

1969

# Kiezen

In het streven naar een rechtvaardige verdeling van de zorg zal men op den duur niet kunnen ontkomen aan een selectie van patiënten of van patiëntencategorieën – in feite een drama van en in de gezondheidszorg, zo werd vorige week in deze kolommen gesteld<sup>1</sup>. Vandaag wordt in twee artikelen, van de hand van respectievelijk J. L. A. Boelen en F. A. Vorst (blz. 39 en blz. 41), een kritische beschouwing gewijd aan de Nota 2000<sup>2</sup>, die eigenlijk als titel draagt: 'Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens'. Aan deze nota werd bij de verschijning ervan in deze kolommen reeds aandacht besteed<sup>3</sup>.

Het ligt voor de hand na te gaan in hoeverre de Nota 2000 aanknopingspunten biedt voor het maken van keuzen als boven bedoeld. Dergelijke aanknopingspunten blijkt hij niet te bieden. Dat was tot op zekere hoogte te verwachten. De Nota 2000 beoogt immers het beleid in de eerste plaats te heroriënteren op gezondheid: de gezondheidstoestand van (delen van) de bevolking te handhaven of te verbeteren door middel van maatregelen die zijn gericht op de determinanten van gezondheid.

Het bevorderen van gezondheid is een prachtig doel en het siert het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur dat in zijn wapen te hebben geschreven. In de Nota 2000 ligt een grote hoeveelheid goed geordend materiaal opgeslagen, dat kan dienen voor het bepalen van een aantal doelstellingen in deze richting. Om er maar enkele te noemen: leefgewoonten moeten veranderen, want roken en alcoholgebruik dragen in belangrijke mate bij tot het lijden aan longkanker, hart- en vaatziekten, leverziekten; de sociale omstandigheden van velen dienen te verbeteren, want het blijkt overduidelijk dat sociale ongelijkheid leidt tot aanzienlijke verschillen in ziekte- en sterfpatronen.

Echter, het is zonder meer duidelijk dat het veranderen van leefgewoonten en van sociale omstandigheden wel de aandacht van artsen moet krijgen, maar dat zij niet bij uitstek degenen zijn om verbeteringen op deze gebieden teweeg te brengen. Hoogstens kunnen zij deze en andere, de gezondheid bedreigende factoren onder de aandacht van anderen brengen, oplossingen dienen echter te worden aangedragen door politici of wetgever, beleidsvormende instanties, eco-

**J. C. van Es**  
**Nota 2000:  
uitgangspunt moeilijk  
om te zetten in beleid**

nomen, opvoeders, opleiders, werkgevers, sportorganisaties en wat dies meer zij.

Bovendien moet men zich afvragen wat onder 'gezondheid' wordt verstaan. Wij artsen zijn misschien geneigd daaronder de afwezigheid van ziekten te verstaan, maar artsen hebben niet het monopolie te zeggen wat gezondheid is. Lange tijd hebben we geworsteld met de definitie die de Wereldgezondheidsorganisatie na de tweede wereldoorlog formuleerde: 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity' – een mooie definitie, die echter eerder het karakter van een ideaalbeeld heeft dan van een realistische, te operationaliseren definitie. Deze definitie laat echter wel zien dat gezondheid niet een exclusief medisch begrip is, maar een doel, niet van de geneeskunde, maar van de samenleving in haar geheel. Gezondheid kan onder andere betekenen dat mensen zó leven dat zij werkelijk mens zijn, niet alleen voor zichzelf levend, maar ook voor anderen, voor de naasten, in de vrijheid steeds opnieuw mens te worden. Zó omschreven is gezondheid geen medisch begrip, maar een begrip dat een menselijke zijswijze tot uitdrukking brengt.

De inhoud van het begrip 'gezondheid' wordt in belangrijke mate bepaald door degenen die het hanteert en door de context waarin dat gebeurt. De taak van medici, van de gezondheidszorg in haar geheel, is blokkades in dat menswordingsproces te helpen overwinnen, althans voor zover die blokkades worden gevormd door ziekten van lichamelijke of geestelijke aard. Blokkades kunnen echter ook van een andere aard zijn: sociale omstandigheden, maar ook karakterologische of relationele problemen.

Niettemin is de ideaalstelling van het ministerie van WVC ook voor de gezondheidszorg van de grootste betekenis,

maar dan vooral met betrekking tot het elimineren van belemmeringen van de gezondheid door ziekten. Daaraan kunnen artsen, verpleegkundigen en al die andere werkers in de gezondheidszorg iets trachten te doen, maar dan zijn – zoals gezegd – keuzen op den duur onvermijdelijk. Daarmee zijn we terug bij ons uitgangspunt. Het blijkt dat (het doen van) keuzen en (het stellen van) prioriteiten in de gezondheidszorg noch rechtstreeks noch via een omweg uit de Nota 2000 kunnen worden herleid.

Over een toekomstig beleid wordt überhaupt weinig in de nota gezegd. Dat veroorzaakt een verlamd gevoel, zeker als de notaschrijvers, terugblikkend over de achter ons liggende periode, erkennen dat het voorgenomen beleid vaak niet werd gerealiseerd, omdat: '... de randvoorwaarden, in casu het vigerende plannings-, financierings- en besturingsstelsel, (...) in de meeste gevallen zodanig sterk veranderd (bleken), dat een fundamentele beleidswijziging op inhoudelijke gronden moeilijk te verwezenlijken was'. 'Blijkbaar', zo wordt gesteld, '(is het) in de gezondheidszorg moeilijk (...) uitgangspunten om te zetten in concreet beleid'. Aldus gewaarschuwd, zouden de schrijvers juist zeer krachtige, realistische beleidslijnen hebben moeten uitzetten om aan te geven hoe de beoogde doelen zullen kunnen worden bereikt. Maar dat hebben ze niet gedaan. Hoe dan het allermoeilijkste: het kiezen of delen, waarvan in het vorige hoofdartikel sprake was, zal moeten gebeuren? Daarover zijn klaarblijkelijk nog in het geheel geen ideeën gevormd. □

1. Es JC van. Kiezen of delen. Medisch Contact 1987; 42:3.

2. Nota 2000. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderingen 1986-1987, 19500 nrs. 1 en 2.

3. Es JC van. Nota 2000. Medisch Contact 1986; 41:559.