

Voorwaarden voor vernieuwing van public health

Voorwaarden voor vernieuwing van public health

Een wetenschaps- en maatschappij-theoretisch perspectief. Nijhuis HGJ. Dissertatie. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1994; 248 bladzijden. ISBN 90-393-0605-2.

Harry Nijhuis, sociaal geneeskundige en hoofd van de Maatschappelijke Gezondheidszorg van de GGD in Den Haag, promoveerde op 18 november 1994 op een proefschrift dat als Nederlandse titel draagt 'Voorwaarden voor vernieuwing van public health', in Engelse vertaling simpelweg 'Changing public health'. De voorwaarden zijn verdwenen, en dat is indicatief voor wat Nijhuis in zijn proefschrift beschrijft: er verandert wel wat, maar de voorwaarden om te vernieuwen zijn door spanningen in het veld en door de bezuinigingen nauwelijks aanwezig.

'De probleemstelling van deze studie is dat het natuurwetenschappelijke model een te beperkt conceptueel kader vormt om public health te definiëren, te onderzoeken en adequate veranderingsstrategieën op te baseren. (...) Vertrekkend vanuit deze gegeven probleemstelling worden in de studie verschillende vraagstellingen nader onderzocht, geïnterpreteerd en geconcludeerd' (pp. 14-15). Dat is slecht Nederlands.

Er staat in deze studie het nodige tussen de regels te lezen dat tot nadenken stemt, maar het is onvoldoende bezonnen. 'Nu deze studie is afgerond in de vorm van een proefschrift is duidelijker dan ooit dat het niet af is' (p. 9).

Probleem

Nijhuis heeft een probleem, een echt probleem. Hij ging als westers geneeskundige naar Afrika en zag daar de contradictie tussen de technische oplosbaarheid van bijvoorbeeld het lepra-vraagstuk en het praktische onvermogen om onze interventies ingang te doen vinden in de plaatselijke cultuur en samenleving. In Baltimore werd hij opgeleid tot epidemioloog. Zijn kritische houding kreeg nieuw voedsel door de opkomst van de *healthy city*-beweging in het midden van de jaren tachtig, die geïnspireerd werd door de hygiënisten uit de vorige eeuw. Voor de evaluatie van public health wordt niet alleen objectiverend onderzoek ingezet, maar spelen ook participatieve benaderingen een belangrijke rol. Vanuit die achtergrond is hij in 1991 begonnen met een studie waarvan dit proefschrift een verslag is.

In hoofdstuk 1 wordt het beeld geschetst van de bestaande praktijk aan de hand van een drietal Haagse projecten: de anti-rachitiscam-

pagne, het rookontmoedigingsbeleid en het project sociaal-economische gezondheidsverschillen. Hoofdstuk 2 geeft een wetenschaps-theoretische benadering van epidemiologie als basisdiscipline voor public health. In hoofdstuk 3 worden een aantal sociologische theorieën geschetst over geneeskunde en gezondheidszorg. In hoofdstuk 4 beschrijft Nijhuis de uitvoeringspraktijk van twee Haagse projecten, gebaseerd op holistische en participatieve uitgangspunten in termen van de theorie van het communicatieve handelen van Habermas.

Ik beperk me verder tot het project 'Centrum', omdat de huisartsen daarin een rol vervullen. Er was in het Haagse centrum een gezondheidsprobleem: de gezondheidstoestand van de bevolking bleef achter en de hulpverleners voelden zich onmachtig om adequaat te reageren op de gestelde hulpvragen – het was dweilen met de kraan open. 'Diverse bij de thuiszorg betrokken zorgverlenende instellingen maken zich, tegen de achtergrond van het marktdenken op het terrein van public health, op om deze groei-markt zo gunstig mogelijke posities te bemachtigen. De intramurale instellingen stellen hiertoe pogingen in het werk via de de ontwikkeling van regiefuncties in een veelheid van transmurale zorgprojecten.' De huisarts functioneert niet meer als spil van de gezondheidszorg; de toeloop op de eerste hulp van het ziekenhuis neemt sterk toe.

Het thema samenwerking werd op de agenda gezet; het verdween stilzwijgend van de agenda. Onder de oppervlakte was de behartiging van de eigen financiële belangen voortdurend overheersend aan de orde. Epidemiologische onderzoeksinformatie speelde voor het handelen geen rol van betekenis. De ziekenhuizen bevorderden een 'koloniserende sickness performance': het intramurale ziektebegrip en het daarbij behorende type ziektebeleving werd geëxporteerd. Als gevolg van belangentegenstellingen veranderde er niets.

In het project 'Centrum' is veel aandacht gegeven aan 'het creëren van nieuwe openbare sociale ruimtes waarin de argumentatie over objectieve normatieve en subjectieve aspecten van public health in de totaliteit van het stadsdeel konden plaatsvinden (...) om weer gehelen op te bouwen uit het gefragmenteerde zicht op volksgezondheid en de versplintering van functies' (pp. 208-9).

Ik weet niet of de beschrijving van het project zo'n positieve conclusie wettigt: de huisartsen, de ziekenhuizen en de zorginstellingen lieten zich niet op één lijn brengen. 'Men wilde liever over concrete projecten praten zonder

daarbij collectieve aspecten van de structuur en het functioneren van het zorgsysteem te betrekken' (p. 202). En de gebruikers kwamen er in het geheel niet aan te pas (p. 187).

Nadenken over het vak

Nadenken over de theorie van ons vak lijkt futiel (p. 66). Nijhuis doet ons voldoende argumenten aan de hand waarom het niet futiel en wel relevant is. Maar of zijn analyse voldoende doorwrocht is, of hij zelf niet aangestoken is door de te snelle produktiedrang die hij de heersende universitaire wereld aanwrijft, ik waag het ernstig te betwijfelen.

De conclusie dat communicatief handelen de voorwaarde voor vernieuwing schept, doet mij verouderd aan: de zeventiger jaren revisited. Zoals ook het onvertaald gebruik van de termen *disease*, *illness* en *sickness* toch eigenlijk niet goed te verdedigen is: *Lamberts* vertaalde die begrippen al in 1978.¹ Zoals *Lamberts* in datzelfde artikel ook een gezondheidsdefinitie gebruikt die sterk verwant is aan de definitie die Nijhuis op bladzijde 47 hanteert. En in een studie als deze had het boek van *Querido* eigenlijk niet mogen ontbreken.²

Het natuurwetenschappelijk model is voor public health te beperkt. Maar ook het model ziekte, ziektegevoel en ziektegedrag lijkt onvoldoende om de werkelijkheid die Nijhuis onderzoekt te beschrijven. Er is een echt gezondheidsprobleem in het centrum van de grote stad; het blijkt niet op te lossen met goede wil en overredingskracht; en geld is er niet. Het draait om de overlevingskansen van de zorgverleners en om macht, zou mijn conclusie zijn.

Het lijkt veel op het probleem dat Nijhuis in Afrika tegenkwam: de contradictie tussen wat oplosbaar lijkt, en wat het niet is.

Deze studie is niet af. Een proefschrift hoeft ook geen meesterwerk te zijn. En misschien valt mijn kritiek wel onder Louis Andriessen's opvatting over nieuwe muziek, die Nijhuis in een van zijn stellingen citeert: 'De foute noten zijn eigenlijk de goede, en de goede zijn eigenlijk de foute.' Ik hoop dat Nijhuis ondanks mijn kritiek blijft reflecteren; en dat zijn studie nog eens een evenwichtiger vervolg krijgt.

Ger van der Werf

1 Lamberts H. De huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg. *Huisarts Wet* 1978; 21: 465-76.

2 Querido JD. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988.

Reactie

In de vakgebieden bouwkunde en ruimtelijke ordening is sterk het besef gegroeid, dat als men sociaal verantwoorde stadsontwikkeling wil plegen, de gerichte aandacht op afzonderlijke huizen, buurten of kruispunten weliswaar relevant is, maar absoluut onvoldoende om bouwkundig creatief te kunnen omgaan met het geheel van een stedelijke samenleving. Mijn proefschrift behelst een poging om vanuit bepaalde, niet alledaagse gezichtspunten een analyse en beeld van het geheel van de maatschappelijke gezondheidszorg (public health) te geven. De gerichte aandacht voor één van de kruispunten daarbinnen, bijvoorbeeld de huisartsenzorg, is weliswaar relevant, maar doet qualitate qua tekort aan de intentie om niet de onderdelen afzonderlijk onder de loep te nemen, maar juist de dynamiek van het geheel. In de bespreking van de door Van der Werf gekozen *capita selecta* uit mijn studie komen mijns inziens de samenhang en het beeld dat ik heb trachten te creëren over het geheel van de maatschappelijke gezondheidszorg onvoldoende tot hun recht. Wel vormen de door hem aangesneden deelonderwerpen voor mij een aantrekkelijke voorzet om ze vanuit het brede perspectief van mijn studie enigszins toe te lichten.

Zorgvernieuwing

In het proefschrift wordt onder andere het project 'Zorgvernieuwing in het stadsdeel Centrum' te Den Haag besproken. Dit project is in de volle breedte gericht op het verbeteren van het systeem van gezondheidszorg in het betreffende sociaal achtergestelde gebied. Op basis van een brede betrokkenheid van hulpverleners en instellingen wordt in het kader van deze onderneming gewerkt aan nieuwe werkwijzen, samenwerkingsverbanden en verhoudingen tussen alle belanghebbenden. De in principe holistisch gerichte aandacht wordt in de praktijk vooral geëffectueerd in deelprojecten, die met het oog op hun werking en samenhang op het geheel worden opgezet en bekeken. Huisartsen zijn bij diverse van deze deelprojecten betrokken: het multidisciplinaire 'Cara-project', het 'diabetes-spreekuur', diverse 'migrantenvoorlichtingsprojecten' en het project 'praktijkverpleegkundige'.

De betrokkenheid van huisartsen bij deze nieuwe samenwerkingsverbanden vormt een uitdrukking van het zoeken naar vernieuwingen in de huisartsenzorg in dit sociaal achtergestelde gebied. Onlangs nog heeft een uitgebreide studie in de drie grote steden bevestigd dat de huisartsenzorg in achtergestelde gebie-

den vastloopt.¹ In mijn studie wordt benadrukt dat de gesignaleerde problemen in de huisartsenzorg niet op zichzelf staan, maar gezien moeten worden in een veranderde context van gezondheidsproblemen (psychosociale problemen, migrantenproblematiek, sociaal isolement) en veranderde sociale verhoudingen in de zorg (nieuwe technische mogelijkheden, het marktmechanisme, deregulering, toegenomen autonomie van aanbieders).

Blijvende oplossingen kunnen niet in de geïsoleerde aandacht voor afzonderlijke onderdelen worden gerealiseerd. Ze vragen vernieuwingen van het systeem als geheel, en dus nieuwe samenwerkingsverbanden, nieuwe sociale verhoudingen en het afstaan van een deel van de eigen autonomie. Daarmee is het project 'Centrum' zowel een gezondheidsproject als een sociaal veranderingsproject, dat van nature een beeld laat zien van experimenteren en leren, van vallen en opstaan, van tegengestelde sociale en zakelijke belangen en conflicten. De gezondheidszorg vormt een complex sociaal systeem waarin diep gewortelde tradities en grote economische belangen als krachten meespelen. Men moet dus niet op al te korte termijn op grote schaal concreet gezondheidsresultaat verwachten wanneer men ingrijpende veranderingen voor ogen heeft. Gezien vanuit het perspectief van maatschappelijke gezondheidszorg is – zo luidt mijn betoog – al sprake van resultaat wanneer het zoeken naar nieuwe oplossingen tussen betrokkenen een eigen dynamiek en draagvlak, en een geregelde vorm gaat krijgen. Dan kunnen er nieuwe ideeën, onderling vertrouwen, de wil om te veranderen en een effectieve aanpak tot stand worden gebracht op basis waarvan onder andere een vastgelopen huisartsgeneeskunde uit het slop kan komen.

Optimisme of defaitisme

Van der Werf betwijfelt de rechtmatigheid van mijn optimistische conclusie over de voortgang van dit project in het stadsdeel Centrum te Den Haag. Het oordeel over voortgang hangt echter af van het gehanteerde beoordelingsperspectief en de daarmee verbonden verwachtingen. Zijn twijfel is gerechtvaardigd vanuit een pragmatisch medisch perspectief, van waaruit gezondheidswinst op korte termijn wordt verwacht. Vanuit maatschappelijk perspectief zijn de inertie en weerbaarheid van complexe sociale systemen als het ware natuurlijke fenomenen. De constatering dat er nieuwe vormen van (evenwichtige) samenspraak groeien, dat er een begin gemaakt wordt met het doorsnijden van een verregaand gefragmenteerde zorg en

het creëren van nieuwe antwoorden op eigentijdse complexe problematiek, is vanuit zo'n perspectief te zien als vooruitgang. Het wettigt mijns inziens dan ook een positief oordeel over dit project.

De conclusie dat de grote vraagstukken van maatschappelijke gezondheidszorg niet op te lossen zijn, laat ik eveneens voor rekening van de recesent. Geld en macht zijn in mijn analyse van de bestaande praktijk zeer onevenwichtig verdeeld over de betrokkenen bij de gezondheidszorg (diverse aanbieders, verzekeraars, gebruikers en overheid). Maar de verdeling hiervan ligt niet voor de eeuwigheid vast en wordt elke dag door alle betrokkenen (onder wie huisartsen en GGD-medewerkers) wel of niet bevestigd. De verdeling van macht en geld is geen abstracte, onbeïnvloedbare grootheid, maar de uitkomst van sociaal handelen waar we zelf iedere dag deel van uitmaken. In de jaren zeventig, in Afrika, neigde ikzelf in dit opzicht meer naar defaitisme, omdat dit inzicht minder tot mij doorgedrongen was. Nu ben ik optimistischer gestemd over mogelijkheden om bij te dragen aan verbetering, omdat ik de weerbaarheid van de sociale wereld en mijn eigen mogelijkheden om te beïnvloeden beter denk te begrijpen.

De kritische sociale theorie, met name het werk van Habermas, heeft met betrekking tot het ontwikkelen van een redelijk zicht op complexe sociale processen, zoals die aan de orde zijn in het beschreven vernieuwingsproject, voor mij zeker betekenis gehad. Ik vind het dan ook jammer, dat de inzet van zijn 'theorie van het communicatieve handelen' voor een beter begrip hiervan door Van der Werf wordt afgewezen onder de argumentatie dat 'het verouderd aandoet'. Dit argument vraagt op zijn minst om een wetenschappelijke toelichting. Maar wat zou erop tegen zijn om Marx of Coronel ten tonele te voeren, indien men vindt dat hun ideeëngoed bijdragen kan leveren aan de oplossing van actuele eigentijdse vraagstukken? Welke sociologische theorie – zo vraag ik oprecht aan mijn geachte recesent – zou trouwens een aantrekkelijk alternatief vormen voor de handelingstheorie van Habermas?

Leer der kruispunten

Dankbaar ben ik mijn criticus dat hij mij geattendeerd heeft op *Lamberts'* artikel over de huisartsgeneeskunde als 'leer der kruispunten in de gezondheidszorg',² deze ideeën zijn, ook al dateren zij uit de jaren zeventig, in mijn ogen zeker niet verouderd. Zij blijken bovendien zeer dicht bij het ideeëngoed van mijn proefschrift te staan. *Lamberts* bespreekt de com-

plexiteit van het handelen van de huisarts, zoals ik heb getracht (maar dan op collectief niveau) het handelen van de GGD-deskundigen in beeld te brengen. De notie 'kruispunt' heb ik, met behulp van onder andere Habermas' theorie, uitgewerkt in het kunnen handelen vanuit verschillende interpretatiekaders: het objectiverende perspectief, het subjectief-persoonlijke perspectief en het sociaal-normatieve perspectief. Met deze drie perspectieven zijn de door mij gebezigde begrippen 'ziek' ('disease'), 'ziektebeleving' ('illness') en 'ziekerol' ('sickness') verbonden. De eerste is het object van de medicus technicus; het tweede is het onderwerp van aandacht van de meelevende hulpverlener of medemens; ziekerol is aan de orde vanuit een sociaal, economisch of cultureel perspectief.

Ik ben het roerend met Van der Werf eens dat ik wellicht beter Nederlandse woorden had kunnen kiezen voor de in zwang zijnde Engelse termen (hetzelfde geldt overigens voor 'public health', waarvoor ik nu 'maatschappelijke gezondheidszorg' gebruik). Het heeft mij destijds aan overtuiging ontbroken een juiste, beklijvende keuze te kunnen maken met 'ziekte', 'ziektebeleving' en 'ziekerol'. Maar al te vaak worden Nederlandse vertalingen van Engelse begrippen gemaakt, die op te dun ijs gaan, doordat ze in ons eigen taalsysteem (nog) geen uitvoerige theoretische aandacht kennen. Zo vind ik ook de door *Lamberts* gebezigde woorden 'ziektegevoel' ('illness?') en 'ziektegedrag' ('sickness?') prematuur en niet gelukkig gekozen. Ze zijn bij mijn weten ook niet in zwang geraakt in ons wetenschappelijke taalgebruik.

Eigentijdse oplossingsrichtingen

Mijn proefschrift is zeker geen meesterwerk in de zin van een nieuwe, empirisch onderbouwde, voldragen theorie over maatschappelijke gezondheidszorg of zelfs over het deel van de GGD-gezondheidszorg. Het ging mij ook eerder om het uiteenzetten van gezichtspunten, die nieuw uitzicht kunnen bieden op eigentijdse oplossingsrichtingen, die recht doen aan alom beleden uitgangspunten als samenhang (in plaats van fragmentatie), synthese (in plaats van reductie) en zeggingsmacht (in plaats van ondergeschiktheid). De convergente, op afzonderlijke delen georiënteerde benadering, die onze moderne wetenschappelijke traditie kenmerkt, speelde mij in mijn analytische werk voortdurend parten.

Gelukkig blij ik in mijn worsteling om een divergente, meer in de breedte gerichte wetenschappelijke benadering te ontwerpen niet al-

leen te staan. Evenals destijds voor de evolutie van de technische geneeskunde lijkt de medische wetenschap ook in haar streven naar een holistischer benadering bij de natuurkunde te rade moeten gaan. In natuurwetenschappen als de ecologie, bouwkunde en ruimtelijke ordening wordt naarstig gewerkt aan methodologieën om wetenschappelijk verantwoord te kunnen omgaan met samenhang en gehelen in plaats van met afzonderlijke delen.³ De huisartsgeneeskunde als 'leer der kruispunten in de gezondheidszorg' bezet temidden van diverse medische specialismen en theoretische benaderingen een bijzonder aantrekkelijke positie om een centrale rol te spelen in de ontwikkeling van een holistisch georiënteerde gezondheidszorg. In de theorievorming over technische aspecten van geneeskunde hebben de medische specialismen het voortouw. Voor de ontwikkeling van en het verbinden van theorieën die relevant zijn voor de vooruitgang van een multidisciplinaire, breed georiënteerde gezondheidszorg, die een mens en zijn sociale omgeving als gehelen kunnen benaderen, komt de huisartsgeneeskunde mijns inziens meer toe dan de perifere rol die zij maatschappelijk en wetenschappelijk in het huidige intellectuele klimaat vervult.

H.G.J. Nijhuis

- 1 Luijten MCG, Tjadens FLJ. Huisartsen in achterstandswijken. De werklust in achterstandswijken in drie grote steden onderzocht. Leiden, februari 1995.
- 2 *Lamberts* H. De huisartsgeneeskunde als leer der kruispunten in de gezondheidszorg. Een beschouwing over de culturele functie van de huisarts. *Huisarts Wet* 1978; 21: 465-76.
- 3 De Jong TM. Systematische transformaties in het getekende ontwerp en hun effect. In: 153ste Dies natalis. Delft: Technische Universiteit Delft, 1995.

NOTA BENE

Hoewel het drinken van wijn omgekeerd gerelateerd is aan dood door ischemische hartziekten, is het niet in het belang van de volksgezondheid het drinken van wijn te bevorderen.

Stelling bij: Jansen A. Dendritic cells and macrophages in insulin dependent diabetes mellitus [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1995.