

Goede zorg voor gezondheid

Chantal De Boevere

Medi-Sfeer, 23 juli-26 augustus 2009, nummer 335, pg. 13-14

Het beleid vraagt aan de burger om een grotere verantwoordelijkheid te nemen in de zorg voor zijn gezondheid. Maar kan de burger meer grip krijgen op zijn gezondheid? De gezondheidsutopie maakt dat mensen steeds afhankelijker worden van zorg. Leidt de verregaande rationalisering van zorg niet tot een vervreemding in de relatie arts-patiënt? En hoe kan de burger zorgen voor zijn eigen gezondheid? Prof. dr. Kees Schuyt formuleerde een antwoord op deze vragen in zijn lezing die hij hield op vraag van de Nederlandse Public Health Federatie. Medi-Sfeer pikt in op enkele markante evoluties die Schuyt schetst.

Volgens Kees Schuyt komt het ooit tot een botsing tussen het voluntarisme, de persoonlijke autonomie en het zelfbeschikkingsrecht enerzijds en de wetenschappelijke gedetermineerdheid van ons lichamelijke en geestelijke gestel anderzijds. Kunnen mensen zorg dragen voor hun gezondheid en wat zijn hiervan de voorwaarden? Om op die vraag te kunnen antwoorden, stelt Kees Schuyt de volgende vergelijking: "Kunnen computers denken?". Het antwoord op deze vraag is niet eenvoudig, omdat het antwoord afhankelijk is van wat men onder denken verstaat. Kunnen mensen wel denken? ja, maar een heel klein beetje. Computers kunnen niet denken maar wel rekenen, mensen kunnen slechts met vallen en opstaan denken. Die antwoorden kan je ook doortrekken naar de zorg. Kunnen mensen zorgen? Ja, maar ook dat gaat met vallen en opstaan gepaard. Mensen kunnen heel goed voor zichzelf en voor elkaar zorgen als de nodige condities voldoende aanwezig zijn.

Transformaties van gezondheidssystemen

Aanvankelijk ontstond zorg uit nood, voor het lenigen van lichamelijk en geestelijke nood. Het waren de religieuze kloosterlingen die de kroon spanden. In het begin van de vorige eeuw ontstonden veel ziekenhuizen en zorginstellingen die gelinkt waren aan het religieus geïnspireerde particuliere initiatief.

In enkele stadia komt men tot de hedendaagse zakelijke sfeer van verzorging en verzekering. De onbetaalde religieuzen werden bijgestaan door onbetaalde vrijwilligers. Vrij snel nadien lag de klemtoon op de professionele hulpverlener met een medisch-wetenschappelijke opleiding. Door de technologische evolutie is de zorg sinds de Tweede Wereldoorlog spectaculair veranderd. Die verandering vindt men ook terug in de samenstelling van de Raden van Bestuur van de ziekenhuizen, als in de organisatie van de ziekenhuizen zelf. De eerste ziekenhuizen waren een initiatief van geestelijken of andere notabelen, waar de artsen bij aanschoven. Later nog werden artsen belangrijke vertegenwoordigers van ziekenhuizen en schoof een enkele religieuze mee aan tafel. In een volgend stadium komt er een manager naast de arts, vervolgens verliest de arts terrein bij het besturen van het ziekenhuis en winnen 'echte' managers terrein. Die overgang deed grote vragen rijzen over de professionele autonomie en de professionele zelfstandigheid van artsen. De managers worden steeds meer aangestuurd door financiële argumenten en zorg wordt een zakelijke dienstverlening.

"Mensen kunnen heel goed voor zichzelf en voor elkaar zorgen als de nodige condities voldoende aanwezig zijn."

Volgens Kees Schuyt levert die historische ontwikkeling een inzicht in de huidige lagen van zorg die in de eerste plaats voortspuit uit de belangeloze inzet voor mensen in nood. Daarnaast is er de

vrijwillige hulp en steunverlening, de professioneel-wetenschappelijk verrijkte zorg en het adequaat zakelijke beheer. De uitdaging van het huidige beleid is het vinden van een evenwicht tussen die vier historische zorglagen, waarbij geen van de vier mag overheersen.

Naast de ontwikkeling van de zorg, is er ook de evolutie van de autonomie van de patiënt. De patiënt heeft zeggenschap gesteund op een uitgebreid stelsel van individuele rechten, denk maar aan de wet op de patiëntenrechten. Daarnaast is er de enorme toename van de wetenschappelijke kennis en de daaruit voortvloeiende technieken. De persoonlijke autonomie vindt men ook terug in de individuele behandelingsovereenkomst, en hier kunnen we in België terecht verwijzen naar de zorgtrajecten diabetes en nierinsufficiëntie: eenieder heeft recht op de beste zorg voor zijn gezondheid. Hier haalt Schuyt de paradox aan van enerzijds de maakbaarheid van onze gezondheid en anderzijds de toegenomen kennis die ons leert dat onze gezondheid deels gedetermineerd is. Die twee stromingen moeten volgens Schuyt vroeg of laat met elkaar botsen, en dat moet op termijn aanleiding geven tot een andere mix van gezondheidszorg.

Voor de laatste twintig jaar neemt de medische maakbaarheid een vaandelvlucht. Het gaat er niet alleen om het leven mooier te maken, maar ook om het langer te maken, nieuw leven te maken door middel van technische processen en kunstmatige ingrepen. Daaruit volgt dat de samenleving mogelijk moet maken wat mogelijk is. Ook het recht op gezondheid wordt maakbaar, zonodig door een beroep te doen op de rechter om bepaalde zorg af te dwingen.

Zorgvuldigheid

Naast de pure medische akte, wordt zorg ingevuld volgens de nood en de zorgvraag: aandacht, tijd en andere zorgvormen afhankelijk van de objectieve en subjectieve verwachtingen van de patiënt. De klinische nazorg vergt een andere aandacht dan de aandacht bij operaties. De aandacht van de huisarts voor zijn patiënt tijdens de consultatie is van een andere orde dan die van de chirurg tijdens een open-hart-operatie.

“Zorg is een product geworden, dat op de markt wordt gezet.”

Om terug te komen op de huisartsenzorg pikt Schuyt in op de transformatie van het huisartsenconsult. Kunnen computers helpen bij de zorg? In theorie kunnen ze dat wel, merkt hij op, maar ze scheppen ook een nieuw probleem. De computer kan namelijk tussen patiënt en arts in gaan staan. De patiënt zit niet meer alleen tegenover de arts, maar al zijn of haar gegevens zitten in de computer. Van de tien tot twintig minuten durende consultatie, zit de arts deels op zijn scherm te turen. De van vroeger bekende klinische blik heeft er nu een scherm bijgekregen. De arts hoeft niet alleen te luisteren naar de patiënt, hij kan de hele historiek terugvinden op het scherm.

Zorgzaamheid en zorgvuldigheid hebben vooral te maken met de integriteit en intimiteit in de relatie tussen zorgverlener en patiënt. En zo meent Schuyt: een zorgrelatie is geen gewoon contract, maar een dubbelzinnige relatie van macht en afhankelijkheid. Een noodzakelijk element van zorgzaamheid is het respect voor de autonomie, integriteit, intimiteit van een andere persoon. Wie voor iemand zorg draagt, gaat een verbintenis aan. Hij verwijst ook naar het artikel ‘The importance of what we care about’ van de Duitse filosoof Harry Frankfurt, die schrijft dat de zorg die men voor iemand aanneemt een morele toewijding impliceert voor de persoon in kwestie.

Eigen verantwoordelijkheid

Tot slot pikt Kees Schuyt in op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. De overheid heeft als taak de preventieve gezondheidszorg te organiseren. In plaats van cure wordt het belang van

gezondheidsbevordering al lang onderkend. Community healthcare is vooral succesvol op plaatsen waar grote tekorten in de gezondheid en zorg worden bestreden zoals door armoede. Betere voorlichting, betere kennis en scholing en implementatie van praktische hygiëne en vooral het verbeteren van de leefomstandigheden, leiden tot succes. Kleine projecten in steden - denk maar aan de huidige wijkgezondheidscentra - staan model voor deze vorm van gezondheidsbevordering. Maar opvallend is dat het streven naar gezondheidsbevordering nu veel meer in een individualistisch kader wordt geplaatst. Eigen verantwoordelijkheid eerst. Dit verhoogt de druk op het collectieve stelsel. Als je zelf je gezondheid verwaarloost door te veel te eten, drinken of roken, moet je de gevolgen dragen. Is dit een schoolvoorbeeld van zelfredzaamheid? Heeft de overheid wel het recht om haar burgers voor te schrijven hoe ze moeten leven? Schuyt breekt dan ook een lans voor een gemeenschappelijke basis voor gezondheidszorg.

Kees Schuyt studeerde rechten en sociologie in Leiden, Berkeley (VS) en Oslo. Hij was als hoogleraar sociologie verbonden aan de universiteiten van Nijmegen en Leiden, voordat hij hoogleraar in de bijzondere toegepaste sociologie werd aan de Universiteit van Amsterdam. Van 1983 tot 1988 en van 1998 tot 2005 was hij lid van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.

http://nl.wikipedia.org/wiki/Kees_Schuyt

<http://www.nnbh.com/titels/Kees-Schuyt-Steunberen-van-de-samenleving:-Sociologische-essays/756/9789053569375.htm>

http://books.google.be/books?id=2WakPSMhg4MC&dq=Kees+Schuyt&printsec=frontcover&source=bl&ots=cjV_diei2&sig=qx2eFw84U05ZHOu02mIVhkqfZdc&hl=nl&ei=-Qz0Sug6HozM-QaYibCqBA&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=5&ved=0CBcQ6AEwBDgK#v=onepage&q=&f=false

http://www.filosofiemagazine.nl/00/fm/nl/121_128/artikel/5159/Het_goede_ware_en_schone:_Kees_Schuyt_socioloog_en_jurist.html