehouden op de Hogeschool Midden Nederland, Leusden. Sommige passages zijn ontleend aan mijn boek *Zorgverlenen in de jaren negentig*, dat later dit jaar uitkomt.

Prof dr. A.J.P. Schrijvers is *hoogleraar Algemene Gezondheidszorg aan de Rijksuniversiteit Utrecht.*

COLUMN

MODERNE RELIGIE

Wie aan religie denkt, ziet onwillekeurig de contouren van een kerkgebouw opdoemen, ziet priesters of andere voorgangers en denkt aan de rituelen die het geloof een tastbare inhoud geven, zoals het bidden, de dienst, de biecht. Niemand associeert godsdienst of religie onmiddellijk met gezondheid en gezondheidszorg. Sterker, intuïtief zijn wij geneigd om gezondheid en godsdienst als twee geheel verschillende zaken te zien.
Ondertussen prijkt gezondheid of gezondheidsbeleving wel al jaren eenzaam aan kop in de metingen van het Sociaal en Cultureel Planbureau als het gaat om zaken die we belangrijk vinden in het leven. En - inderdaad - neemt de godsdienst op dezelfde ranglijsten voor steeds meer mensen een steeds minder belangrijke plaats in. Het lijkt erop alsof we met de secularisatie en de individualisering wat minder op god en wat meer op ons zelf zijn gaan letten.
De Utrechtse socioloog Paul Schnabel (die ik voor het jubileumnummer van het tijdschrift *de Helling* interviewde) trekt uit deze ontwikkeling de voor de hand liggende conclusie: 'Ons lichaam, onze gezondheid is de nieuwe god geworden. Gezondheid is de plaatsvervanger van de religieuze praktijk. Ons hele leven staat zo langzamerhand in het teken van overwegingen van gezondheid. Op alle fronten is ons leven onder een gezondheidsregime gekomen, het is een leefwijze geworden. Het roken is een mooi bewijs hoe gezondheidsbeleving veranderd is. Het is onwaarschijnlijk hoe snel het roken van een totale acceptatie als genotsmiddel verworden is tot een bezigheid die op grond van gezondheidsoverwegingen totaal verwerpelijk is. Gezondheidsoverwegingen kennen we en delen wij allemaal, je hebt kleinere en grotere gezondheidszondaars, maar dat en wanneer we zondigen dat weten we allemaal donders goed.'

In een moderne samenleving hebben gezondheidsbeleving en godsdienst dus alles met elkaar van doen. Alleen moet je niet de fout maken om godsdienst te reduceren tot de leerstellingen en praktijken van het christendom, met gure kerkgebouwen en strenge voorgangers. Onze gezondheidsbeleving neemt steeds nadrukkelijker de vorm aan van een soort geseculariseerde en geïndividualiseerde religie, met tal van elementen die de vergelijking met de ingrediënten van de klassieke religies goed kunnen doorstaan.
Neem bijvoorbeeld het plan van de ziektekostenverzekeraars Ohra en VGZ om zestig 'Fitplan-centra' in den lande te gaan oprichten, terwijl andere verzekeraars spelen met plannen voor wat ze noemen 'leefstijlcentra'. Het gaat hier om een voorzieningen voor aangesloten verzekerden waar aan de conditie gewerkt kan worden, waar men stress de baas kan worden, voedingsvoorlichting kan krijgen, kortom: waar men voor alle denkbare vormen van gezondheidsbewaking terecht kan.
Deze ontwikkeling gaat de kroon zetten op een proces dat van gezondheidsbeleving steeds meer een complete leefwijze maakt, net zo dwingend bijna als de klassieke religies een leefwijze voorschreven. Iedereen weet tegenwoordig de belangrijkste gezondheidsgeboden. Om er een paar te noemen: niet roken, gezond eten, goede nachtrust, niet overmatig drinken, geregelde lichaamsbeweging. En de huisarts, de hedendaagse uitdrager van onze nieuwe religie, neemt ons bij elk bezoek zo ongeveer meteen de biecht af. In het verlengde daarvan zijn al die fitnesscentra goed te vergelijken met het oude bijbelonderwijs en hebben de rondjes joggen waartoe de moderne gezondheidszondaars zich verplicht voelen nog het meest weg van de oude Oefening van Berouw die de pastoor of kapelaan vroeger tijdens de biecht de zondaar hardop liet uitspreken.
Hoe langer je erover nadenkt, hoe frappanter de parallellen worden. Wat vroeger de theologie was, is nu een heel leger van gezondheidskundigen, die met behulp van de meest geavanceerde apparatuur op zoek zijn naar de optimale trainingsprogramma's, voedingsgewoonten. De gezondheidstheologie heeft niets hoogdravends, ze houdt zich bezig met verzadigingspunten en verzuringsgraden.

Uiteraard kent ook de moderne gezondheidsgodsdient zijn schisma's. De grote gezondheidskerk, waarvan de medische wetenschap de dominante ideologie levert, kent een groeiend aantal afsplitsingen. Karin Spaink heeft vorig jaar een groot aantal van deze splitsingen samengebracht onder de naam 'orenmaffia' en 'kwakdenkers'. De gretigheid waarmee deze termen vervolgens werden overgenomen, roept herinneringen op aan het triomfalisme waarmee in het verleden afvalligen in de leer als 'heidenen' en 'ketters' werden gebrandmerkt en voor de Inquisitie gesleept. Tegenwoordig gaat het allemaal iets subtieler. De inquisitie wordt vandaag de dag gevormd door Koot en Bie, die 'irrationele' gezondheidsgelovigen met satire en spot hun plaats wijzen.
Sommigen vrezen dat de overheid en verzekeringsmaatschappijen zullen uitgroeien tot de echte moderne inquisiteurs die ongezond levende burgers zullen bestraffen met extra hoge premies en wellicht zelfs uitsluiting. Maar die vrees is ongegrond. De wijze waarop het moderne gezondheidsgeloof zich verspreidt is niet meer volgens dwang, maar volgens het internaliseren van normen.
Het betreft hier een mooi voorbeeld van Elias' civilisatietheorie en het vermogen tot zelfregulering en zelfdisciplinering van de moderne mens. De gezondheidsgeboden hoeven er niet met harde hand ingepeperd te worden, via een proces van protoprofessionalisering van het gezondheidsdenken breidt dat gedachtengoed zich cirkelgewijs uit over de samenleving. Steeds meer burgers maken zich deze normen eigen, gaan er naar leven, letten op wat voor voedsel ze kopen. Langzaam maar zeker vormen deze gezondheidsgeboden het dwingende harnas van een leefwijze en de toets van het geweten. Helemaal sluitend zal dit harnas nooit zijn, want ook een moderne godsdienst bestaat alleen maar bij de gratie van het feit dat ertegen gezondigd kan worden.
Gelukkig maar.

Jos van der Lans

BOEKEN

VER-VREEMD OF VREEMDELING

Ver-vreemd of vreemdeling. Naar een interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland, redactie Joop TVM. de Jong en Rianne I.M. Wesenheek.

Ver-vreemd of vreemdeling is een neerslag van een gelijknamig symposium over etnopsychiatrie dat in 1992 plaatsvond in het Koninklijk Instituut voor de Tropen. In twaalf hoofdstukken belichten verschillende schrijvers de plaats van de hulpverlening aan migranten en etno-/transculturele psychiatrie in de B-verpleegkunde en de paramedische beroepen.
De eerste drie hoofdstukken gaan over visie, onderzoek en beleid, in de drie daaropvolgende hoofdstukken wordt de etnotherapie vergeleken met de psychotherapie: is er sprake van aanvulling of van tegenstelling?
In de drie hoofdstukken hierna belichten verschillende schrijvers de theorie en praktijk van de transculturele verpleegkunde, waarna ter afsluiting de hulpverlening aan migranten binnen de ergo-, de muziek- en psychomotorische therapie in theorie en praktijk worden beschreven.

In het woord vooraf meldt de redactie, tevens initiatiefnemers van dit symposium, als aanleiding dat in de geestelijke gezondheidszorg sinds enkele jaren een nieuw type vreemdeling wordt aangetroffen, namelijk de migrant of de allochtoon die veel vragen oproept.
'Is hij gewoon of bijzonder vreemd? Verdient hij een gewone of een bijzondere behandeling? Zijn diens psychische problemen vrijwel identiek aan die van de inheemse Nederlanders of juist heel specifiek voor zijn cultuur van herkomst?'
Het waren deze vragen die centraal stonden tijdens het symposium waarbij de nadruk lag bij het werken met migranten. Toch heb ik vooral deze nadruk gemist in vele artikelen. De meeste zijn vrij algemeen van aard, veel beweringen zonder praktische of theoretische onderbouwingen.
De bundel is op zich een hele mooie uitgave over een onderwerp waarvan de redactie terecht zegt dat een samenhangend kader en systematisch beleid vooralsnog ontbreken. Hoewel de ondertiteling 'naar een interculturele geestelijke gezondheidszorg in Nederland' op zijn minst een inleiding tot een dergelijk kader suggereert, wordt dit helaas niet waar gemaakt.
In vrijwel alle artikelen worden behartigenswaardige aanbevelingen en opmerkingen geplaatst. Waren die met enige onderbouwing verzameld in een redactioneel kader, dan was er al veel gewonnen geweest. Nu wordt er veel besproken maar weinig goed onderbouwd. Bijvoorbeeld de opvallende opmerking van Giel, die in zijn bijdrage een duidelijk onderscheid maakt tussen medisch-wetenschappelijk en sociaal-wetenschappelijk definiëren van ziekte (-gedrag). Hij stelt dat: 'het niet goed kennen en begrijpen van iemands ziektegedrag (te verkrijgen uit de sociaal-wetenschappelijke definitie) ons niet ont-slaat van de plicht medisch-wetenschappelijk te onderscheiden ziekten bij hem vast te stellen en te behandelen.' Bovendien poneert Giel dat 'naarmate de deviantie medisch-wetenschappelijk beter omschreven en oorzakelijk begrepen en te onderkennen is, de moderne geneeskunde meer kans zal hebben.' Hiermee lijkt hij zich uit te spreken voor de dominantie van het medisch-wetenschappelijk model. Maar hoe kun je iemand behandelen zonder zicht te hebben op de sociaal-culturele context van de persoon?
Terecht zegt De Jong, dat het ten aanzien van de psychopathologie zinvoller is het inclusivistisch standpunt te hanteren, dat uitgaat van een en/en benadering. Of de discussie universalisme versus particularisme achterhaald is, is mijns inziens nog de vraag. De nadruk op een keuze tussen één van beide leidt wel af van de dagelijkse noodzaak tot handelen in de GGZ.
De GGZ laat zich niet wringen in een dichotomie van verklaringen en verdient eerder een dynamisch verklaringsmodel waarbij universele, particuliere en unieke situaties, presentaties en mogelijkheden elkaar ontmoeten.
Opmerkelijk is De Jongs onderzoeksmethodologie, die een 'ecologisch betrouwbaar' model beoogt te ontwikkelen 'waarbij de migrant, de vluchteling of de mens in technologisch minder ontwikkelde landen gevrijwaard blijft van het Procrustusbed van de gangbare westerse wetenschapsbeoefening.' Alweer een dichotomie waarbij het 'westen' vrijuit gaat!
Beleid in de etnopsychiatrie is een kwestie van maatwerk, betoogt Wesenbeek in een een artikel dat zeer aan te bevelen is voor de managers van de vele instellingen. Wesenbeek geeft kort en krachtig aan dat op alle niveaus van de organisatie duurzame initiatieven dienen te worden genomen.
Helaas geeft zij noch enige andere auteur duidelijk aan wat onder etnopsychiatrie moet worden verstaan. En wat is het verschil met transculturele of interculturele GGZ?
In het artikel van Huyer-Abu-Saad wordt zelfs een paragraaf gewijd aan etnopsychiatrie zonder dat het woord of de verklaring hiervan verder aan de orde komen.
Aangrijpend en betrokken is het verslag van Van der Veer over het gebruik van psychotherapeutische technieken bij de hulpverlening aan vluchtelingen: 'Culturele verschillen zijn dikwijls overkomelijk, al vereist het enige inspanning.'
'Een historische beschouwing over Winti' van Pakosie begint heel historisch, maar verzandt in verklaringen die zo algemeen zijn dat van een echte onderbouwing, waarom het noodzakelijk is dat westerse geneeskundigen en Winti-geneeskundigen samen moeten werken, geen sprake is.
In haar bijdrage meldt Pengel-Forst dat de verpleegkunde misschien nog steeds zelf echt transcultureel moet worden. Jammer dat zij haar aanbevelingen slechts in 'sweeping statements' doet en haar jarenlange praktijkervaring niet aan de orde laat komen.
De hoofdstukken over ergo-, muziek- en psychomotorische therapie zijn alle de moeite van het lezen waard. De artikelen zouden meer tot hun recht komen als praktijkvoorbeelden met Nederlandse cliënten ter vergelijking werden geboden. Waarom je per se Vietnamese vluchtelingen categoriaal moet opvangen en waarom voor hen juist muziektherapie van belang kan zijn, was het minst overtuigend.
Ver-vreemd of vreemdeling heeft geworsteld met het gegeven dat er nog zo weinig uitgesproken en op papier neergelegd is. Als verslag van het symposium met alle voors en tegens blijft het echter de moeite van het lezen waard.

R.F.May
koördinator hulpverlening aan migranten, Haagse Riagg'e.

ETHISCHE BEOORDE-

L1NG VAN PREVENTIE

M.F. s/crwci]. Ethiek van preventie. Een achtergrondstudie. Centrum voor Bioethiek en Gezondheidsrecht. \v0/1 de Rijks, universiteit van Utrecht. in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Zoetermeer 1992.

Gevaar voor medicalisering is een van de morele kwesties rond preventie die worden behandeld in de achtergrondstudie van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid *Ethiek van preventie.* Dat er morele vragen gesteld kunnen worden, daarin onderscheidt de preventie zich niet van andere vormen van gezondheidszorg. Toch is speciale aandacht voor de ethiek van preventie op zijn plaats, want preventie wordt veelal ongevraagd aangeboden. de resultaten van preventie zijn minder voorspelbaar en de ongemakken worden ook ondervonden door mensen die er geen baat bij hebben.
De waarde van dit rapport zit in de ordening van al die morele vragen en argumenten voor of tegen preventieve activiteiten. Ze worden gerangschikt in hoofdcategorieën en in een bedaarde en heldere stijl verder gedetermineerd.
Allereerst de argumenten rond de effectiviteit. Preventie is onwenselijk als ze onvoldoende gezondheidseffecten geeft, schadelijke effecten of effecten die niet opwegen tegen de materiële en immateriële kosten. Enkele jaren geleden al won Schaapveld de Volksgezondheidsprijs met een frisse aanval op de klassieke preventieprioriteiten. Hij wees erop dat de doeltreffendheid en doelmatigheid van veel vormen van preventie onvoldoende is aangetoond. 'De preventie van ziekten die de gewone doodsoorzaken zijn in Nederland, dus hart- en vaatziekten en kanker, leidt tot onvoorziene en soms zelfs ongewenste verschuivingen in het ziekte- en sterftepatroon en heeft dus geen prioriteit.'[1]
Deze gedachten zijn inmiddels terug te vinden in de prioriteit die de overheid geeft aan het vergroten van het aantal *gezonde* levensjaren.[2] De NRV-achtergrondstudie vestigt ook de aandacht op immateriële kosten, zoals de schade door foutpositieve uitslagen of door positieve uitslagen in een te laat stadium. Het rapport noemt een indrukwekkend voorbeeld uit het Zweedse bevolkingsonderzoek naar borstkanker: tegenover elke vrouw die voordeel had van de screening, stonden achttien vrouwen die eerder dan nodig in kennis kwamen van het feit dat ze ongeneeslijk ziek waren.

Een tweede categorie van morele vragen betreft de rechtvaardigheid van preventiebeleid. Er zijn verschillende benaderingen van rechtvaardigheid mogelijk. Wat in een utilitaire benadering rechtvaardig is - bijvoorbeeld allereerst GVO voor die mensen bij wie het ook werkt - is schrijnend binnen een andere benadering.
In een derde hoofdgroep wordt de waarde 'gezondheid' vergeleken met daarmee soms botsende waarden: vrijheid en respect voor autonome keuzen. In dit verband wordt ook de verondersteldde 'eigen verantwoordelijkheid' voor de gezondheid geanalyseerd. waarbij een verhelderend onderscheid tussen causale en morele verantwoordelijkheid wordt gemaakt. Wanneer het rapport de rechtvaardigingen voor inbreuken op autonomie en privacy onder de loep neemt, blijft eigenlijk alleen het aloude schade begin se I geheel overeind. 'Hard' paternalisme, dat gezondheid altijd belangrijker vindt dan vrijheid, vindt het rapport een 'problematische' positie. Voorkomen dat de samenleving op unfaire kosten wordt gejaagd door ongezond levende mensen zou een rechtvaardiging kunnen zijn voor het stimuleren van gezond gedrag met financiële prikkels, maar zelfs deze stellingname heeft problemen. Een moraliserende meetlat is namelijk niet te vermijden: riskante zwangerschappen op oudere leeftijd worden bijvoorbeeld beter geaccepteerd dan riskante vrijages.

FLUOR IN HET DRINKWATER

Inbreuken op de keuzevrijheid lijken dus slechts gerechtvaardigd om schade aan derden te voorkomen. Dat de afweging toch tamelijk ingewikkeld kan worden, laat Gunning-Schepers zien in een reactie op het rapport.[3] De keuze tegen fluoridering van drinkwater en vóór fluortabletten en fluortandpasta vanwege de keuzevrijheid ging wel ten koste van de rechtvaardigheid. Er zijn beduidend minder nieuwe gevallen van carlës, maar niet bij kinderen uit lagere sociaal-economische groepen.

In een apart hoofdstuk wordt een lijstje gepresenteerd van toetsingscriteria voor *case-finding,* waarin behalve de werkzaamheid en de efficiëntie ook de rechtvaardigheid, het welzijn van individu en samenleving en respect voor autonomie zijn verwerkt. Volgens deze criteria mag screening van risicogroepen bijvoorbeeld niet gepaard gaan met stigmatisering, en hebben alleen die programma's prioriteit die rekening houden met sociale gezondheidsverschillen. Alhoewel toetsingscriteria niet altijd in de plaats kunnen komen van een echte brede afweging van morele en andere voor- en nadelen, lijken ze belangrijk genoeg om preciezer uit te werken voor de Nederlandse situatie. Een rechtvaardiging vooraf op deze aspecten is niet te veel gevraagd voor preventieprojecten in een land met - gemiddeld - een sublieme volksgezondheid.
Zou een project waarin een huisarts uit zijn elektronisch dossier mensen met verhoogd risico voor hart- en vaatziekten destilleert en uitnodigt voor een bezoek, door deze beugel kunnen? Ik denk het niet, ook al is het merendeel van de opgeroepen patiënten er nog zo tevreden mee. Zelf zou ik een dergelijke oproep als een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer beschouwen.

Met de studie wordt hopelijk de discussie aangemoedigd over de vaak zo vanzelfsprekend geachte prioriteit voor preventie ten opzichte van curatie en verpleging. Een besef van verschillende ethische oriëntaties is daarbij heilzaam. De mensen uit de praktijk van de gezondheidszorg hebben bijvoorbeeld moeite met de afwijzing van preventieprogramma's tegen hart- en vaatziekten. omdat die op het collectieve niveau kunnen leiden tot vergroting van het aantal zieken. Hun morele beoordeling berust niet op het (utilistische) wegen van consequenties en zeker niet op het wegen van gevolgen op het niveau van een hele samenleving. Ze baseren hun overwegingen op professionele waarden, die zich oog in oog met levende mensen hebben ontwikkeld en die (deontologisch) voorschrijven dat je preventief moet handelen om hun welzijn te bevorderen. Het gezamenlijk oplossen van ethische problemen, ook die met preventie, vraagt om een evenwichtskunst, waarin die verschillende benaderingen zoals de utilistische en deontologische, worden verzoend. Als dat niet lukt, is de discussie zo onhelder als van twee mensen die elkaars taal niet verstaan.

Noten

1. K. Schaapveld. Ziekte en sterfte in het begin van de volgende eeuw, *TSoc.Gcondheids:. 68* (1990) 123-128.
2. Notitie preventie beleid, Ministerie van WVC. oktober 1992.
3. L.J .Gunning-Schepers, 'Ethiek van preventie: het belang van samenleving en individu'. In: *Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde* 1992: 136,52, 2558-2560.

Hans Tenwolde
werkt bij het Nederlands Ontwikkelings- en Ondersteuningsinstituut voor huisarts en eerstelijnszorg (Stichting O&O) *te Utrecht.*

SIGNALEMENTEN

Bijdragen voor de rubriek signalementen moeten gestuurd worden naar het redactieadres: Prinsenhofsteeg 10 1012 EF Amsterdam

PUBLIKATIES

Moet het algemeen maatschappelijk werk kiezen voor de gezondheidszorg of het welzijnswerk? Of is het en-en? Voor dit soort strategische keuzen staat momenteel het AMW. Ter ondersteuning van het management van AMW-instellingen heeft het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/NIZW een studie gemaakt naar de verschillende mogelijkheden voor het AMW op inhoudelijk, organisatorisch en financieel gebied.
De studie onder de titel 'Kansrijke wegen, een studie naar kansen voor vernieuwingen in het algemeen maatschappelijk werk' (bestelnummer E 216), ge-schreven door Peter van Splunteren, is te bestellen bij het NIZW, tel. 030-306607 en kost f25,-.

De Milieutelefoon, onderdeel van de Vereniging Milieudefensie krijgt 15.000 telefoontjes per jaar met vragen over het milieu. Het zoeken naar antwoorden op die vragen levert veel concrete informatie op. Om ook anderen gebruik te laten maken van de bij de Milieutelefoon vergaarde kennis werd het Handboek Praktische Milieukennis samengesteld. Het handboek bestaat uit een ringband met losse informatiebladen over ruim dertig onderwerpen. De informatie wordt ieder jaar herzien. Het handboek is een naslagwerk voor milieu-, natuur- en gezondheidsvoorlichters.
Een abonnement kost f49,50 per jaar. Men kan zich opgeven bij de Milieutelefoon. tel. 020-6262620.

Begin februari heeft staatssecretaris Simons een brief naar de Tweede Kamer gestuurd, waarin hij een overzicht geeft van de publieksdiscussie Keuzen in de zorg. Uit dit overzicht wordt duidelijk dat ook verschillende tijdschriften subsidie hebben gekregen om een bijdrage te leveren aan deze discussie. Een van die tijdschriften is het *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* dat onlangs een themanummer over keuzen in de zorg uitbracht, getiteld 'Met zorg kiezen'. In de verschillende bijdragen aan dit themanummer wordt het rapport-Dunning kritisch ontleed. Opvallend is dat alle auteurs struikelen over het uitgangspunt dat in het rapport van Durming centraal staat: de 'gemeenschapsgerichte benadering'.
Het Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek wordt uitgegeven door Van Gorcum in Assen, tel. 05920-46846.

Op basis van een in 1991 gehouden studiedag is de bundel *Arbeidsongeschiktheid in de spreekkamer* samengesteld door het Hugo Sinzheimer Instituut van de Universiteit van Amster-dam. In deze bundel zijn bijdragen opgenomen over de rol die verzekeringsgeneeskundigen spelen in de besluitvorming over Ziektewet en AAW/WAO-uitkeringen. Aan de orde komen zowel resultaten van empirisch onderzoek van spreekkamergesprekken als meer algemene beschouwingen over de positie van medische experts in de uitvoeringspraktijk van de sociale zekerheid.
'Arbeidsongeschiktheid in de spreekkamer' van R. Knegt (red.) kost f15,- en is te bestellen via 020-5253560.

Steeds meer instellingen in de gezondheidszorg zien het ontwikkelen van vrouwgericht personeelsmanagement als een noodzaak. Er is echter nog weinig bekend over de manier waarop dit beleid vorm moet krijgen. De publikatie *Vrouwgericht personeelsmanagement in de intramurale gezondheidszorg* zorgt voor informatie en inspiratie over dit onderwerp. In de publikatie wordt achtergrondinformatie verstrekt. Ook worden negen praktijksituaties besproken. Deze voorbeelden geven een beeld van de mogelijkheden, resultaten en problemen die vrouwgericht personeelsmanagement met zich mee kan brengen.
Het rapport 'Vrouwgericht personeelsmanagement in de intramurale gezondheidszorg; inventarisatie en aanbevelingen' van B.A.M. van Elburg (publikatienummer 192.826) is te verkrijgen bij: Verkoop publikaties NZiLNZJ, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht.

Zijn mensen met psychische trauma's als gevolg van gewelddadige ervaringen wel op hun plaats in psychiatrische ziekenhuizen? In *Cirkel van geweld* wordt het tegendeel aangetoond. Charlotte H., door haar vader seksueel misbruikt en slachtoffer van de psychiater Finkensieper van de Heldring stichtingen te Zetten, stelt samen met Martine Groen, hulpverleenster bij de Maan, haar ervaringen te boek. Aan de hand van de ervaringen van Charlotte zetten de auteurs grote vraagtekens bij de huidige manier van behandelen van slachtoffers van (seksueel) geweld.
'Cirkel van geweld' van Charlotte H. en Martine Groen is één van de laatste uitgaven van Stichting de Maan. Te koop in de boekhandel, ISBN 90-72824-11-3.

,Het is alleszins aannemelijk om te veronderstellen dat zwanger worden in de 21ste eeuw niet alleen steeds later, maar ook steeds kunstmatiger zal worden,' stelt Te Velde, bijzonder hoogleraar in de leer van de menselijke vruchtbaarheid bij zijn inaugurele rede eind 1991. De bundel *Een slimme meid regelt haar zwangerschap op tijd* poogt een aanzet te zijn tot een bredere maatschappelijke discussie over de wenselijkheid van Te Veldes toekomstbeeld. Zowel de medische, maatschappelijke en politieke aspecten komen aan de orde.
'Een slimme meid regelt haar zwangerschap op tijd' is *het verslag van een workshop waaraan mensen met uiteenlopende achtergronden deelnamen. Uitgave: Swets en Zeitlinger, 1992, ISBN 90-265-1301-1.*

BIJEENKOMSTEN

Op 7 mei 1993 vindt een symposium plaats over 'overheid en gezondheidszorg in de twintigste eeuw'. Dit ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de stichting historia medicinae. Deze stichting stelt zich ten doel de beoefening van de geschiedenis van de geneeskunde te bevorderen. Sprekers zijn onder meer de hoogleraren Schnabel, Rigter, Van Londen en Borst-Eilers.
De toegangsprijs voor dit symposium is f75,-. Informatie: 020-5483-338 of 020-5482700.

EXPOSITIES

De Nationale Commissie Chronisch Zieken heeft de Stichting Gezondheids Expotheek Nederland opdracht gegeven om een tentoonstelling te ontwikkelen over het dagelijks leven van mensen met een chronische ziekte. De expositie is gericht op het algemeen publiek en zal de komende tijd op diverse plaatsen in Nederland te zien zijn.

De expositie 'Van dag tot dag, leven met een chronische ziekte' kan worden gehuurd. Belangstellenden kunnen voor meer informatie terecht bij Stichting Gezondheids Expotheek Nederland, tel. 071-276504.

In maart en april organiseren **HBO-raad, VOVB, De Balie en Bureau Van de Ven een werkprogramma** over

KEUZEN IN DE ZORG BINNEN HET VERPLEEGKUNDIGE BEROEP

Hel werkprogramma is allereerst bedoeld voor docenten en studiebeseleides r \ C'li)lt'c'gkundige beroepen van hogere heroepsopleidingen, van inserx iee O:=, te C' :c=' en Veil! in: ompany opleidingen. Het werkprogramma legt een koppeling tusser: .c=-zc=c "cie praktijk en keuzen in her beleid en de politiek. Docenten krijgen instrumente- o\ c=' inhoucl en didactiek aangereikt, zodat zij een lesprogramma kunnen uitvoeren

De cursus bestaat uit drie bijeenkomsten:

Eerste bijeenkomst	:	inleiding, lezingen en interviews
Tweede bijeenkomst	:	proefles en nabespreking
Derde bijeenkomst	:	theatervoorstelling

Het werkprogramma wordt op vier plaatsen gegeven.
Plaats, tijd en datum van de eerste twee bijeenkomsten:

Amsterdam	**dinsdag**	**9 maart**	**en**	**dinsdag**	**20 april**
Rotterdam	**donderdag**	**11 maart**	**en**	**donderdag**	**22 april**
Deventer	**dinsdag**	**16 maart**	**en**	**dinsdag**	**27 april**
Eindhoven	**donderdag**	**18 maart**	**en**	**donderdag**	**29 april**

Alle bijeenkomsten vinden 's middags plaats.
De theatervoorstelling is op verschillende plaatsen en tijden in ons land te zien.

Aanmelding en informatie:
Voor aanmeldingen en informatie kunt u contact opnemen met organisatiebureau Van de Ven,
Singel 58, 1015 AB Amsterdam
Tel.: 020 - 6246376

Om een eind te maken aan het gebrek aan dialysemogelijkheden in Nederland werd vijfentwintig jaar geleden de Nier Stichting Nederland opgericht.
Op het ogenblik zijn er 50 dialysecentra in ons land, waarvan vier met speciale voorzieningen voor de behandeling van kinderen.

De Nierstichting besteedt belangrijke bedragen aan wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaken van nierziekten, naar voorkoming en verbetering van de behandeling.
Zeer veel patiënten wachten al jaren op een donornier. Transplantatie kan een vrijwel normaal leven weer mogelijk maken.
De Nierstichting bevordert de verhoging van het aantal transplantaties door ondersteuning van de voorlichting aan het publiek, maar ook aan de medische staf in de ziekenhuizen.
Daarnaast wordt de uitbreiding van het aantal transplantatie-coördinatoren bevorderd, evenals het tot stand komen van een wettelijke regeling voor de orgaandonatie.

Ook probeert de Nierstichting te helpen bij de verwerking van het ziekteproces. Materiële steun en vakantierncqelijkheden worden beschikbaar gesteld, na zorgvuldige afweging van de individuele nood van de patiënten en hun gezinnen.

De Nierstichting krijgt geen subsidie van het Rijk. Dat betekent dat alle activiteiten betaald moeten worden uit particuliere bijdragen, erfenissen, legaten e.d.
De Nierstichting is dankbaar voor iedere financiële ondersteuning!

De Nierstichting is gerangschikt onder de rechtspersonen als bedoeld in art. 24 sub 1 der Successiewet 1956.

Nier Stichting Nederland
Groot Hertoginnelaan 34
1405 EE Bussum
Telefoon: 02159 - 15057
Giro 88.000
Statutair gevestigd te Amsterdam

N IERSTICHTI NG