

**Hans Achterhuis** (1942) studeerde theologie en filosofie in Utrecht en Straatsburg. In 1967 promoveerde hij op een studie over Albert Camus. Van 1973 tot 1990 was hij verbonden aan de Faculteit der Wijsbegeerte van de Universiteit van Amsterdam, en van 1988 tot 1991 als bijzonder hoogleraar in de milieufilosofie aan de Landbouwuniversiteit van Wageningen. Vanaf 1990 is prof. dr. H.J. Achterhuis hoogleraar Algemene Wijsbegeerte aan de Universiteit Twente. Van zijn talloze publicaties zijn ondermeer de boeken *De markt van welzijn en geluk* (1980), *Het rijk der schaarste* (1988) en *De erfenis van de utopie* (1998) klassiekers te noemen.

DE GEZONDHEIDSUTOPIE

prof. dr. Hans Achterhuis

# DE GEZONDHEIDSUTOPIE

prof. dr. Hans Achterhuis

g

LEZING-2004

g

LEZING 2004

g

LEZING-2004

de gezondheidsutopie

# de gezondheidsutopie

prof. dr. Hans Achterhuis

## INHOUD

voorwoord – 7

**de gezondheidsutopie – 11**

sociale en technische utopie – 16

het begrip 'gezondheid' – 21

leefstijl en technische beloften – 28

de verleiding van Syracuse – 32

bibliografie – 39

colofon – 40

## voorwoord

Gezondheid is het belangrijkste goed voor bijna ieder individu. Voor de samenleving als geheel lijkt dat niet anders te zijn. Toch gaat het debat in Nederland vooral over de gezondheidszorg en niet over de zorg voor de gezondheid. Centraal in de politieke discussie staan structuren en geld. Een meer fundamenteel debat over de gezondheid in of van de samenleving is niet aan de orde. Terwijl zo'n discussie bepaald niet misplaatst zou zijn. Juist in een tijd waarin er sprake is van fundamentele veranderingen in het volksgezondheidsbeleid, in de verantwoordelijkheid van de burger voor zijn eigen gezondheid, in de beschikbare financiële middelen of in de structuur van de zorg.

Zijn de burger en de professional niet te veel gepamperd met het huidige voorzieningenniveau? Artsen kunnen steeds meer onderzoeken, dus meer vinden, dus meer doen. Maar hoe meer ze kunnen, hoe meer ze doen, dus hoe minder tijd ze hebben. En hoe minder tijd ze hebben... Hoe werkt dat uit op de gezondheid van de burger? Ofwel: wat is het effect van de rationalisering - zo niet industrialisatie - van de zorg op de houding van de burger ten opzichte van zijn eigen gezondheid of die van zijn naasten?! Welk gevolg zal de verschuiving in verantwoordelijkheden van overheid naar burger hebben voor de gezondheid van de burger? En: is het niet zo dat mensen vooral gelukkig willen worden, niet gezond? Tuurlijk, het liefst is iedereen gelukkig én gezond. Maar zijn we niet allemaal liever gelukkig en ongezond, dan gezond en ongelukkig?!

Om dit soort vragen de ruimte te geven, heeft het samenwerkingsverband G het initiatief genomen tot het instellen van een jaarlijkse G-lezing: een fundamentele beschouwing over de relatie gezondheid – samenleving, afgerond met een forumdebat over de implicaties van het betoog van de spreker. Genodigden: een selecte groep van vertegenwoordigers uit de politiek, het openbaar bestuur, de wetenschap, maatschappelijke organisaties, en het veld van de gezondheidszorg.

Voor de eerste G-lezing hebben wij gekozen voor het onderwerp ‘de betekenis van gezondheid in onze samenleving’. Je hoeft er niet voor doorgeleerd te hebben om te weten dat deze betekenis nogal kan verschillen, of het nu gaat om de burger, de professional, ‘de politiek’, de Nederlandse samenleving of die van Melanesië. Niet alleen de betekenissen verschillen, ook de onderliggende beelden en belangen. Stuk voor stuk zijn ze van invloed op de keuzes die we maken.

Na het vaststellen van het onderwerp, was duidelijk wie deze eerste lezing zou moeten houden: Hans Achterhuis. Wij zijn dan ook bijzonder blij dat hij onze uitnodiging heeft willen aanvaarden. Niet minder blij zijn wij met de wijze waarop hij het thema heeft benaderd. Hij legt de vinger op diverse paradoxen in de zorg voor onze gezondheid. De burger die zichzelf als overwegend gezond beschouwt, maar toch massaal naar arts en ziekenhuis gaat; het kabinet dat de eigen verantwoordelijkheid van de burger wil vergroten, maar tegelijkertijd steeds betuttelender optreedt; burgers die mondiger heten te zijn, maar zich almaar afhankelijker opstellen van de zorg; voorlichting die meer ziekte blijkt te kunnen oproepen dan voorkómen. Volgens Achterhuis worden deze paradoxen veroorzaakt door het geloof dat een perfecte gezondheid, zowel op maatschappelijk als op persoonlijk niveau, goeddeels haalbaar is. De titel ‘De Gezond-

heidsutopie’ komt dan ook niet uit de lucht vallen.

Het geloof in de perfecte gezondheid zal leiden tot een steeds grotere druk op de gezondheidszorg. De uitbreiding van de gezondheidszorg en de toename van medische kennis maken, zo stelt Achterhuis, veel mensen onzekerder en afhankelijker van het gezondheidszorgsysteem. Hierdoor wordt hun gezondheid ondermijnd en storten zij zich voor elke klacht in het medisch circuit. De subjectieve beleving van de burgers wordt teveel onderschat en verwaarloosd. De natuurlijke genezingskracht van de mens wordt teveel veronachtzaamd, juist door diverse ontwikkelingen in de geneeskunde en de gezondheidszorg. De suggestie van een maakbaar lichaam en een voortdurend verbeterbare gezondheid wordt steeds vaker gewekt. Misschien hoef je straks van leven niet meer dood te gaan?! Alleen is daar dan natuurlijk wel iets meer geld voor nodig...

Achterhuis sluit zijn analyse af met drie suggesties om de gezondheidsutopie te ontmantelen, suggesties voor ‘de politiek’ én voor de professionals op het terrein van de volksgezondheid en gezondheidszorg.

Is de illusie van een gezond leven ook een ziekte? Het is hoog-nodig dat het debat over de gezondheidszorg wordt verbreed tot een debat over de zorg voor onze gezondheid. Aan G zal het niet liggen!

Utrecht, november 2004

namens de organisatie van de G-lezing

Erik Lieber, coördinator

## de gezondheidsutopie

Wie zijn ogen de kost geeft en zijn oren te luisteren legt bij de vele maatschappelijke discussies over gezondheids- en welzijnszorg, wordt getroffen door talrijke paradoxen. Een bevolking die zichzelf volgens onderzoek als overwegend gezond beschouwt en toch massaal naar arts en ziekenhuis trekt, een beleid dat eigen verantwoordelijkheid hoog in het vaandel draagt maar al maar betuttelender uitpakt, patiënten die steeds mondiger heten te zijn maar zich voortdurend afhankelijker van de zorg opstellen, voorlichting die meer ziekte oproept dan voorkomt, het zijn maar enkele van de paradoxale verschijnselen waar we op gezondheidsgebied mee te maken krijgen. Voordat ik een aantal van deze paradoxen kort de revue laat passeren, wil ik eerst het kader schetsen waarbinnen ik er aandacht aan wil schenken.

Volgens de omgangstaal (niet de filosofische logica, die ik hier buiten beschouwing laat) is een paradox een schijnbare tegenspraak. Wat door het oppervlakkige gezonde verstand als een ongerijmdheid, een tegenspraak wordt ervaren, blijkt bij een meer fundamentele beschouwing een goed te begrijpen fenomeen. Vaak moet voor dit laatste de paradox binnen een bepaald breder kader worden gesitueerd. Dat 'vele eersten de laatsten zullen zijn' – het woordenboek-voorbeeld bij 'paradox' – kan alleen begrepen worden vanuit een christelijke visie waarbinnen genade voor verdienste gaat. Welnu, op dezelfde wijze kunnen vele van de paradoxen uit de zorgsector gesitueerd worden binnen de logica van het utopisch denken die onze hedendaagse maatschappij doortrekt. Wie onze huidige samen-

leving als een deels gerealiseerde utopie beschouwt, zal niet meer verbaasd zijn over veel van de paradoxen die gezondheidszorg en gezondheidsbeleid teisteren. Een aantal ervan noem ik kort.

*Tobben in voorspoed* was de titel van een bundel waar ik enkele jaren geleden aan meewerkte met als ondertitel *Over de paradox van de geneeskunde*. Dunning – inmiddels emeritus-hoogleraar cardiologie – drukte de essentie van deze paradox fraai uit met de titel van zijn bijdrage *Met de dood op de hielen door luilekkerland*. Vergeleken met onze eigen geschiedenis en met het merendeel van de mensheid leven wij in een medisch luilekkerland. Mensen zijn nooit en nergens zo oud geworden en zo zeer gevrijwaard van ziekte, lijden en gebrek. Tegelijkertijd kan de gezondheidszorg het beroep dat op haar gedaan wordt nauwelijks aan, zijn er nog steeds zo'n achthonderdduizend arbeidsongeschikten en kunnen we ondanks onze rijkdom de gezondheidszorg maar moeizaam betalen.

Als we naar meningen en gedrag van burgers kijken, springt een andere paradox in het oog. Volgens elk bevolkingsonderzoek beschouwt de Nederlander gezondheid als het hoogste goed, al moet dat de laatste jaren met veiligheid wedijveren. Dit aan gezondheid toegekende belang wordt echter gelogenstraft door het feitelijke gedrag van de gemiddelde Nederlander. Die eet te veel en te vet, gebruikt meer alcohol dan goed is, beweegt te weinig en blijft vaak maar doorroken. Natuurlijk, het verschil tussen opvattingen en gedrag is op meer terreinen aanwezig, maar rondom de gezondheid wordt het wel heel flagrant zichtbaar. Hoe valt dat te verklaren?

Kunnen voorlichting en preventie hier helpen? Deskundigen geven toe dat deze meestal niets uithalen. Soms werken ze zelfs averechts: zo werd een aantal jaren de grote campagne om beeldschermwerkers op de eerste signalen van rsi te attenderen al snel stopgezet. De rsi-klachten bleken toe in plaats van af te

nemen. Dat komt kennelijk veel vaker voor. Mijn Twentse collega, de reumatoloog Rasker, wees in zijn afscheidsrede op een ander populair syndroom dat tot veel klachten aanleiding geeft: fybromyalgie. Het paradoxale advies waar hij in dit geval mee komt om deze aandoening uit te bannen, is om de diagnose niet meer te stellen. Politici, beleidsambtenaren, gezondheidsvoorlichters die zich immers steeds volgens eigen zeggen pro-actief willen opstellen, zullen zich hierbij wel even achter de oren krabben. Evenals de patiënten trouwens die lijden aan de verschijnselen die als fybromyalgie-syndroom worden omschreven.

En wat te denken van die eigen verantwoordelijkheid voor de burgers waartoe de huidige ministers, overigens in navolging van zijn voorgangers, voortdurend oproept. Ze lijkt, ondanks de liberale achtergrond van de bewindspersoon, de overheid er niet van te weerhouden zich steeds meer met de persoonlijke levenssfeer van haar onderdanen te bemoeien. Onze taal is de laatste jaren tenslotte verrijkt met het nieuwe woord 'rookpolitie', die onder andere in persoonlijke werkkamers van mensen in hun arbeidssituatie naar verdachte geuren snuffelt. Het gaat allang niet meer om een eventuele schade aan de ander – volgens John Stuart Mill, de vader van de liberale filosofie, de enige reden voor de overheid om in de privé-sfeer van mensen in te grijpen – maar om hun bestwil, zelfs om 'levensvreugde', zoals Hoogervorst onlangs in een interview (Trouw, 14-04-04) ruitertlijk toegaf. Preventie, zo zei hij, is niet belangrijk 'omdat we kosten willen besparen.' En: 'Als je alleen maar naar de kosten kijkt, kun je op het nogal cynische punt uitkomen dat het stoppen met roken de staat juist geld kost omdat mensen dan langer leven en meer pensioenkosten veroorzaken.' Wat zit er dan wel achter het optreden van de rookpolitie, die ongetwijfeld binnenkort door een calorieënpolitie die ons voedselgebruik controleert, wordt opgevolgd?



De kern van het beleid, aldus de minister, is de bevordering van gezondheid omdat ‘een gezond leven bijdraagt aan levensvreugde.’ Dat burgers niet zelf mogen uitmaken waar hun levensvreugde ligt, maar dat de overheid dit moet bepalen, is voor een liberale politicus zacht gezegd een paradoxale opstelling.

Als ik de pijlen van de paradox op Hoogervorst blijf richten, heeft dat eerder te maken met mijn poging om actuele voorbeelden te geven dan met een fundamenteel verschil tussen zijn beleid en dat van zijn voorgangers. Bij de ontwikkeling van een enkel internetadres voor zorginformatie dat volgend jaar beschikbaar zou zijn, ging het volgens Hoogervorst wel om kostenbesparing op de gezondheidsmarkt. Beter geïnformeerde patiënten maken volgens hem de gezondheidszorg goedkoper. Zij zullen zorgvuldiger tussen de verschillende aanbieders – verzekeraars, artsen, ziekenhuizen – kiezen en nutteloze behandelingen weigeren. In het verleden werd ook betoogd dat de toen zogeheten mondige patiënten de druk op de gezondheidszorg zouden verminderen. Ik heb toen uitvoerig het paradoxale gegeven geanalyseerd dat het juist andersom werkte. Ik zie geen enkele reden waarom rond de huidige versie van de geïnformeerde patiënt de paradox verdwenen zou zijn.

Als ik toch even naar mijzelf en het verleden mag verwijzen: toen de WAO werd ingevoerd, meende de sociaal-geneeskundige Querido, de intellectuele instigator van de wet, dat deze volksverzekering als laatste steen in het stelsel van gezondheidsvoorzieningen definitief ‘zou bijdragen tot het verbeteren [...] en bevorderen van de volksgezondheid.’ De kosten hiervan achtte hij net als iedereen beperkt. De wet zou betrekking hebben op een klein, zelfs afnemend percentage van de werkende bevolking. In *De markt van welzijn en geluk* heb ik de reeds in 1975 door Paul van der Maas gesignaleerde ‘paradoxale ontwikkeling’ van de WAO-problematiek filosofisch

geanalyseerd. Welnu, dezelfde paradoxale mechanismen zien we de laatste tijd rond de AWBZ. Met een gepaste hulpmiddelenvergelijking stelde een redactioneel commentaar van NRC Handelsblad dit voorjaar (16-04-04): ‘De AWBZ is als een rollator zonder rem in een ruimte zonder toegangsdrempels.’ Hoe kunnen we deze ontwikkelingen begrijpen, hoe er greep op krijgen?

Als ik mij ten slotte rechtstreeks op het huidige beleid mag richten, hier vinden ook nieuwe ontwikkelingen plaats die ronduit paradoxaal overkomen. De nieuwe no-claimregeling waarbij gezonde mensen geld toe krijgen en chronisch zieken meer gaan betalen, breekt met de uitgangspunten van behoefte en solidariteit die ons gezondheidszorgstelsel reeds lange tijd kenmerken. Het is rechtvaardig dat degenen die deels door het lot gespaard zijn voor ziekte en gebreken, meebetalen aan de verzorging van hen die het minder goed getroffen hebben. Van dit principe wordt nu bewust afgeweken. Hoogervorst noemt dit ‘omgekeerde solidariteit’. Volgens hem is het ‘een vorm van omgekeerde solidariteit dat chronisch zieken helpen om het systeem betaalbaar te houden.’ Hier is van meer sprake dan van een paradox, hier staan mijns inziens de begrippen regelrecht op hun kop. Maar ook hier geeft de logica van de utopie inzicht in deze ongerijmde ontwikkeling.

## sociale en technische utopie

Ruim tien jaar geleden kondigde Francis Fukuyama het einde van de geschiedenis aan. Na de val van de Muur had de communistische utopie als alternatief voor de liberale marktsamenleving definitief afgedaan. Een betere politiek-economische structuur was hierna niet te bedenken, de kapitalistisch-liberale utopie had gezegevierd; op dit punt was de geschiedenis afgelopen. Twee jaar geleden bleek er echter nog een andere utopie volgens Fukuyama de geschiedenis voort te stuwten. De (bio)technologische utopie opende het zicht op een nieuwe toekomst, die Fukuyama overigens als ‘post-humaan’ afwees. Gekoppeld hieraan bestaat er nog een andere variant die voor een deel de blijvende dynamiek van onze westerse cultuur bepaalt: de sociale utopie. Juist de verschillende krachtlijnen uit de technische en sociale utopie bepalen veel van de paradoxale ontwikkelingen in de zorgsector. Om er een goed zicht op te krijgen ga ik in op de geschiedenis van beide soorten utopieën.

*Utopia* van Thomas More uit 1516 staat aan de basis van heel het moderne utopische gedachtegoed. Hoewel de techniek er zeker niet afwezig is, wordt het geluk in deze goede samenleving vooral dankzij de maatschappelijke ordeningen gerealiseerd. Veel in Utopia beschreven ideeën en idealen hebben de westerse mens in de eeuwen na More blijvend geïnspireerd. Mijn voormalige Groningse collega Lolle Nauta sprak niet voor niets over de moderne samenleving als een gerealiseerd Utopia. Hij doelde hierbij vooral op de plaats van de arbeid en van het arbeidsethos op More's gelukzalige eiland. Even centraal als de arbeid staat echter de gezondheid in Utopia, en de discussies erover doen

actueel aan. Een ‘ongestoorde gezondheid’ is voor de Utopiërs ‘het allervoornaamste genot’. Immers, gezondheid alléén maakt het leven al aangenaam en levenswaard – ‘en zonder gezondheid kan men van niets meer vrijuit genieten.’ Uit de discussies die More hierover weergeeft, blijkt dat de Utopiërs zich in dit verband ook al zorgen maken over voedsel en drank. De ‘rustige, harmonische staat’ van gezondheid wordt bijvoorbeeld afgezet tegen ‘de overdadige genoegens van eten en drinken.’

Geluk en gezondheid worden in Utopia langs maatschappelijke weg bereikt en onderhouden. Er is een uitgebreide sociale controle waardoor op eigen houtje verkeerd handelen en leven zo goed als onmogelijk is. De staat bepaalt wat goed is voor de Utopiërs. Uiterst relevant hiervoor is het onderscheid dat de Utopiërs maken tussen echte behoeften en zinloze wensen, tussen echt genot en ‘schijn-genot’. Alleen het eerste wordt door de staat bevorderd en toegestaan. Wat daarentegen mensen elkaar soms als prettig aanpraten heeft meestel niets met genot te maken. Utopiërs hebben bijvoorbeeld genoeg aan twee stel sobere kleren, zij dobbelen niet en geven zich niet aan uitpattingen over. Wie zich toch fraai wil uitdossen of een gokje wil wagen, vergist zich simpel in wat hij genot noemt. Voor zijn eigen bestwil houdt de staat hem weg van dit ‘surrogaatgenot’.

In *Het nieuwe Atlantis* van Francis Bacon, dat ruim een eeuw na Utopia verschijnt, wordt het geluk vooral langs technische weg gerealiseerd. In ‘Salomons Huis’, een soort groot wetenschappelijk laboratorium, werken natuurwetenschappers en technologiëen hard aan allerlei vindingen die het welzijn van de dankbare burgers vergroten. Dat welzijn bestaat ook hier in de eerste plaats uit een goede gezondheid. In de appendix, waarin Bacon een opsomming geeft van ‘de wonderbaarlijke werken der natuur [...] die de mensen dienen’ en waar het onderzoek in het nieuwe Atlantis op gericht is, draait alles hierom. De lijst begint met ‘de verlenging van het leven’, gevolgd door ‘het herstel van

de jeugd tot op zekere hoogte' en 'de vertraging van de ouderdom'. Verder vinden we hier al 'de verandering van lichaam en gelaatstrekken, het in goede stemming brengen van de geest en het mogelijk maken van meer zingenot.' Plastische chirurgie, Prozac en Viagra, ze zijn in potentie alle in het Nieuwe Atlantis aanwezig.

Nog meer dan voor More's schepping geldt ten aanzien van Bacons utopie dat deze voor een groot deel is gerealiseerd. Zoals de Nederlandse vertaler stelt is de westerse beschaving over het algemeen de richting ingegaan die Bacon voorstelde. 'Bacons utopische fabel is een verdichting van tijdslijnen.' Wat bij Bacon nog meer dan bij More opvalt is het principe van de maakbaarheid. De technische beloften van gezondheid reiken tot in het oneindige. De mens kan zijn lichamelijke en zijn stemmingen zelf bepalen en beheersen. Het lot lijkt uitgeschakeld. Vreemd is overigens wel dat hij dit vooral als passieve consument doet. Bacons tekst is onaf, maar in de bestaande versie duidt niets op enige maatschappelijke betrokkenheid of politieke activiteit van de bewoners van het Nieuwe Atlantis. Dankbaar consumeren zij op passieve wijze de rijkdommen en de overvloed die de wetenschappers voor hen produceren.

In de lange utopische traditie, waarin technische en sociale utopie zich soms vermengen blijft de gezondheid als hoge waarde centraal staan. Juist vanwege dit aspect vond de betreurde Piet Vroon het belangrijk dat *Erewhon*, het utopische verhaal van een omgekeerde wereld van Samuel Butler uit 1872, vertaald werd. Beroemd hieruit is een beschrijving van een rechtszaak waarvan het vonnis luidt: 'Beklaagde, u bent beschuldigd van de grote misdaad aan longtering te lijden en na een onpartijdig proces ten overstaan van een jury van uw landgenoten bent u schuldig bevonden. [...] Het doet mij leed te zien hoe iemand van zo jonge leeftijd [...] in deze bedroevende toestand is gebracht door een lichaamsgesteldheid die ik als niet

anders dan door en door verdorven kan beschouwen [...] dit is niet uw eerste delict [...] Vorig jaar bent u veroordeeld wegens zware bronchitis en ik moet vaststellen dat u, hoewel u nu pas drieëntwintig jaar oud bent, reeds bij maar liefst veertien gelegenheden gevangengezet bent voor ziekten van meer of minder weerzinwekkende aard.' Het principe zal duidelijk zijn: in Erewhon is ziekte een misdaad die bestreden en uitgeroeid moet worden. Op de uitwerkingen en finesses van deze opvatting ga ik niet in. Rest mij nog te vermelden dat Piet Vroon er in zijn voorwoord op wijst dat Erewhon een actueel en profetisch boek is, omdat ook bij ons ziekten steeds meer gecriminaliseerd dreigen te worden. Vroon wees op de pleidooien om mensen met een ongezonde levensstijl hogere premies te laten betalen; dat dit ook zou kunnen gelden voor iemand die zoals Butler beschrijft van jongs af aan ongezond is geweest en die een ernstig ongeluk heeft gehad, komt nog niet bij hem op.

Moet ik deze weg door ons utopische voorland vervolgen? Ik noem nog twee actuele voorbeelden, de ecologische en de feministische utopie. In *De erfenis van de utopie* heb ik beschreven hoe mijn belangstelling voor de utopische verbeelding tijdens een busreis in de Verenigde Staten bij het lezen van *Ecotopia* van Ernst Callenbach, het prototype van de ecologische utopie, werd gewekt. De Ecotopiërs zijn geobsedeerd door gezond voedsel. *Fast food*, sterk bewerkte voedingswaren of andere ongezonde producten zijn verboden of staan op zwarte lijsten. Als de buitenlandse bezoeker van Ecotopia hier totalitaire praktijken meent te ontwaren, blijkt dat maar zeer gedeeltelijk het geval. Onze hedendaagse gezondheidsvoorlichters en preventiewerkers zullen jaloers zijn: morele overtuigingskracht is in Ecotopia meestal voldoende om ongezonde producten te weigeren zodat ze niet meer geproduceerd worden. Overigens, sigaretten zijn in Ecotopia nog wel verkrijgbaar. Men is er niet in geslaagd deze ongezonde gewoonte uit te roeien. 'Gelukkig',

schreef ik hier toen met een uitroepteken in mijn exemplaar bij. Waarschijnlijk deed ik dat vanuit mijn toenmalige situatie. Ik zat in een Greyhound bus die van Pennsylvania naar New York reed. Vlak voor het overschrijden van een staatsgrens kondigde de chauffeur aan dat er hier niet meer gerookt mocht worden. Iemand achterin de bus stak nog snel een sigaret op om een paar trekjes te nemen. Precies op de grens stopte de chauffeur. Als de sigaret niet direct uitging, reed hij naar de dichtstbijzijnde gevangenis om de roker af te leveren. Ik kon mijn oren niet geloven. De Amerikaanse werkelijkheid bleek de utopie te overtreffen. Wie mij toen verteld zou hebben dat Amerika ook op dit punt ons utopische voorland was, zou ik hard hebben uitgelachen.

*Woman on the edge of time* van Marge Piercy is waarschijnlijk de bekendste hedendaagse feministische utopie. Luciente, de tijdreiziger vanuit het toekomstparadijs naar de hel van het hedendaagse Amerika, weigert hier ook maar een hap te eten of een slok te drinken. Wijn, bier, cola, al het door chemicaliën verontreinigde voedsel dat zijn gastvrouw Connie hem aanbiedt, is voor hem taboe. Wanneer zij zenuwachtig een sigaret opsteekt, wordt hij helemaal hysterisch. 'Ik weet wat dat is. Alsjeblieft, doe het onmiddellijk uit. Het is puur vergif, weet je dat niet?' Nodeloos te zeggen dat in de feministische toekomst-samenleving die Connie later bezoekt een gezond leven waar iedereen dezelfde opvattingen over heeft, hoogst belangrijk wordt geacht. Maar, het is weer om jaloers te worden voor preventie en gezondheidsvoorlichting, de mensen hebben niet alleen deze overtuiging, ze passen er ook tot in details hun levensstijl op aan.

## het begrip 'gezondheid'

Ten onrechte hanteerde ik hierboven het begrip 'utopische logica' in het enkelvoud. Dat is onjuist. In de utopie spelen meerdere logica's tegelijk: de consumentenlogica van de technische utopie staat tegenover het ingrijpen van de overheid in de sociale utopie, de totale keuzevrijheid tegenover de sociale controle, de door de technologische beloften gewekte eindeloze verwachtingen tegenover de nadruk op 'echte' behoeften van mensen. In de gerealiseerde utopie waarin wij leven vullen beide logica's ondanks hun tegenstrijdigheid elkaar vaak aan en versterken ze elkaar. Dat geldt zeker wanneer ze werkzaam zijn rond het begrip 'gezondheid' dat in beide soorten utopieën centraal staat. Om de dynamiek van die werking te begrijpen, wil ik dit centrale begrip enigszins historisch-filosofisch uitdiepen.

Zoals bijna altijd begint het hier ook met Socrates en Plato. Eind vorige eeuw heeft Michel Foucault de idee van levenskunst die hij aan de klassieke Grieken ontleende weer op onze moderne agenda gezet, waardoor we met nieuwe ogen naar de klassieke teksten zijn gaan kijken. Beide genoemde klassieke wijsgeren sloten in hun leefregels voor het goede en schone leven nauw aan bij Hippocrates, de vader van de geneeskunde. Die besprak in boek VI van de Epidemieën onder andere uitvoerig 'het dieet', de oefeningen die men moest doen, het gebruik van voedingsmiddelen en dranken, de wijze van slapen en seksuele omgang. In de Griekse levenskunst had de arts dus een belangrijke plaats. Uiteindelijk namen de vrije burgers (want om hen gaat het hier) echter op grond van eigen

inzicht hun beslissingen. Foucault stelt dat in het geheel van leefregels 'het dieet nooit een stipte gehoorzaamheid aan andermans kennis was; het moest van de kant van het individu een doordachte praktijk van hem en zijn lichaam zijn.' Hij verwijst hierbij naar een uitspraak van Socrates tegen zijn leerlingen: 'als jullie op jezelf letten, zal het je moeite kosten een arts te vinden die beter dan jullie inziet wat gunstig voor je gezondheid is.'

In meer of mindere mate heeft dit traditionele begrip van 'gezondheid', waar de mens zelf weet van en greep op kan hebben, het medische denken tot het begin van de moderne tijd bepaald. De humoraalpathologie, de leer van de vier lichaamssappen, vormde een kader dat artsen en patiënten deelden en dat de laatsten zelf konden hanteren om ziekte en gezondheid te duiden.

Andere tradities dan de westerse verschaften een verschillend cultureel kader om gezondheid te duiden. In het oude China stond bijvoorbeeld het begrip 'chi', dat we met 'levensenergie' kunnen vertalen, centraal. Het ritme van deze energie bewoog zich tussen de polen van yin en yang. Ondanks deze verschillende culturele kleuring vinden we hier echter dezelfde basisideeën over de relatie arts-patiënt en het dieet als in de Hippocratische geneeskunde. Bekend is het gegeven dat artsen in China slechts door hun patiënten betaald werden zolang deze gezond bleven. Op de achtergrond speelt hier weer de notie dat patiënten in overleg met hun geneesheer zelf het beste weten hoe hun leven in te richten.

Deze door veel culturele tradities gedeelde benadering van gezondheid verandert in het Westen met de komst van de moderne geneeskunde, die wetenschapsfilosofisch door Bacon werd ingeluid. Het paradigma van de Hippocratische geneeskunde dat Hugo Verbrugh als 'in vivo' omschrijft – men leest gezondheid en ziekte af aan het levende lichaam – wordt

vervangen door het paradigma 'in vitro', letterlijk 'in glas'. De analyse van het dode lichaam wordt het uitgangspunt van de moderne geneeskunde, de organen die de patholoog-anatoom eraan ontleent worden ten behoeve van onderwijs en onderzoek in glazen potten opgeslagen, terwijl later de reageerbuis ook uitsluitel geeft over ziekte en gezondheid.

In dit laatste paradigma wordt het belang van de eigen lichaamservaringen van mensen ontkend. De deskundigen, bij Bacon de wetenschappers uit Salomons Huis, komen hun vertellen wat ze mankeren om hen vervolgens te genezen. De idee dat mensen zelf het beste weten hoe gezond te leven, verdwijnt langzaam achter de horizon. Dat dit al vroeg problemen opleverde zien we aan de hand van een verzuchting van Kant aan het eind van de achttiende eeuw. In zijn meest bekende geschrift *Wat is Verlichting?*, doet hij de beroemde uitspraak: 'Verlichting is het uittreden van de mens uit de onmondigheid die hij aan zichzelf te wijten heeft.' En hij vervolgt: 'Het is zo rustig onmondig te zijn. Heb ik een arts die voor mij het dieet beoordeelt, dan hoef ik mijzelf daar niet mee te bemoeien. Ik heb het niet nodig te denken, als ik maar betalen kan; anderen zullen de onaangename taak wel van mij overnemen.' Kant signaleert hier scherp een probleem waar we nu ook midden in zitten. Het is inderdaad heerlijk rustig als anderen de verantwoordelijkheid voor ons leven en gezondheid op zich nemen. Kennelijk zag hij dit in zijn tijd ook al gebeuren.

Uit de laatste zin die ik citeerde blijkt echter duidelijk dat Kant de oplossing van dit probleem zocht in het denken. Hij beweegt zich hier volledig in de lijn van Bacon en ziet niet dat het probleem deels door de zogenaamde oplossing wordt veroorzaakt. Om dat laatste te onderkennen moeten we beseffen dat het denken in de natuurwetenschappelijke lijn waar Kant het over heeft, natuurlijk altijd beter plaats vindt

bij hem of haar die ervoor gestudeerd heeft dan bij de leek. Via denken en kennis die hij van deskundigen overneemt zal de leek hoogstens een half doktertje worden, waarschijnlijk nog onzekerder over zijn eigen lichamelijke gevoelens en ervaringen dan hij misschien al was. Kant rehabiliteert niet het vertrouwen van de mens op zijn eigen lijfelijke kennis, maar roept iedereen op mondig te worden door de kennis die de geneeskunde ontwikkeld heeft tot zich te nemen.

Waar dat toe leidt kan ik met een hedendaags voorbeeld verduidelijken: de zogenoemde kandidatenziekte. Het is bekend dat medische studenten in hun eerste studiejaar vaak menen dat ze alle vreemde ziektes die ze in hun handboeken tegenkomen, zelf hebben. Op den duur groeien ze hier wel overheen en leren ze de medische kennis zowel te overzien als te relativieren. Leken zullen echter onvermijdelijk gevangen blijven in dit ziektesyndroom.

Hier ligt waarschijnlijk ook de oorzaak van het falen van veel hedendaagse voorlichting over ziekte en gezondheid. Al die voorlichting beweert net als Kant de mondigheid van de patiënt te willen bevorderen, terwijl ze in de praktijk diens afhankelijkheid alleen maar doet toenemen. Het is bekend dat elke keer na bepaalde televisieprogramma's of medische artikelen in dag- en weekbladen die bedoeld zijn om de patiënt voor te lichten over ziekte en gezondheid, de wachtkamers van artsen bevolkt worden door patiënten die nu eindelijk denken te weten wat voor ernstige ziekte zij hebben. Mensen die hun greep op hun eigen lichaam en hun omgeving verloren hebben, zullen die niet via denken en natuurwetenschappelijke kennis terug krijgen.

Hier hebben we het begin van een antwoord op de paradoxen rond de uitbreiding van de gezondheidszorg en de toename van medische kennis. In algemene zin lijkt die groei en toename veel mensen steeds onzekerder en afhankelijker te

maken, waardoor hun gezondheid ondermijnd wordt en ze zich voor elke klacht in het medisch circuit storten. En gezondheid, dat zagen de oude filosofen en Hippocratische artsen scherp in, heeft nu juist alles te maken met greep op je omgeving, vertrouwen op jezelf en je eigen lichaam, enigszins weten hoe je er mee om moet gaan.

Het laatste wat ik met bovenstaande opmerkingen beoog is het bagatelliseren van het belang van de Baconiaanse moderne natuurwetenschappelijke geneeskunde. Waar het mij slechts om gaat is dat het begrip 'gezondheid' niet objectief natuurwetenschappelijk is vast te pinnen. Het heeft ook belangrijke subjectieve belevingscomponenten en waar deze worden onderschat en verwaarloosd, komen we in de paradoxen van de hedendaagse gezondheidszorg terecht. Als de medische kennis rond gezondheid het begrip 'normaliteit' gaat uitwerken, blijkt niemand normaal te zijn. Hoe dat in zijn werk gaat wordt misschien nog steeds het mooist geïllustreerd door het al vaak in dit verband opgevoerde voorbeeld *Knock ou le triomphe de la médecine* van Jules Romain uit 1924. Dunning is waarschijnlijk de laatste die er uitvoerig naar verwijst in *Betoverde wereld. Over ziek en gezond in onze tijd*. Ik volg deels de lijnen die hij uitzet.

De oude dokter van het dorpje Saint-Maurice wordt opgevolgd door de jonge ambitieuze arts Knock. Bij de overdracht krijgt hij te horen dat het om een rustig baantje gaat, omdat er bijna nooit iemand ziek is. Knock betwijfelt deze diagnose. Terwijl de oude dorpsdokter vooral op de genezende kracht van de mensen zelf vertrouwt, gaat hij er op grond van zijn medische kennis van uit dat 'gezonden mensen zijn die ongeweten ziek blijken. Het rustieke, gezonde boerendorpje wordt bewust gemaakt van verborgen aandoeningen, ziektekiemen en afwijkingen die het leven bedreigen.' Dat is goed voor de plaatselijke apotheek en voor de onderwijzer die allerlei voor-

lichting kan geven. De bevolking is hier dankbaar voor en is tevreden met hun knappe arts. De triomf van Knock komt als hij zijn voorganger laat zien hoe 's avonds om 10 uur in het hele dorp synchroon de lampen aangaan omdat alle patiënten – en dat is dan ongeveer de totale bevolking – hun temperatuur opnemen.

'Dokter Knock is niet dood maar nog onder ons, in andere gedaanten,' schrijft Dunning. Hij verwijst daarbij met name naar de epidemiologie die we kunnen beschouwen als tekenend voor het hedendaagse medische paradigma dat we als 'in numero' kunnen omschrijven. Getallen, statistieken, nummers, regeren de hedendaagse geneeskunde. *Evidence based medicine*, dat hierop gebouwd is, brengt ons echter niet dicht bij een eigen gezondheidsbeleving van een patiënt. Waarschijnlijk wordt de bandbreedte voor normaliteit, voor gezond gedrag, zelfs nog smaller als hier in de toekomst de statistische genetische gegevens van mensen bij worden gevoegd.

De oude dorpsdokter van Saint-Maurice hanteerde ongetwijfeld de bij veel huisartsen bekende vakterm 'pluis en niet pluis'. Volgens de anekdote zou een befaamd arts bij zijn afscheid tegen zijn dankbare patiënten hebben erkend dat hij slechts twee diagnoses hanteerde: pluis en niet pluis. De diagnose 'pluis' had hij steeds met placebo's behandeld, bij 'niet pluis' had hij patiënten doorgestuurd het medische circuit in. Hij was uitgegaan van een begrip dat elke arts bekend is, hoewel hij er vaak geen rekening mee houdt, de 'vis medicatrix naturae', de genezende kracht van de natuur. Die zal bij veel kwalen inderdaad het werk kunnen doen. Deze kracht wordt echter ondermijnd door allerlei hedendaagse ontwikkelingen in de geneeskunde en de gezondheidszorg. Verbrugh en Kips hebben gelijk als zij stellen dat juist op dit punt de zogenaamde alternatieve geneeswijzen beschouwd

kunnen worden als de onbetaalde rekeningen van de reguliere geneeskunde. Voor de eigen inbreng van patiënten in hun genezing, voor eigen ideeën over gezondheid, is daar vaak meer ruimte dan in de standaard gezondheidszorg.

## leefstijl en technische beloften

Het afgelopen half jaar heb ik vrij nauwgezet de berichtgeving over gezondheid in een aantal kranten bijgehouden. Aan twee wetenschapsgebieden, die beide aan een utopische logica beantwoorden, werd de meeste aandacht besteed: epidemiologie en medische technologie. Terwijl de epidemiologie aan sociaal-utopische tendensen in onze maatschappij beantwoordt, zorgen de utopische beloften van de medische techniek voor een voortdurende, bijna autonome groei van de medische sector. Beide terreinen verdienen in verband met de paradoxale ontwikkelingen in de gezondheidszorg de nodige aandacht.

In *Die medizijnische Utopie* laat mijn Nijmeegse collega Bert Gordijn op overtuigende wijze zien hoe een aantal van de belangrijkste medisch-technische onderzoeksdomeinen gekenmerkt worden door vaak al lang geleden geformuleerde utopische idealen. Vanuit dit gezichtspunt analyseert hij tissue-engineering, bio-elektronica, reproductief klonen, genetische veranderingen in de kiembaan, interventies in de biologische veroudering en nanogeneeskunde. De financiering en ontwikkeling van deze onderzoeksterreinen heeft alles te maken met de utopische beloften die er steeds mee verbonden worden.

Dit gegeven hoeft geen problemen op te leveren. Zo gaat het wel meer in wetenschap en technologie als men de geldkraan wil openhouden. Problematisch wordt het pas als de moeizame wetenschappelijke ontwikkelingen naar de maatschappij toe in hapklare beloften worden vertaald. De suggestie van een maak-

baar lichaam en een voortdurend technisch verbeterbare gezondheid is dan gauw gewekt. Als deze suggestie vervolgens niet alleen in algemene, maar ook in specifieke zin onjuist blijkt te zijn, wordt het bestaande lijden en de ervaren ziekte er des te zwaarder door.

'Kinderleukemie te overwinnen', kopte onlangs het Algemeen Dagblad op de voorpagina. 'Over een paar jaar mogelijk iedereen te genezen', luidde de onderkop. Toen Ronald Plasterk het betreffende wetenschappelijke artikel in de *New England Journal of Medicine* hiernaast legde, bleek er niets van deze beloften te kloppen. Maar het leed was geschied: de utopie was als bereikbaar voorgesteld. De dagelijks niet-utopische werkelijkheid wordt er echter des te drukkender en te grauwer door. En de roep om meer geld voor de gezondheidszorg zodat de utopie er misschien toch komt, gaat hiermee hand in hand.

Volgens een telling van Hans van Maanen is Walter Willett, verbonden aan de Harvard Medical School, de meest productieve onderzoeker ter wereld. Zijn gemiddelde ligt op ruim één artikel per week. Hoe slaagt hij hierin? Willett heeft de beschikking over twee zeer uitgebreide databestanden, de *Nurses Health Study* en de *Health Professionals Follow Up Study*. Daarin worden de gegevens van honderdduizend vrouwen en vijftigduizend mannen gevolgd. Deze proefpersonen houden nauwkeurig alle gegevens over hun levens bij, terwijl artsen hun ziektes en hun gezondheidstoestand registreren. Vervolgens gaat de epidemioloog kijken of en welke verbanden er tussen die twee groepen gegevens gelegd kunnen worden. Van Maanen maakt duidelijk dat als je er met de huidige rekenkracht van computers maar genoeg gegevens in stopt, bijna altijd wel statistisch significante verbanden eruit rollen. Die leveren dan weer een wetenschappelijk artikel op wat vervolgens, omdat het lezerspubliek er kennelijk wel pap van lust, een



grote of kleine vermelding krijgt op de gezondheidspagina's van kranten en tijdschriften.

Ons hele leven, al ons gaan en staan, wordt zo met gezondheid en ziekte in verband gebracht. De epidemiologische wetenschap leert wat we wel of niet mogen doen, strooit gretig verboden en aanbevelingen rond. Die blijken overigens net als veel andere medische kennis over een korte halfwaardetijd te beschikken. Een half jaar geleden werd kanker nog voor 60 procent met voeding in verband gebracht, dat is nu teruggebracht tot 30 procent. Dat masturbatie goed is tegen prostaatkanker is daarentegen verheugend nieuws, vergeleken met de vorige medische berichten hierover van zo'n vijftig jaar geleden. Maar zijn we met de recente gegevens nu echt wetenschappelijk veel opgeschoten sinds de volgens velen duistere tijden van de geneeskunde van weleer, die leerde dat je van zelfbevelekking ruggemerging kreeg?

Een recente gezondheidsspecial van Vrij Nederland liet in een kort verhaal over 'Het foute leven van Laura' zien hoezeer een normale dag van iemand door medisch-epidemiologische gegevens – alles wat Laura goed en fout deed werd gesignaleerd – kan worden gestructureerd. We komen op 21 foute en 3 goede handelingen uit. Critici die de samenstelster verweten dat zij vergissingen had gemaakt, begrepen totaal niet welk mechanisme hier beschreven werd. Het gebruik van deodorant op pas geschoren oksels zou namelijk niet, zoals gesuggereerd, de kans op borstkanker vergroten, zo wezen de laatste wetenschappelijke gegevens uit. Dat mag zo zijn, een half jaar daarvoor stond inderdaad het tegenovergestelde in de kranten. Het gaat niet om de juistheid van dit soort gegevens – nogmaals de wetenschappelijke halfwaardetijd ervan is vaak uiterst kort – maar om de manier waarop ze steeds mensen die hun gezondheid als hoogste goed zien, suggereren dat deze voortdurend door verkeerde leefregels wordt bedreigd, terwijl gezondheid via het

volgen van goede leefregels als maakbaar wordt voorgesteld. Waar dat toe leidt, heeft Plato in *De staat* in een nog uiterst actuele passage al uiteengezet. Hij introduceert hier een zekere Heriodicus, die al zijn medische en gymnastische kennis slechts gebruikte om zichzelf te kwellen. Hij deed dit 'door zijn dood zo lang mogelijk te rekken. Want door zijn ziekte steeds maar van dichtbij te volgen, een ziekte die dodelijk was, was hij toch niet in staat die te genezen, en hij had ook geen tijd om iets anders te doen, zodat hij zijn hele leven lang slechts aan zichzelf zat te dokteren, steeds vol angst dat hij ook maar een duimbreed zou afwijken van zijn gewone dieet.' Volgens Plato gebruikte deze Heriodicus 'al zijn geleerdheid slechts om zichzelf het sterven lastig te maken.'

De ware geneesheren, de echte 'zonen van Asclepius', beoefenden dit soort van geneeskunde niet. Ze wisten dat 'in goed geordende staten ieder één eigen taak gekregen heeft, die hij noodzakelijk moet vervullen en dat dus niemand tijd vrij heeft om zijn hele leven lang te sukkelen en te dokteren.' Een handwerksman zou bijvoorbeeld een levenslange leefregel om continu op zijn gezondheid te letten, snel afwijzen. 'Zijn antwoord zou luiden dat hij geen tijd heeft om ziek te zijn en dat hij het nut van zo'n leven niet inziet als men steeds maar op zijn ziekte moet letten zonder bezig te kunnen zijn met het werk dat men onder handen heeft.' De overdreven zorg voor de gezondheid wordt door Plato nog sterker afgewezen voor vrije mannen die de deugd willen beoefenen. Zij staat elke bezigheid in de weg, elke vorm van studie of zelfoverweging, zelfs het besturen van een huishouding. 'Altijd is ze beducht voor hoofdpijn hier, duizelingen daar. Ze maakt dat wij altijd menen ziek te zijn en onophoudelijk lichamelijke pijnen voelen.'

## de verleiding van Syracuse

Deze actueel klinkende Plato-tekst – iedereen kan waarschijnlijk gemakkelijk in zijn omgeving voorbeelden vinden van mensen op wie ze van toepassing is – drukt mij als filosoof met de neus op de moeilijkheid, zo niet onmogelijkheid, om een uitweg uit de gesignaleerde paradoxen te schetsen. Op de juiste diagnose hoort immers de therapie te volgen, zo lijkt ook voor filosofen te gelden. Bij Plato zien we echter al meteen wat er mis kan gaan. Zijn analyse van veel nefast geachte ontwikkelingen in zijn eigen maatschappij, leidde bij hem juist tot de in de *Politeia* ontvouwde idee van een ideale staat, waarmee de eerste wijsgerige utopie geboren was. Vervolgens bezweek Plato al snel voor de verleiding deze ook te willen verwerklijken. Samen met de tiran Dionysius deed hij vergeefse pogingen in Syracuse zijn ideale staat te stichten.

We zijn hiermee terug bij af. Een nieuwe utopie is wel het laatste wat we nodig hebben. En een filosoof die de macht wil grijpen of ondersteunen, is in de geschiedenis meestal uiterst gevaarlijk geweest. ‘De verleiding van Syracuse’ houdt een voortdurende waarschuwing in voor wijsgeren om niet op de verkeerde stoel, die van de machthebber of net ernaast, te gaan zitten.

Daar komt nog iets bij. De kans is groot dat als na een gedegen analyse een oplossingsrichting voor de gesignaleerde problemen wordt gesuggereerd, alle discussie zich daarop richt. Want ongetwijfeld is zo’n oplossing vaak op het eerste gezicht niet realistisch en onhaalbaar, en kunnen er altijd

veel praktische vragen bij worden gesteld. Als die allemaal afgevuurd zijn, is de analyse vaak vergeten en kunnen we weer vrolijk onze *business as usual* vervolgen.

Hoewel ik dus de voorkeur geef aan een discussie over mijn analyse van de paradoxen in de huidige gezondheidszorg, wil ik toch ook aarzelend drie opmerkingen maken over een mogelijke oplossingsrichting.

De eerste is een oproep aan werkers in de gezondheidssector tot bescheidenheid en een relativering van de eigen kennis. Uit mijn analyse bleek dat begrippen als ‘ziekte’ en ‘gezondheid’, ‘zorg’ en ‘behoefte’, niet netjes op natuurwetenschappelijke wijze kunnen worden gedefinieerd en vastgelegd. De verleiding is groot om ze vanuit utopische logica’s op te blazen en in te vullen. Hierboven had ik het over de halfwaardetijd van epidemiologische waarheden. Daarmee verwees ik naar Rasker die dit begrip omschrijft als ‘een periode van bruikbaarheid of populariteit van een wetenschappelijke visie, voorafgaand aan verval en geleidelijk verdwijnen.’

Goede artsen zijn zich over het algemeen zeer bewust van de beperktheid van hun medische kennis. De wereldberoemde Utrechtse hoogleraar interne geneeskunde Heijmans van den Bergh slaakte begin vorige eeuw in zijn colleges vaak de verzuchting: ‘Van alles wat ik u ga vertellen is de helft niet waar, en wist ik nu maar welke helft.’ De situatie lijkt sindsdien nauwelijks veranderd. Rasker geeft een lange opsomming van ziektes en diagnoses die eens gangbaar waren maar langzaam gewoon verdwenen. In dat verband pleit hij er voor om op zijn eigen vakgebied de diagnose fybromyalgie niet te stellen, omdat hij geconstateerd heeft hoezeer deze ziektegedrag van patiënten kan bevestigen en verergeren. Dat betekent niet dat patiënten geen reële klachten hebben, maar daar dient men op een andere manier mee om te gaan dan

door het opplakken van het ziekte-etiket.

Niet alleen ziekten en diagnoses blijken een soms korte halfwaardetijd te hebben. Rasker laat zien dat dit ook geldt voor veel medicijnen en voor benaderingen in de gezondheidsvoorlichting. In de epidemiologie, zo liet ik al zien, is de halfwaardetijd vaak extreem kort. De waarheid van vandaag is soms de leugen van morgen. Meestal wordt dit alles door de goede beroepsbeoefenaren en de wetenschappers terdege beseft. Ze laten echter te gemakkelijk toe, ja ze stimuleren zelfs dat hun kennis naar buiten toe voor utopische beloften wordt gebruikt en de hierbij passende verwachtingen van een maakbare gezondheid en een maakbaar lichaam oproept.

Bescheidenheid dus als professionele grondhouding. Ik maak mij echter geen enkele illusie dat met deze eigenschap de utopische verlangens en idealen onze wereld uit zullen zijn. Daar zijn ze te krachtig voor. Bovendien zouden hierdoor de maatschappelijke en wetenschappelijke dynamiek als positieve kenmerken van onze moderne maatschappij verdwijnen. Kritieken op de gezondheidszorg gaan vaak gepaard met een morele oproep om er grenzen aan te stellen, de ontwikkelingen die overbodig of gevaarlijk worden geacht een halt toe te roepen. *Limits to medicine* was de ondertitel van het meest geruchtmakende boek op dit gebied, *Medical Nemesis* van Ivan Illich uit 1975. Ook Dunning eindigt zijn fraaie beschouwingen in *Betoverde wereld* met de morele oproep om in elk geval de ontwikkeling te staken van een ‘wensgeneeskunde’, die hoogstens marginale verbeteringen maar soms zelfs eerder angst en onrust oplevert.

Als leerling op dit terrein van Ivan Illich nam ik in het verleden een soortgelijke positie in. Ze lijkt me nu – en dat is mijn tweede aanbeveling – onhoudbaar en onwenselijk. Mede naar aanleiding van mijn boek *De markt van welzijn en geluk* had ik hierover indertijd een felle discussie met

Abram de Swaan. Mag ik hem achteraf gelijk geven? Met een fraai retorisch voorbeeld wees hij indertijd mijn positie af. Zonder de kennis van de orthodontie en de verzekering voor gebitsregulatie, aldus De Swaan, ‘zijn scheve tanden grappig, lelijk, lastig, maar gewoon.’ Wanneer de kennis en de voorzoningen aanwezig zijn, ontstaat er echter een sociale behoefte aan een fatsoenlijk gereguleerd gebit. Als er iets mis is met de tanden, durft men tegenwoordig zijn mond niet open te doen.

Dit simpele voorbeeld laat zien hoe onze behoeften en normen – zowel esthetisch als ethisch – verschuiven door wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen. Er zonder meer grenzen aan stellen op grond van de hedendaagse normen, kennis en behoeften, is onmogelijk. Directeur Marielle Rompa van Arcares, de koepelorganisatie van de 1.700 verpleeg- en verzorghuizen in ons land, had het naar aanleiding van de AWBZ-financiering in een recent interview (De Volkskrant 27-08-04) over ‘de werkelijke behoefte aan zorg’. Die zou nu eindelijk goed geregistreerd worden. De Regionale Indicatieorganen zouden dit steeds verkeerd, namelijk te ruim, hebben gedaan. De suggestie dat er werkelijke behoeften en echte noden bestaan die afgezet kunnen worden tegen luxe wensen en overdreven klachten, houdt echter geen stand. De ontwikkeling van wetenschappelijke kennis, maatschappelijke normen en culturele verwachtingen maakt het onmogelijk grenzen te stellen, die helder en scherp afbakenen wat wel of niet ‘echt’ nodig zou zijn.

Dat die grenzen niet op een harde wijze vastgelegd kunnen worden, maakt overigens het belang van politieke sturing van de collectieve sector van de gezondheidszorg alleen maar groter. Wie als beleidsmaker denkt grenzen eraan te kunnen stellen wordt steeds door de ontwikkelingen in de sector

verrast en probeert tevergeefs de greep erop te versterken. Een sturing die op afstand rekening houdt met de professionele kennis en maatschappelijke en wetenschappelijke dynamiek en die de paradoxale mechanismen van de utopische logica's onderkent, vraagt om een inhoudelijke visie die, als ze zich tenminste bescheiden opstelt, meer kans loopt verwerkelijkt te worden dan het voortdurend afremmend beleid dat nu vooral gevoerd wordt. Er zijn in het recente verleden bijvoorbeeld talloze rapporten en aanbevelingen gepubliceerd waarin vanwege de fraaie allitteratie de begrippen 'genen' en 'grenzen' in de titel worden gecombineerd. Vaak waren deze teksten nog niet verschenen of de auteurs moesten constateren dat de technowetenschappelijke ontwikkelingen de grens die zij zo dapper hadden gesteld, al gepasseerd waren. Bij dit soort benaderingen worden – en dit is de laatste paradox die ik noem – vreemd genoeg de ontwikkelingen in de gezondheidszorg juist aan het vrije spel van wetenschappelijke en maatschappelijk-financiële krachten overgelaten. Beter lijkt mij een op professionele en wetenschappelijke kennis berustende politieke sturing op afstand, die tenminste nog enige kans maakt greep op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg te houden.

Wel dienen hierbij ook de gevaren van de politieke utopie gesignaleerd te worden. Naar aanleiding van Fukuyama heb ik hier kort naar verwezen en ik kan er hier niet veel verder op in gaan. Dat heb ik elders gedaan. Misschien kan ik die gevaren het beste illustreren met een verwijzing naar het personage Chigalev uit *Demonen* van Dostojewski. Die ontwerpt op consequente wijze een utopisch systeem dat tot zijn eigen verbazing een paradoxale uitkomst heeft: 'Uitgaande van de totale vrijheid, eindig ik bij een onbeperkt despotisme.' Dit gevaar van de politieke utopie mag sinds 'het einde van de geschiedenis' voor de staatsinrichting

onderkend worden, dat het zich ook via de ontwikkelingen in de gezondheidszorg kan manifesteren, wordt door ambitieuze politici veel te weinig ingezien.

Over een derde en laatste aanbeveling ben ik het meest aarzelend. Ze betreft namelijk een principe dat al minstens 25 jaar centraal staat in de discussies over de gezondheidszorg en dat ook door het huidige kabinet gekoesterd wordt, maar dat vooral vanwege de paradoxale utopische logica's die ik analyseerde steeds minder verwerkelijkt lijkt te worden. U raadt al waar ik het over heb: de eigen verantwoordelijkheid van de zorgvrager. Iedereen is het er over eens dat we hiernaar moeten streven, wat niet wegneemt dat we er steeds verder van verwijderd raken. Hoe deze eigen verantwoordelijkheid te realiseren? Een recente publicatie van de Edmund Burke Stichting geeft een goed overzicht van de financiële wegen die ingeslagen kunnen worden om de eigen verantwoordelijkheid te bevorderen. De no-claim teruggaaf die minister Hoogervorst voorstelt, komt er in deze analyse slecht af. Het meest overtuigende maar ook meest verstrekkende plan dat gelanceerd wordt, is het opzetten van een verplicht systeem van persoonlijke spaarrekeningen voor zorg.

Het idee van zo'n systeem ontleent Martijn Koolen, die het rapport voor de Burke Stichting schreef, aan Singapore. De gezondheidsgegevens van dit land steken gunstig af bij die van ons land. De levensverwachting is er hoger en de kosten voor gezondheidszorg bedragen minder dan de helft van het Nederlandse percentage. De financiering van de zorg is gebaseerd op een combinatie van eigen verantwoordelijkheid en maatschappelijke solidariteit. Die eigen verantwoordelijkheid krijgt onder andere gestalte via een verplicht spaarsysteem voor werknemers.

Voor de uitwerking en argumentatie verwijs ik naar de betreffende brochure. Volstrekt in lijn met de conservatieve

ideologie van de Burke Stichting biedt dit systeem mijns inziens de meeste mogelijkheden om de utopische tendensen in de gezondheidszorg zoveel mogelijk te neutraliseren. Dat het voor zover ik kan overzien nog nauwelijks in de discussie over de toekomst van de zorg getrokken wordt, laat zien hoe moeilijk het daar is afscheid te nemen van het utopisch denken.

Hans Achterhuis

## BIBLIOGRAFIE

- Hans Achterhuis, *De markt van welzijn en geluk*, Amsterdam: Ambo, 1979.
- Hans Achterhuis, *Het rijk van de schaarste*, Amsterdam: Ambo, 1988.
- Hans Achterhuis, *De erfenis van de utopie*, Amsterdam: Ambo, 1998.
- Samuel Butler, *Erewhon. De omgekeerde wereld*, Amsterdam: Ambo, 1993.
- Ernest Callenbach, *Ecotopia*, New York: Bantam Books, 1975.
- A.J. Dunning, *Betoverde wereld*, Amsterdam: Meulenhoff, 1999.
- A.J. Dunning e.a., *Tobben in voorspoed*, Amsterdam: Meulenhoff, 1998.
- Francis Fukuyama, *The End of History and the Last Man*, New York: Simon and Schuster, 1992.
- Francis Fukuyama, *Our Posthuman Future*, New York: Farrar, Strauss and Giroux, 2002.
- Bert Gordijn, *Die medizijnische Utopie*, Nijmegen: Universiteit Nijmegen, 2003.
- Malou van Hintum e.a., *Gezondheidsspecial 'Vrij Nederland'*, 10 april 2004.
- Hans van Maanen, 'Overbevissing', in: *De Volkskrant*, 26-06-2004.
- Martijn Koolen, *Eigen verantwoordelijkheid in de zorg*, Den Haag: Edmund Burke Stichting, 2004.
- Marge Piercy, *Woman on the Edge of Time*, New York: Random House, 1976.
- J.J. Rasker, *Reuma en de halfwaardetijd van de waarheid*, Enschede: Universiteit Twente, 2004.
- Abram de Swaan, Hans Achterhuis, e.a., 'Mensbeeld in de psychotherapie', in: *Wending*, november 1980.
- Hugo Verbrugh en Maud Kips, *Alternatieve geneeskunde*, Kampen: Klement, 2004.

## COLOFON

De eerste G-lezing 'De Gezondheidsutopie' is door de auteur in een verkorte vorm uitgesproken op 1 november 2004 in de St. Janskerk te Utrecht.

De G-lezing is een initiatief van het bestuur van het samenwerkingsverband G:

Jan Huurman, secretaris Nederlandse Public Health Federatie, voorzitter

Rob Beuse, directeur GGD Nederland

Hans Krosse, directeur Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie

Nicolette Warmenhoven, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Preventie en Gezondheidsbevordering

Kijk op [www.g-online.nl](http://www.g-online.nl).

organisatie:

Desirée Davidse, NPHF

Erik Lieber, GGD Zuidhollandse Eilanden, hoofdredacteur G

Martijn Sobels, GGD Nederland

Femke Theunissen, GGD Nederland

Marieke van der Waal, NPHF

auteur: Hans Achterhuis

uitgever: G, Martijn Sobels, postbus 85300, 3508 AH Utrecht, [msobels@ggd.nl](mailto:msobels@ggd.nl)

ontwerp: M/vG ontwerpers, Breda/Den Haag

eindredactie: Marc van Bijsterveldt

foto omslag: Erik Lieber, Rotterdam

druk: de Nieuwe Grafische, Rotterdam

oplage: 1000

Speciale dank aan:

ZonMw, Den Haag

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch of door fotokopieën, opname, of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

ISBN 90-809134-1-3