



Foto: Margot Scheerder

# Klasien Horstman: “Prima als huisartsen aan preventie doen, als het de relatie met de patiënt maar niet beschadigt”

Sjoerd Hobma

**Zijn preventie en wijkzorg taken voor de huisarts? En zo ja, hoe moeten we dat doen? Ik sprak hierover met Klasien Horstman, hoogleraar Filosofie van de Publieke Gezondheidszorg. “Met de kennis uit de praktijk hebben huisartsen goud in handen, waar veel meer mee gedaan kan worden als ze hun verhaal daarover kwijt kunnen aan andere professionals. En als ze oppassen dat de relatie met de patiënt goed blijft.”**

Jullie voeren als huisartsen discussies die je voortdurend ziet terugkomen in de zorg. Voor mijn promotie nam ik

de eerste zestig jaargangen van het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* door. Toen ging het ook telkens over de interactie tussen de maatschappij en artsen en het streven naar professionele onafhankelijkheid. Ik keek bijvoorbeeld naar verzekeringsartsen voor de Tweede Wereldoorlog. Bij de keuringen voor levensverzekeringen keken steeds meer anderen over hun schouders mee. Ze kregen instructies voor het medisch onderzoek en de urine-analyse, standaardformulieren en er werd nauwkeurig gekeken of ze die wel op de juiste manier invulden. Alles wat je nu ziet in standaardisering en protocollering, dat gebeurde toen ook.

*U bent hoogleraar Filosofie van Public Health, maar wat is dat en wat zie ik daarvan in Nederland?*

Public Health zie ik als de *low tech* preventieve gezondheidszorg, dus niet klinisch en curatief georiënteerd. Het is niet in de spreekkamer en niet individueel maar het raakt aan wat voor iedereen belangrijk is. Vaccinatieprogramma's bijvoorbeeld, of de Gezonde Wijk. Waar mijn gezondheid afhankelijk is van die van jou.

*De vaccinaties ken ik, maar de rest is toch vooral een papieren werkelijkheid waar ik als huisarts weinig van merk.*

Ik vind dat in de huidige publieke gezondheidszorg dat publieke karakter een beetje verdwenen is. Er zijn allerlei mensen met preventie bezig en die ontwikkelen wel van alles, zoals nu het Preventieakkoord, maar dat is eigenlijk een particulier en geen publiek akkoord. Het gaat vooral over maatregelen voor specifieke 'risicogroepen'. Die boodschap van niet roken, minder drinken, anders eten en meer bewegen, dat is de boodschap geworden van een bepaalde groep mensen die allemaal hoog opgeleid en slank zijn. Die zelf wellicht te hard werken, maar dat is geen speerpunt, en intussen zijn ze het contact verloren met een ander deel van de maatschappij.

Vroeger kwam voor de geboorte van een kind de kraamzorg bij je langs kwam om te vertellen hoeveel hemdje en luiertjes je moest klaarleggen. Dat kon toen, er was er een gedeelde moraal tussen publiek en de preventieve zorg, binnen zuilen weliswaar, maar daarin deelden 'hoog' en 'laag' eenzelfde perspectief. Ze zaten in dezelfde kerk. Dat is nu weg. En de publieke gezondheidszorg, die er bij uitstek is voor 'het publieke', is een groot deel van haar publiek verloren. Vooral het deel waar ze de meeste boodschappen voor heeft. Dat komt omdat ze heel technocratisch geworden is, en sterk verstate-lijkt. Eigenlijk weinig professioneel. Ze volgt het beleid van

## Laten we stoppen met het concept 'interventie', dat woord betekent 'vijandige overname' en dat is het vaak ook

de minister. En omdat die graag cijfers ziet, is de publieke gezondheidszorg sterk geëpidemiologiseerd. Door dat cijfermatige denken is ze de leefwereld van mensen waar ze over spreekt uit het oog verloren. Ze ontbeert een antropologie van gezondheid en sociologisch conceptueel repertoire om de vele cijfers te interpreteren.

*Speelt daarnaast de individualisering en de veel grotere nadruk op persoonlijke autonomie niet ook een belangrijke rol?*

Zeker. Mensen laten zich niet zeggen hoe ze moeten leven. Maar het feit dat de publieke gezondheidszorg nog steeds het gevoel

heeft dat je een preventieakkoord kunt maken zonder te spreken met de mensen over wie het gaat en die je eigenlijk helemaal niet kent, daar kan ik met mijn verstand niet bij. Natuurlijk moet er minder suiker in die frisdrank en een rookverbod in publieke ruimte, maar dat gemoraliseer, hou daar mee op! Een mens is meer dan zijn gewicht of elke avond een biertje.

*Hoe zou het beter kunnen?*

Laten we beginnen te erkennen dat we niet weten hoe het allemaal precies moet. En stoppen met het concept van een 'interventie', dat woord betekent 'vijandige overname' en dat is het vaak ook. Die moeten allemaal snel effectief zijn, *magic bullets*, terwijl iedereen weet dat context, ook een lastig woord, alles uitmaakt. Veel professionele praktijken gaan stuk door maakbaarheidsillussies, maar we evalueren alleen op doelen en niet op onbedoelde gevolgen, dus we zien niet hoe schadelijk die maakbaarheidsillussies zijn. Veranderen is lastig. Je wilt ergens mee stoppen, maar dat blijkt toch ingewikkeld. Je kunt het, je wilt het, maar je doet het toch niet: dat is de titel van een mooi boekje van de filosoof Van Gunsteren over de complexiteit van veranderen. We moeten een agenda maken van kennis die nodig is om een gezonde maatschappij te maken, dat is iets anders dan een databank met x effectieve interventies voor het individuele gedrag van een risicogroep. We hebben kennis van de alledaagse leefwereld nodig, een antropologie van het dagelijks leven. En kennis van de manier waarop instituties de krachtbronnen van het alledaagse leven in de weg zitten en beschadigen.

*Nu naar de huisartsen. Wij gaan als beroepsgroep steeds de kant op die jij beschrijft. Vroeger ging ons vak over individuen met een hulpvraag. Maar inmiddels hebben we allerlei standaardprogramma's, bijvoorbeeld voor diabetes en hart- en vaatziekten. En we praten zelfs over het aanpakken van groepen zoals de wijk, als onderdeel van ons vak*

Op zich is het niet slecht dat huisartsen zich bezighouden met preventie, maar het moet hun relatie met patiënten niet in de weg gaan zitten. Het lijkt me niet goed als die preventieprogramma's te grote ambities in te korte tijd moeten realiseren. Als je mensen door hoepels laat springen, dan haken ze af. Wat je nodig heb is tijd en ruimte om met mensen mee te bewegen, en er moet ook bewegingsruimte zijn voor de professional. Als je druk zet op preventie en het standaardiseert dan lijkt het succesvol, maakbaar en meetbaar, maar ik geloof er helemaal niet in. In die aanpak zit de mislukking eigenlijk al ingebakken.

*Vind je dat je die programma's moet individualiseren?*

Nee, juist niet. We weten dat het succes van preventie en behandeling van bijvoorbeeld infectieziekten en van diabetes, twee heel verschillende dingen, sterk samenhangen met de kracht van het netwerk dat iemand heeft. Geïsoleerde mensen zijn kwetsbare mensen. Hoe sterker je netwerk, hoe beter je in staat bent om ziekten te voorkomen en te behandelen. Het versterken van sociale weefsels en het creëren van plekken

waar die kunnen ontstaan, daar kun je iets mee doen. Dus het gaat niet om tien keer trainen, maar elkaar ontmoeten in een omgeving die daarbij past. De publieke gezondheidszorg moet zich om de kwaliteit van de publieke ruimte bekommeren. Dat arm en rijk, dik en dun, academisch en praktisch geschoold, elkaar nergens meer tegenkomen, dat is het probleem.

*Het idee van een wijkgerichte aanpak ondersteun je dus?*

Het lastige van een wijk is dat, als je goed kijkt, de wijk geen sociale eenheid is. Er wordt vaak een administratieve grens genomen. Maar je moet kijken hoe de sociale stromen lopen, dan blijft er van die wijken niet zoveel over. De ene straat is de andere niet.

*Zie jij een rol voor huisartsen daarin?*

Ja. Want huisartsen hebben heel veel kennis van 'gezondheid in de praktijk' die veel andere professionals niet hebben. Die etnografische kennis zou veel meer gearticuleerd moeten worden. Het gaat dan niet om cijfers, maar het gaat om het verhaal van mensen en hun geworstel met gezondheid en ziekte in het alledaagse leven door de jaren heen. Huisartsen hebben goud in handen denk ik, daar zit zoveel kennis die we zouden kunnen gebruiken, en dat gebeurt nu niet. Dat is zonde.

*Dat lijkt me ook een goed idee, maar verwacht je dat mensen daar geïnteresseerd naar zullen luisteren? Mijn ervaring is dat beleidsmakers daar niet op zitten te wachten.*

Het gaat nu vaak om snel succes in de frontoffice, zichtbaar in cijfers, en daarmee creëren we een schijnwereld. In veel instituties is de voeling met de praktijk en met het besef van tijd volledig verdwenen. Daarom mislukken ook bijvoorbeeld ICT-projecten. Het lijkt ideaal op papier, maar de werkelijkheid blijkt telkens weerbarstig. Dat we dat niet begrijpen, is het gevolg van een eenzijdige kwantitatieve kenniscultuur. Het is een Cartesiaanse illusie: als het cijfermatige model maar op orde is, dan voegen praktijken zich wel. Het is beter als we het omdraaien en kijken wat burgers en professionals in alledaagse praktijken nodig hebben. Vooral mensen die graag aan het stuur zitten vinden dat lastig omdat ze zich dan in 'de ander' moeten verdiepen.

*Ik heb juist het idee dat de professionele ruimte bewust steeds meer wordt ingeperkt ten koste van geprotocolleerde ruimte en dat er weinig urgentie wordt gevoeld dat het anders zou moeten.*

Dat is dan een slechte zaak want het roept wantrouwen op en boosheid. Patiënten willen geen robot, maar een huisarts van vlees en bloed, daar kun je namelijk iets mee. Als jij je patiënten door hoepeltjes laat springen, omdat je zelf ook door hoepeltjes moet springen van de verzekeraar of de overheid, dan is dat een soort *deskilling* van huisartsen. Datgene waar je goed in bent, verlies je.

*Terug naar de toekomst van de huisartsen. Wat vind jij ervan dat zaken zoals preventie, de zorg voor de wijk et cetera, steeds meer door huisartsen naar zich toe worden getrokken?*

Tja, die huisarts is een belangrijk iemand voor veel mensen, iemand die ze kennen, dus je kunt daar wel wat mee doen. Maar ik zie het zeker niet als een kerntaak. Die zie ik veel meer in de directe medische zorg. Mensen met complexe klachten zien diverse specialisten in het ziekenhuis, maar raken, alle casemanagers ten spijt, het spoor bijster in de huidige zorg. De huisarts heeft hier volgens mij een cruciale taak en daar moeten jullie ook veel meer ruimte claimen. Er moet veel meer met die patiënt worden meegedacht. Er wordt vaak slecht gecommuniceerd tussen specialisten en huisartsen, en jullie krijgen vaak te weinig informatie om die rol goed te kunnen vervullen.

## Variatie toestaan en organiseren is een cruciale leerstrategie in een onzekere wereld

*Het past in ons idee van integrale zorg dat je bij de huisarts overal mee kunt aankloppen en we zien het allemaal ook nog in zijn verband. Is dat idee van integrale zorg geen illusie, een belofte die ook niet is waar te maken?*

Ik denk dat het goed is dat je iemand hebt die je vertrouwt en met wie je belangrijke zaken kunt bespreken. Die langskomt als je ernstig ziek bent, en die door blijft zoeken als specialisten hun werk hebben gedaan en niet kunnen helpen. Die soms initiatief neemt als een patiënt of de familie dat niet kan. Ook de huisarts kan niet alle problemen oplossen maar ik geloof wel in een proactieve en helpende integrale huisartsenzorg. Het helpen van mensen is lastig geworden omdat we allerlei rare opvattingen hebben over 'helpen' en 'autonomie'. Je mag mensen niet meer helpen op een ouderwetse paternalistische manier. Dat is goed, want mensen geven zelf betekenis aan hun lichaam en leven en moeten gehoord en gezien worden. Maar als de communicatie begint met 'wat is uw hulpvraag' dan lijkt me dat het begin van het einde van de huisartsenzorg. Als we een generatie huisartsen opleiden die alleen maar volgens protocollen en richtlijnen kunnen handelen, wordt de patiënt steeds minder gezien. Dan verliest ook de huisartsen de band met haar 'publiek'. Er zijn in het leven geen perfecte routes. Je wilt dat het grosso modo goed gaat en in verschillende situaties zijn verschillende dingen goed. Denken in termen van één norm en één standaard is een schraal en ook pervers ideaal. Goed is een gesitueerde, contextuele norm. Variatie toestaan en organiseren is een cruciale leerstrategie in een onzekere wereld, en streven naar standaardisatie is daarom een enorme verarming van ons leervermogen op de langere termijn. ■

Klasien Horstman studeerde wijsgerige en historische sociologie aan de Rijksuniversiteit Groningen en is hoogleraar Filosofie van de Publieke Gezondheidszorg in Maastricht.