

Genezen lijkt makkelijker dan voorkomen

Preventieve gezondheidszorg: een kwestie van cultuur

Koen Raes

Hoofdredacteur

Gezondheid is het hoogste goed. Belgen denken dat ze daarvoor een record aantal pillen moeten slikken. Maar aan preventie wordt in de gezondheidssector vooralsnog veel te weinig aandacht besteed. Voorkomen is nochtans beter dan genezen.

Gezonde Vlamingen?

Uit een onlangs verschenen studie van Gilbert Dhooghe (*CBGS-document* 6, 1996) blijkt nog maar eens wat eenieder die in onze contreien participeert aan de praktijk van het 'nieuwjaren' reeds intuïtief wist: voor Vlamingen is een goede gezondheid het hoogste goed. Het is niet duidelijk of zij die gezondheid als een middel, dan wel als een doelwaarde opvatten. Is gezondheid met andere woorden vooral instrumenteel waardevol als voorwaarde om nog belangrijker waarden te realiseren of wordt een goede gezondheid op en om zichzelf gewaardeerd? Evenmin is duidelijk wat precies in de notie van een goede gezondheid is vervat. Wordt hiermee slechts de 'afwezigheid van ziekte of gebrek' bedoeld of beroept men zich op een ruimer gezondheidsbegrip, zoals het bijvoorbeeld door de *Wereld Gezondheidsorganisatie* in de *Verklaring van Alma Ata* (1978) wordt gehanteerd: gezondheid als 'een toestand van algeheel fysiek, geestelijk en sociaal welzijn'? Wellicht heeft men dit alles tegelijk op het oog: zich 'gezonder voelen' wordt op zich gewaardeerd én omdat het een voorwaarde is voor het optimaal nastreven van andere levensdoelen én omdat het op zich een levensdoel vormt, en gezondheid is de afwezigheid van een ruim gamma belemmeringen om een toestand van algeheel welzijn te bereiken.

Hoedanook, voor Vlamingen is gezondheid een kernwaarde. Tegelijk blijkt uit het *Europees Waardenonderzoek* onder leiding van Jan Kerkhofs (1992, 12) dat Vlamingen zich voor zo'n 75% behoorlijk gezond noemen. Als Vlamingen gezondheid het hoogste goed noemen én zich voor het merendeel gezond achten, mag men daaruit dan besluiten dat het met hun gezondheid goed is gesteld? Neen, al is het maar (a) omdat 40% van de sterftes beneden de 65 jaar vermijdbaar zijn, (b) omdat onze kindersterfte-cijfers nog steeds bijzonder hoog zijn, net zoals (c) de cijfers van de doodsoorzaken tengevolge van verkeersongevallen en zelfdoding ver boven het Europees gemiddelde liggen en (d) omdat we meer dan gemiddelde consumenten van farmaca zijn. Zo 'gezonder' blijkt onze samenleving niet te zijn. Subjectieve percepties zijn - hoe belangrijk ook - geen adequate gezondheidsindicatoren. Mensen handelen immers niet altijd of niet altijd adequaat naar wat ze beweren 'belangrijk' te vinden en kunnen zich bovendien vergissen in hun keuze van middelen om wat zij belangrijk achten optimaal te verwerkelijken. Om hier maar één voorbeeld van te vermelden: de meeste mensen zullen beweren dat ze hun tanden poetsen om hun gebit goed te onderhouden. Maar tegelijk blijken zij voor het merendeel hun tanden 's morgens bij het opstaan te poetsen, met andere woorden

wanneer de suikers en bacteriën reeds een nacht lang hun werk hebben kunnen doen en net voor het ontbijt een nieuwe aanval op het tandglazuur inzet. In werkelijkheid blijkt het hoofdmotief voor het poetsgedrag dus een frisse mond bij de ochtendstond te zijn, en wordt dit verlangen eenvoudig gelijkgesteld met een gezondheidsdoel.

Met dit voorbeeld raken we meteen de kern van het probleem in de verhouding tussen preventieve, curatieve en palliatieve gezondheidszorg. Zowel de volksmond, de wetenschap als het beleid zullen erkennen dat voorkomen beter is dan genezen. Toch heeft in onze gezondheidszorg en in ons gezondheidshandelen preventie niet de eminente plaats waartoe men zou kunnen concluderen, noch in het beleid, noch in wijdverspreide *handelingspatronen van de bevolking*. Zorgen voor de gezondheid blijkt veeleer een kwestie van 'ex post'- dan van 'ex ante'-gedrag. De preventie van tabaksconsumptie is een goed voorbeeld. Hoewel de nationale overheid van ieder pakje sigaretten drie vierden aan taxes incasseert - goed voor in totaal 53 miljard inkomsten in 1995 - geeft zij slechts 10 miljoen per jaar uit aan tabakspreventie. Dat is 1 frank per inwoner. Ter vergelijking: in de staat Arizona in de VS is dat 232 frank, in Canada 34 frank, in Nederland 6 frank en in het Verenigd Koninkrijk 5 frank. Longkanker is in Vlaanderen zowel in de leeftijdsgroep van de 45- tot 64-jarigen als in de leeftijdsgroep van de 65- tot 74-jarigen de belangrijkste doodsoorzaak. Het beleid schiet hier duidelijk tekort (Raes, 1997). Is dit omdat preventie ondertussen een Vlaamse bevoegdheid is, terwijl de accijnzen op tabak de nationale kas spijsen?

Dergelijke toepassingen zien we in ons 'gezondheidshandelen' in het algemeen: de relatief geringe inspanningen om kwalen te voorkomen, blijken ons niet echt te (kunnen) motiveren. We denken slechts aan onze gezondheid... als we ziek zijn.

Een weinig ontwikkeld preventiedenken

Het probleem situeert zich dus op een dieper niveau. Preventief handelen impliceert de wil om gewenste resultaten te bekomen. Het gaat om 'keuzegedrag'. En het gaat om keuzegedrag van

de mensen zelf, dat de overheid slechts indirect kan beïnvloeden. Wat de overheid 'wil' wordt niet meteen vertaald in wat mensen 'willen' en het is noch adequaat, noch aanvaardbaar om preventieve doeleinden door het gebruik van dwangmiddelen te verwerkelijken.

Bovendien bestaat er tussen ons 'weten' en ons 'willen' vaak al een even grote kloof als tussen ons 'willen' en ons 'wensen'. We 'weten' dat ons gebit het best regelmatig wordt gecontroleerd en we 'willen' wel naar de tandarts voor een controle, maar 'wensen' de confrontatie met de vreesaanjagende hoor allerminst, en dus wachten we tot helse tandpijn zelfs onze vrees voor de hoor overwint. We doen onszelf dus méér pijn aan, door onze vrees voor pijn. We 'weten' dat tabak, teveel alcohol of cholesterol, te weinig lichaamsbeweging en slaap ongezond zijn, maar blijven ongestoord risico's nemen... tot het (bijna) te laat is. Soms is de oorzaak hiervan loutere wilswakte: we willen ons gedrag veranderen, maar kunnen het niet. Soms speelt het mechanisme van de 'cognitieve dissonantie': we weten het wel, maar minimaliseren of verdringen deze kennis. Soms onthouden we de vereiste materiële of sociale competenties om adequaat preventief te handelen. Zo zijn de levens-, woon- en arbeidsomstandigheden van de lagere sociale klasse heel wat ongezonder dan die van de midden- en hogere klassen. En soms hebben we het moeilijk om onszelf daadwerkelijk als een continuïteit doorheen de tijd te zien en geven we aan ons actuele zelf een overmatig grote waarde in verhouding tot ons toekomstige zelf ('time discounting'). Dat laatste is voor ieder preventiedenken van cruciaal belang, want veel van de gezondheidsrisico's die wezenlijk vermijdbaar zijn, vinden hun oorzaak in een (relatief) ver verleden of, omgekeerd, situeren zich in een verafgelegen toekomst. Het risico van kanker situeert zich tientallen jaren later dan het beginnend rookgedrag, gehoorstoornissen door blootstelling aan te luide muziek tijdens de adolescentie worden vooral na het vijftigste levensjaar manifest en men zou heel wat rugklachten op latere leeftijd kunnen voorkomen door een volgehouden lichaamsstraining. En het kan zelfs nog extremer: zo blijkt een op de leeftijd van één jaar goed ge-

voede baby daarvan nog de gunstige effecten te ervaren op zijn zestigste, en wel onder de vorm van een verminderd risico van ischemisch hartlijden (Eggermont, 1997). We hebben het echter kennelijk bijzonder moeilijk om ons in de positie van ons toekomstige zelf - of dat van onze kinderen - te situeren, althans voor wat de gezondheid betreft. Op die manier kan ons jongere zelf *bijzonder onrechtvaardig zijn voor ons oudere zelf*, want het is dit laatste zelf dat uiteindelijk met de gezondheidsstoornissen wordt opgezaaid.

Dat is niet alleen of zelfs niet hoofdzakelijk een kwestie van rationaliteit; het is ook een kwestie van cultuur. Zo vindt ons pensioenstelsel een zeer ruime erkenning. Iedereen aanvaardt dat er bijdragen moeten betaald worden om de eigen bestaanszekerheid op latere leeftijd garant te stellen. Waarom vindt een dergelijke ingesteldheid minder aanhang waar het gedragsveranderingen veeleer dan financiële overdrachten betreft? Waarom is men makkelijker bereid te betalen om zekere toekomstige risico's op te vangen dan men bereid is om zijn gedrag te wijzigen zodat bepaalde van die risico's drastisch worden verminderd? Het is bekend dat enkele minuten stretchen voor men zware fysieke arbeid verricht, zoals dat in Japan is ingeburgerd, de kans op talrijke arbeidsongevallen drastisch vermindert. Toch zou dergelijke 'dirigistische' preventiemaatregel in onze cultuur wellicht op groot protest worden onthaald. We zijn, wat dat betreft, nu eenmaal sterk individualistisch georiënteerd.

In onze populaire zowel als professionele cultuur van de gezondheid primeert dus nog het curatieve denken en handelen eerder dan het preventieve. We genezen liever dan we voorkomen en we geven kennelijk met gullere hand om te genezen dan om te voorkomen. Daardoor zijn we ertoe geneigd gezondheidszorg spontaan met 'de medische sector' te vereenzelvigen, hoewel een belangrijk deel van de verantwoordelijkheden daar volledig buiten liggen. Denken we maar aan de diensten voor drinkwatervoorziening, de reinigingsdiensten, de diensten voor huisvesting of de diensten voor voedingscontrole. Misschien vinden wij dergelijke voorzieningen vandaag een evidentie, maar 150 jaar geleden bij

ons en vandaag in heel wat landen uit de derde wereld werd en wordt de strijd tegen tal van infectieziekten vooral gevoerd door actoren die zich buiten 'de medische sector' *sensu strictu* bevinden.

Het zou overigens volstrekt onjuist zijn te menen dat dergelijke niet-medische preventiemaatregelen vandaag in onze samenleving meer dan volstaan. Aan preventiemaatregelen ter voorkoming of vermindering van de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaken in Vlaanderen, met name verkeersongevallen, longkanker, zelfdoding en ischemische hartaandoeningen komt onze specialistische geneeskunde nauwelijks te pas: zij vergen interventies in onze manier van leven, in onze levensstijl. Ook voor wat de milieugebonden aandoeningen of 'beschavingsziekten' betreft, zoals kanker, neurodegeneratieve aandoeningen, astma en andere allergische aandoeningen, sommige auto-immuunziekten, ziekten van de bloedvaten en van de nieren, bepaalde voortplantingsproblemen en problemen inzake de kwaliteit van de moedermelk, waarvan de wetenschap het belang en de stijgende trend steeds meer onderstreept, moeten preventieve maatregelen in de eerste plaats gezocht worden op het vlak van het milieubeleid en de maatschappelijke organisatie. Diagnostisch en etiologisch onderzoek wordt weliswaar door medische experts uitgevoerd, maar preventief-therapeutische interventies vallen buiten hun bevoegdheid.

Het gezondheidsbeleid moet dus steeds meer een integraal beleid worden, én omwille van de ruimere omschrijving van 'gezondheid' die opgeld doet, én omwille van de ruimer wordende context waarin de etiologie van gezondheidsaandoeningen moet worden gesitueerd. Er moet een 'milieugeneeskunde' tot ontwikkeling komen, gespecialiseerd in aandoeningen veroorzaakt door specifieke milieuv variabelen (bodem-, lucht- en waterverontreiniging, geluidsoverlast), net zoals zich vroeger een 'arbeidsgeneeskunde' ontwikkelde, gespecialiseerd in aandoeningen die verband houden met de arbeidssfeer.

De cultuur van het curatieve primaat

Waarom primeert het curatieve denken en handelen in onze gezondheidszorg? Verklaringen

daarvoor kunnen worden gezocht (a) in de structuren en de organisatie van de gezondheidszorg en hun relaties met andere maatschappelijke sferen en instituties of (b) in objectieve gezondheids- en ziekte-indicatoren van een bevolking. Wat het eerste betreft, kan men wijzen op ons systeem van 'prestatiegeneeskunde'. De aanbieders van gezondheidszorg krijgen geen enkele (financiële) stimulus om preventief te handelen. Integendeel, zoals *Le Docteur Knock* van Jules Romains worden zij ertoe gedreven hun medisch-curatieve prestaties zoveel mogelijk op te drijven. Wat het tweede betreft, kan worden gewezen op de vergrijzing en veroudering van de bevolking of op de typische beschavingsziekten, zoals ischemische hartaandoeningen en longkanker. Verklaringen voor het primaat van het curatieve denken en handelen kunnen echter ook ruimer worden gezocht in (c) de cultuur van de gezondheidszorgvoorzieningen en (d) in de meer algemene cultuur, die mede bepaalt hoe mensen tegen gezondheid en ziekte aankijken en welke specifieke 'betekenissen' ze eraan toeschrijven.

De passieve patiënt

Ik wil precies op de laatste, veeleer culturele aspecten de nadruk te leggen. Cultuur speelt immers een veel grotere rol in ons gezondheidsgedrag dan we vaak erkennen, en dat is overigens ook het geval voor onze gezondheidszorgvoorzieningen (Morley & Wallis, 1978). Deze voorzieningen stoelen in aanzienlijke mate op een mens- en ziektebeeld met stevige wortels in de christelijk-katholieke traditie (Conrad et. al., 1995). In deze traditie werd een bijzonder grote solidariteit verankerd met de zieke en lijdende mens, die men nauwelijks persoonlijke verantwoordelijkheid toeschreef voor zijn ziekte. Ziek zijn was een lot, waarvan de diepere zin de betrokkene ontging. Ziekte werd veroorzaakt door variabelen die aan de bewuste wil van de betrokkene ontsnappen. De zieke moest zich dus verlaten op de hulp van anderen, van experts die wel in staat waren de externe oorzaken van de ziekte te detecteren en - eventueel - te controleren, of die oorzaken nu transcendent (in termen van gods toorn) of immanent (in termen van ziektekiemen) werden gelocaliseerd.

Later fundeerde dezelfde 'patiënt-passieve' traditie een breed verspreid medisch paternalisme, waarin het gezond maken hoofdzakelijk de verantwoordelijkheid was van de ziekenverzorger. Vroeger was dat vooral gebaseerd op een ethiek van het 'pa-tienter', van het afwachten in gebed op een goddelijk teken van deernis. Vandaag is het gebaseerd op eenzelfde ingesteldheid: de patiënt onderwerpt zich aan het medisch model, waaraan hij een soms quasi-sacrale almacht toeschrijft (De Swaan, 1986). In de moderne tijd maakte een causaal ziektemodel opgang, waarin het ziek zijn niet alleen verregaand werd gedeeethiseerd, maar tevens gederesponsabiliseerd: de verantwoordelijkheid voor het ziek worden, werd buiten de patiënt gelegd en de verantwoordelijkheid voor het terug gezond worden kwam in handen van professionele zorgverstrekkers.

Die erfenis heeft als bijzonder groot voordeel gehad dat er in onze cultuur een weinig gecontesteerde solidariteit is met de zieke mens. Hij kan aan zijn ziek zijn immers niets verhelpen, hij 'heeft pech'. Op die manier kon een erg performant en sociaal gericht systeem van gezondheidszorgvoorzieningen worden uitgebouwd. Wellicht bestaat er geen sector waarin de idee van de menselijke gelijkwaardigheid en de praktijk van het behoeftegericht handelen zo stevig is verankerd als onze gezondheidszorg. Ondanks de bijzonder grote sociale ongelijkheden wat betreft blootstelling aan specifieke gezondheidsrisico's en ondanks de sociale ongelijkheden in de toegang tot gezondheidszorgvoorzieningen (Raes V., 1993) wordt de medische ethiek sterk door egalitaristische principes gedreven: zelfs tegenover zogenaamde 'illegale medemensen' aan wie het bestaansminimum wordt ontzegd, erkent men het recht op 'dringende medische zorg', en onze hoogwaardigheidsbekleders krijgen dezelfde medische zorg (maar daarom nog niet met hetzelfde comfort) als gewone burgers. Artikel 1 van de *Europese handleiding voor medische ethiek*, volgens hetwelk medische hulpverlening dient verstrekt 'ongeacht leeftijd, ras, geslacht, religie, nationaliteit, sociale stand, politieke overtuiging of enig ander motief' dan de gezondheidsnood van de patiënt, is diep verankerd in onze medische cultuur.

'Ziek zijn' behoort tevens tot de schaarse legitieme redenen om zich van belangrijke burgerverplichtingen ontslagen te weten, zoals de schoolplicht, de verbintenis tot uitvoering van de arbeidsovereenkomst of de plicht om te zetelen in een kiesbureau of in een juryrechtbank (Raes K., 1993). Als een 'meester-tovenaar' beschikt de arts als enige over de bijzondere macht om dat ziek zijn medisch-juridisch te bekrachtigen. Ziekte vormt het alibi par excellence.

De erfenis van de katholieke traditie heeft echter ook haar keerzijden. Zo laat zij, in tegenstelling tot veeleer protestants geïnspireerde culturen, nauwelijks ruimte voor het opnemen van verantwoordelijkheid door (potentiële) patiënten zelf. Daardoor verwaarloost zij het preventiedenken ten voordele van het curatieve denken. Gezondheidszorg is dan een kwestie van behandeld worden/medicijnen krijgen, veeleer dan een kwestie van anders gaan leven. Het is nauwelijks een kwestie van persoonlijke verantwoordelijkheid, van 'zelf iets doen'. Zij creëert 'moral hazards': men wordt nalatig, vanuit de overtuiging dat risico's toch 'gedekt' zijn.

Negatief aan een rond zelfverantwoordelijkheid gecentreerd model - zoals de Verenigde Staten - is dat het tot overresponsabilisering kan leiden. Mensen, en vooral mensen uit de lagere sociale klassen, krijgen dan een verantwoordelijkheid toegeschoven die ze niet kunnen opnemen. Negatief aan een rond solidariteit gecentreerd model is dan weer dat het tot deresponsabilisering kan leiden bij mensen die wel degelijk in staat zijn tot grotere zelfverantwoordelijkheid voor hun gezondheid.

Een adequaat preventief gezondheidsbeleid moet ergens tussen beide polen in zitten, om optimale resultaten te kunnen boeken. Wellicht helt thans bij ons de balans te sterk in de richting van een algehele deresponsabilisering en dat is nefast voor de percepties die mensen over gezondheidszorg hebben.

Medisch consumentisme

Het leidt immers vooral tot een consumentistische ingesteldheid tegenover gezondheidszorgvoorzieningen. Slikgedrag wordt de natuurlijke en quasi-sacrale weg naar het wegwerken van

allerlei kwaaltjes. Dat huisartsen in België in 89% van hun consulten een geneesmiddel voorschrijven en in Nederland slechts 54% heeft veel te maken met het in Nederland geldende systeem van de vaste inschrijving, maar houdt wellicht ook verband met cultureel ingebedde attitudes en verwachtingspatronen tegenover de 'geneeskunde'. Belgische huisartsen blijken bij een zeer bont palet aan diagnoses vitamines voor te schrijven; het meest voor de hand liggende placebo (De Maeseneer, 1992). Mensen verwachten van hun arts een geneesmiddelenvoorschrift en de arts die zijn patiënt een gezonde boswandeling of een langere nachtrust zou voorschrijven, loopt de kans niet serieus te worden genomen of, exacter, loopt de kans zijn patiënt de indruk te geven dat hij diens ziekte niet voldoende ernstig neemt. België is dan ook koploper op de wereldranglijst inzake aantallen erkende geneesmiddelen en koploper wat betreft de consumptie van farmaca, waaronder tranquilizers, per hoofd van de bevolking.

Overigens overstijgt dit slikgedrag de medische sector *sensu strictu*, want ook aan tal van etenswaren worden vandaag diverse curatieve kwaliteiten toegeschreven, als waren zij 'geneesmiddelen'. Het is een trend waar de voedingsindustrie steeds meer op inspeelt: het blijkt een steeds veelvuldiger argument in de marketing van voedingsmiddelen te worden; ze werken als 'medicijnen'. De 'appel' die vroeger de dokter 'van uw bed weghield', is ondertussen vervangen door een enorm assortiment voedingswaren, die door de reclame worden aangeprezen omwille van de talrijke gezondheidsbevorderende ingrediënten die erin (zouden) zijn verwerkt en die ons in quasi-medische terminologie - met Latijnse termen dus - worden voorgesteld. Mocht men ook deze 'gezondheidsconsumptie' bij de uitgaven voor gezondheidszorg optellen, dan zou blijken dat een nog aanzienlijker deel van ons BNP door een gezondheidsstreven wordt bepaald.

Hospitalocentrisme

Een ander kenmerk van onze gezondheidszorg is dat zij sterk 'hospitalocentrisch' of 'instellingsgericht' is georiënteerd, met relatieve verwaarlozing van de ambulante thuis- en zelfzorg;

al heeft het beleid van de laatste jaren hier grondig op ingegrepen. Ziekenhuizen, waar patiënten voor kortere of langere duur in een bed worden gelegd, hebben een prominente plaats in onze verzorgingspraktijk: zieken zijn bedlegerigen, en wie niet te bed ligt, is niet ziek. Onze gezondheidszorgvoorzieningen zijn volgens eeuwenoude tradities uitgebouwd vanuit de centrale positie van het ziekenhuis, vanuit de 'tweede lijn' dus, en niet vanuit de eerstelijnsgezondheidszorg, waardoor die laatste stiefmoederlijk wordt behandeld. Ook dit hospitalocentrisme ligt in de lijn van een veeleer 'passieve' benadering van de zieke, die op zijn beurt aan dit verwachtingspatroon zal beantwoorden door zich méér passief te gedragen dan eigenlijk hoeft. In het ziekenhuis staat de 'ziekte' centraal en wordt van de zieke verwacht dat hij zijn gedrag volledig in het teken stelt van die ziektegerichtheid. Zijn persoonlijkheid is slechts van belang als drager van de ziekte en wordt voor het overige zoveel mogelijk weggelijfd. Het ziekenhuis is een van de samenleving afgezonderd laboratorium waarin het overwinnen van de ziekte de volstreekte disciplineren van de zieke en dus diens onderwerping aan 'de medische blik' veronderstelt (Foucault, 1986). Zijn 'onbevoegdheid' inzake zijn medisch dossier wordt vaak dermate doorgetrokken dat hem in het ziekenhuis ook zijn burgerrechten worden ontnomen of dat die niet echt au sérieux worden genomen. De zieke staat onder het gezag, de leiding en het toezicht van de arts-specialist en allen die in een stricte hiërarchie aan hem zijn ondergeschikt. De persoon van de zieke is - letterlijk - van ondergeschikt belang, terwijl diens ziekte hem niet echt meer toebehoort, het object is geworden van een verzameling medische praktijken die hij moet ondergaan.

Dit passief en passiverend 'patiëntengedrag' deinde ook uit naar de rust- en verzorgingsinstellingen voor bejaarden en kon slechts worden tegengewerkt door de uitbouw van nieuwe infrastructuur (zoals serviceflats) waarin de zelfstandigheid van de bejaarde zoveel als mogelijk kan worden gevrijwaard. Het hospitalocentrisme is tevens bijzonder sterk aanwezig wat bevellingen betreft. In ons land bevat meer dan 95% van de vrouwen in een kraamafdeling. Desondanks heb-

ben we toch een vrij hoge kindersterfte.

En verder domineert dit hospitalocentrisme ook grotendeels ons omgaan met het sterven. (Ariès, 1987). We hebben het sterven 'uit' onze samenleving getild, het gemedicaliseerd (het ouder worden/sterven als 'ziekten') en het in instellingen geïsoleerd, ja, geïndustrialiseerd. Doodgaan doen wij in instellingen die van de strijd tegen het sterven hun hoofddopdracht hebben gemaakt. Daardoor werd dit sterven geabnormaliseerd als iets wat niet echt tot het leven behoort.

Huisbezoeken

Tenslotte heeft ons land ook nog het wereldrecord huisbezoeken door huisartsen, die zich voor de geringste aandoening ten huize van de patiënt moeten aanmelden, desgevallend midden in de nacht (De Maeseneer et. al., 1994). Ook hier ligt de oorzaak in belangrijke mate bij de organisatie van de gezondheidszorg: huisbezoeken zijn relatief goedkoop en bijzonder comfortabel voor de zieke die het soms lange wachten in de wachtzaal vermijdt. Het ligt tevens in het verlengde van de mentaliteit waarin de passiviteit van de patiënt als een volstrekt legitiem, wellicht 'verwacht' gedragspatroon geldt. Een zieke 'laat' zich verzorgen, onderwerpt zich, het is de ziekenverzorger die actief optreedt, van wie een 'inzet' wordt gevraagd.

Het primaat van lichamelijke letsels

Een andere dimensie van onze gezondheids-cultuur is dat er bij ons een veel grotere aandacht - en dus infrastructuur - is voor het helen van lichamelijke dan voor geestelijke letsels. Opvattingen van geestelijke gezondheid worden, veel meer dan lichamelijke, vaak nog normatief gekleurd, als kwalen waar de patiënt wel degelijk enige verantwoordelijkheid voor draagt of, omgekeerd, als kwalen die rechtstreeks de vatbaarheid voor verantwoordelijkheid raken. Het 'causaal model' raakt hier kennelijk moeilijker ingeburgerd. De geestelijk zieke wordt aldus ofwel geculpabiliseerd (het is allemaal comedie), ofwel uit de morele orde gehaald als iemand die volstrekt geen verantwoordelijkheid kan opnemen.

Het valt niet te loochenen dat er tussen psychische stoornissen en de ruimere, morele cultuur talrijke verbanden zijn. De culturele psychiatrie heeft zulks duidelijk aangetoond. Dat is bv. het geval voor depressieve stoornissen (Pieters & Peuskens, 1997). Ook suïcidair gedrag wordt sterk cultureel beïnvloed. Dat geldt trouwens ook voor heel wat lichamelijke stoornissen. Maar die culturele beïnvloeding betekent niet dat de betrokkene zelf er meer greep op zou hebben. Toch kan men vaststellen dat mensen veel opener staan tegenover fysieke kwalen en tegenover patiënten met fysieke kwalen - met uitzondering, wellicht, voor diabetes-patiënten - dan tegenover personen met psycho-somatische klachten. Niemand loopt ermee te koop dat hij in behandeling is bij een neuro-psychiater, terwijl men geen enkele schroom heeft om zijn lichamelijke kwalen te etaleren. We vrezen de geestesziekte, ook die bij onszelf, verdringen en verzwijgen haar. Dat maakt preventief optreden op dit terrein zeer moeilijk. En dan stel ik nog niet de vraag of de preventie van geestelijke stoornissen geen moeilijk aanvaardbare interventies in de persoonlijke levenssfeer zouden impliceren.

Gezondheids- en schoonheidsidealen

Een laatste opvallend kenmerk van onze cultuur van de gezondheid is dat, vooral in de recente periode, gezondheidsidealen vaak met schoonheidsidealen worden verward, wat al eens nefaste gevolgen heeft op de gezondheid zelf. Het vigerende schoonheidsideaal, dat vooral door de media en door de reclame-industrie wordt verspreid en waarvoor zij dan ook een grote verantwoordelijkheid dragen, is buitengewoon eenzijdig en frustrerend en neemt het intolerante icoon van het jong-en-slanke-zijn tot allesoverheersende standaard (Wolf, 1989). Streven naar gezondheid is streven om er zo jong mogelijk uit te zien. Dat inspireert vaak erg ongezonde leef- en dieetgewoonten, die echter juist als 'gezondheidsgedrag' worden aangemerkt. Het Barbie-pop-ideaal heeft niet alleen met zich gebracht dat men het ouder worden steeds meer als een 'ziekte' is beginnen bejegenen die door medische of door cosmetische producten moet 'behandeld' worden (de grens tussen beiden is vaak moeilijk

te trekken, want ook schoonheidsproducten meten zich het imago van medische producten aan) het heeft ook nieuwe beschavingsziekten opgewekt zoals boulemia en anorexia nervosa (Vandereycken, 1997). Het wordt daarom wellicht nodig er wat meer op te wijzen dat het Barbie-ideaal een bijzonder ongezond ideaal is, al is het maar omdat Barbie nooit op een natuurlijke manier zou kunnen bevallen: met een dergelijk beken komt daar zeker een keizerssnede aan te pas...

Naar een integrale gezondheidszorg?

Onze cultuur in het algemeen en onze gezondheidscultuur in het bijzonder zullen naar de toekomst toe grotere aandacht moeten hebben voor preventie, zowel door een adequatere controle van ziekte-genererende omgevingsfactoren als door het stimuleren van gedragsveranderingen (Damoiseaux et. al., 1993). Daartoe is allereerst een ruimere en diepere kennis nodig. Op het vlak van de gezondheidssociologie heeft Vlaanderen een grote achterstand in te halen. Tegelijk echter mag een grotere nadruk op gezondheidsbevordering en ziektepreventie geen colonisering van de persoonlijke levenssfeer met zich brengen, waarbij 'de volksgezondheid' of 'de gezondheidsbelangen van onze kinderen' verregaande inbreuken op de privacy zouden (kunnen) legitimeren. Er zijn grenzen aan de grenzen rond die persoonlijke levenssfeer. Het dossier over kindermishandeling en -verwaarlozing heeft dat nog maar eens duidelijk gemaakt (Clara, 1990). Kinderen beneden de 5 jaar lopen (wereldwijd) de grootste gezondheidsrisico's en in die zin wordt hun fysieke en psychische kwetsbaarheid terecht benadrukt. Niettemin blijft het een moeilijke oefening om een evenwicht te zoeken tussen een verantwoorde bekommernis om de gezondheid van kinderen in bijvoorbeeld zgn. 'risico-gezinnen' en een even terechte bezorgdheid om een al te grote overheidsinmenging. De etiologie van talrijke gezondheidsrisico's blijft dermate multi-factorieel (denk aan de geestelijke gezondheidsstoornissen) dat een doorgedreven 'voorkomingsbeleid' andere dan gezondheidswaarden volledig uit het oog dreigt te verliezen. Onder het mom van ziektepreventie kan een

medicocratie worden gelegitimeerd die de bevolking dwingt tot het ondergaan van (genetische en andere) screenings, inenting, lichaamsonderzoeken, gedragscontrole, of gedwongen internering. Om die reden moet de overheid in eerste instantie voorwaardescheppende maatregelen nemen die mensen meer kansen geven om in optimaler omstandigheden over hun gezondheid te waken, in plaats van rechtstreeks hun handelen zelf te viseren. Zij moet zich in haar beleid op de omgeving eerder dan op de persoon richten (Van Hove, 1997). Dergelijke maatregelen situeren zich zowel op het niveau van de milieuzorg en de (gezondheids)infrastructuur als op het niveau van de voorlichting en informatie. Zonder daarom in een plat efficiëntiedenken te vervallen, kan erop gewezen worden dat er nog steeds heel wat meer kinderen sterven in het verkeer dan in 'risico-gezinnen'. Dat wil niet zeggen dat er geen grotere aandacht moet worden gevraagd voor een betere zelfzorg. Maar enerzijds blijft dergelijke zelfzorg dweilen met de kraan open omdat de omgeving talrijke (nieuwe) ziekten genereert, terwijl anderzijds zelfzorg 'op zich' niet beter is indien zij niet op adequate informatie berust. Er bestaan al meer dan voldoende 'zelfzorgpraktijken' die op bijgeloof en verkeerde informatie berusten en mensen in de handen van kwakzalvers drijven. Het is dan ook fout om zelfzorg en professionele zorg als elkaars tegengestelden te interpreteren, want een goede zelfzorg impliceert juist het tijdig raadplegen van professionele gezondheidshelpers (Evers, 1997).

Hoedanook, ziektepreventie overstijgt de medische sector *sensu strictu* en kan zelfs de-medicalisering, de-farmacologisering en de-hospitalisering impliceren. Een adequaat gezondheidsbeleid moet preventieve, curatieve en palliatieve doelstellingen weten te integreren. Een adequaat preventiebeleid moet zoveel als mogelijk primaire preventie centraal stellen en in tweede orde meer de nadruk leggen op secundaire preventie door de uitbouw van een degelijke eerste lijnsgezondheidszorg op het niveau van de huisartspraktijk. Preventief gezondheidsbevorderend handelen kan worden aangemoedigd door intensievere gezondheidsvoorlichting via de media, maar ook door de vaste inschrijving bij de huis-

arts en het, in het algemeen, afbouwen van een prestatiegeneskunde. Dat vergt een integrale visie op gezondheid en gezondheidsbeleid. Daarom is het jammer dat de politieke bevoegdheden zo sterk zijn versnipperd. Alleen waar het beleid blijk geeft van een integrale visie, waarin milieubeleid, huisvestingsbeleid, verkeersbeleid, voedingsbeleid en gezondheidsbeleid coherent op elkaar zijn afgestemd, kan worden verantwoord dat ook de burgers worden aangesproken op een grotere zelfverantwoordelijkheid en een grotere zelfzorg voor hun gezondheid.

- Anès P. (1987), *Het uur van onze dood. Duizend jaar sterven, begraven, rouwen en gedenken*, Elsevier, Amsterdam/Brussel.
- Clara R. e.a. (1990), *Kindermishandeling en -verwaarlozing in Vlaanderen. De ervaringen van de vertrouwensartsencentra in Antwerpen, Brussel en Leuven*, Acco, Leuven.
- Conrad L.I., M. Neve, V. Nutton, R. Porter & A. Wear (1995), *The western medical tradition 800 BC to ad 1800*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Damoisseaux V., Van der Molen H.T. & G.J. Kok (1993), *Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering*, Van Gorcum, Assen.
- Dhooghe G. (1996), *Opinie van jongere en oudere generaties over enkele actuele maatschappelijke problemen*, CBGS-document 6, Brussel.
- De Maeseneer J. (1989), *Huisartsgeneeskunde: een verkenning*, UG, Gent.
- De Maeseneer J., De Prins L. & J.P. Heyerick (1993), *Het huisbezoek in België: analyse van een wereldrecord*, *Huisarts Wet*, 37 (12), 552-6.
- Eggemont E. (1997), *Cultuur van het gezin en gezondheid*, Preventieve Gezondheidszorg, Vlaams Preventiecongres 1997, Kluwer, Antwerpen, 485-497.
- Evers G.C.M. (1997), *Zelfzorg en preventie. Cultuur bij gezondheid en ziekte*, Preventieve Gezondheidszorg, Vlaams Preventiecongres 1997, Kluwer, Antwerpen, 523-537.
- Foucault M. (1986), *Geboorte van de kliniek. Een archeologie van de medische blik*, Sun, Nijmegen.
- Kerckhofs J. (ed) (1992), *De versnelde ommekeer*, Lannoo, Tielt.
- Morley P. & R. Wallis (eds.) (1978), *Culture and curing. Anthropological perspectives on traditional medical beliefs and practices*, University of Pittsburg Press, Pittsburg.
- Pieters G. & J. Peuskens (1997), *Depressieve stoornissen en cultuur*, Preventieve Gezondheidszorg, Vlaams Preventiecongres 1997, Kluwer, Antwerpen, 538-550.
- Raes K. (1993), *Ethisch-juridische aspecten van medische getuigschriften*, *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 49 (20), 1430-36.
- Raes K. (1997), *Preventieve gezondheidszorg, het schadebeginsel en legitiem overheidspaternalisme. Ethisch-juridische aspecten van tabaksgebruik*, Preventieve Gezondheidszorg, Vlaams Preventiecongres 1997, Kluwer, Antwerpen.

370-382.

Raes V., Kerkhofs F. & F. Louckx (1993), *Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid*, VUB Press, Brussel.

Vandereycken W. (1997), *Preventie van eetstoornissen*, Preventieve Gezondheidszorg, Vlaams Preventiecongres 1997, Kluwer, Antwerpen, 478-484.

Van Hove E. (1997), *Medische preventie en de persoonlijke levenssfeer*, Preventieve Gezondheidszorg, Preventiecongres 1997, Kluwer, Antwerpen, 553-

563.

Vlaamse Regering, Kabinet van de Vlaamse Minister van Financiën, Begroting en Gezondheidszorg (1996), *Vlaamse gezondheidsindicatoren 1994*. Voorstelling van de resultaten en actieprogramma, Brussel.

Wolf N. (1989), *De zoete leugen. De mythe van de schoonheid*, Rainbow Pockets, Amsterdam.