

Volgens Annemarie Mol

Bijzonder hoogleraar politieke filosofie in Twente

Filosoof Annemarie Mol (1958) denkt al twintig jaar na over de gezondheidszorg. Begin dit jaar verscheen haar boek 'De logica van het zorgen'. Haar conclusie: van 'kiezen' wordt de zorg niet beter.

Tekst Marjan Slob

Streamer

'Patiënt zijn vraagt iets heel moeilijks van mensen: daadkracht én gelatenheid tegenover je eigen lijden'

Tijdens mijn studietijd dacht ik al: hier klopt iets niet. In die tijd ontstond het beeld dat dokters frontaal tegenover patiënten staan. Machtige deskundigen onderdrukken kwetsbare patiënten, dat idee. Een heel marxistisch model in feite – alsof er een soort klassenstrijd woedt tussen deskundigen en leken. De oplossing van links was om patiënten te organiseren. Liberalen pleitten voor meer keuzemogelijkheden voor patiënten. Maar het vertrekpunt klopt volgens mij al niet. Patiënten zijn geen verkapte lijfeigenen van dokters, dat zijn ze nooit geweest ook. Patiënten zijn ook geen klanten die iets bij dokters willen kopen. Ze zijn geen baas, maar ook geen knecht. Er is in de zorg iets anders aan de hand. En die eigenheid van de gezondheidszorg, die eigen logica, onderzoek ik al twintig jaar.

Toen ik filosofie en geneeskunde studeerde, rende ik op en neer tussen twee totaal verschillende werelden. De dominante filosofie schuift een mensbeeld naar voren waarin het een soort morele triomf is om keuzes te maken – je leven inrichten naar je eigen keuze is het toppunt van ware menselijkheid. Wat ik in het ziekenhuis zag, paste totaal niet bij die fantasie. Het leven in de kliniek is nogal overweldigend, draait om ziekte, ellende, tekort. De meeste filosofen ontbrak het duidelijk aan een besef van vleselijkheid. Maar bij hen kon je wél leren dat het ertoe doet in welke taal je praat. Dat je taal voor een groot deel bepaalt wat je ziet.

Taal lijkt misschien onschuldig, maar kan met je op de loop gaan. Neem het nu zo populaire woordje 'product'. De gezondheidszorg staat onder druk om dat woord te gebruiken voor wat er in de spreekkamer gebeurt. Aan zo'n woord zit een heleboel vast. 'Product' veronderstelt een transactie, het suggereert dat er in een spreekkamer iets van hand tot hand gaat. Dat is een weinig adequaat model. Ik zeg niet dat het nooit past – als je je oog laat laseren, valt 'laseren' misschien best als een product zien – maar in de meeste gevallen slaat zo'n woord de plank gewoon mis.

Voor mijn boek heb ik veel diabetespreekuren bezocht, gepraat met internisten, verpleegkundigen en patiënten, gekeken wat er in spreekkamers gebeurt. Wat zou je daar 'product' moeten noemen? Misschien de insuline die over de toonbank gaat en die het leven van diabetici redt? Zou kunnen. Maar als je alleen naar het product kijkt, mis je het belangrijkste dat er in die praktijk gebeurt: namelijk dat hulpverleners en patiënten een interactie aangaan. Ze praten over hoe je insuline leert inspuiten, hoe je dat goed doet, hoe

je schommelingen in je bloedsuikerspiegel het best kunt voorkomen. Dat je goed en regelmatig moet eten, maar dat een taartje af en toe ook moet kunnen – dat je moet leren leven met je zwakheden. Hoe leid je in de gegeven omstandigheden een zo goed mogelijk leven? Dáár hebben hulpverleners en patiënten het op het spreekuur over. En daarin hebben ze elk een praktisch aandeel. Als je zo'n praktijk beschrijft als een product of een transactie, dan ontnem je jezelf het zicht op wat er werkelijk gebeurt. Dan dwing je de praktijk in een slecht passende mal.

Kiezen is iets dat ons soms te doen staat, maar het is zelden het punt. Het is eigenlijk onbegrijpelijk dat nagenoeg iedereen, van minister Hoogervorst tot en met het grootste deel van de patiëntenbeweging, het zo graag over 'kiezen' heeft. Want de meeste ziekten waarmee de gezondheidszorg te maken heeft, zijn chronisch, daarbij is niet relevant wat je kiest, maar wat je voor elkaar krijgt. Dat vereist 'dokteren'. Zorgen. Niet alleen het warme verzorgen dat traditioneel bij vrouwelijke verpleegsters hoorde. Dokteren is ook: het op de juiste wijze introduceren van medische technieken in het leven met een ziekte.

Een techniek gebruiken vraagt veel van je. Het lijkt niet zo moeilijk om de anticonceptiepil te slikken als je niet zwanger wilt worden. Maar je moet er een tamelijk regelmatig leven voor leiden, anders blijkt het niet te lukken. Ook een ogenschijnlijk simpel apparaatje als een bloedsuikermeter is nooit 'eenvoudig in het gebruik'. Je moet ervoor gaan zitten, je misschien terugtrekken uit een vergadering, je moet de uitslag steeds weer emotioneel verwerken. Zo'n techniek incorporeren in je leven is veel werk, een hoop gedoe.

Op het diabetesspreekuur snappen ze dat. Daar zeggen ze niet: vandaag begint u met meten en over honderd dagen bespreken we het resultaat. Welnee. Er bestaan minstens twintig soorten bloedsuikermeters, en de diabetesverpleegkundige kijkt welke bij de patiënt past. Die mevrouw van tachtig kan dit doosje niet zo goed openmaken, dus is een groot model voor haar handiger. Voor die jongen van 25 zoeken we een designexemplaar uit waarmee hij voor de dag kan komen. Patiënten kunnen de apparaten soms even lenen, kijken of het bevalt. Ze zullen moeten leren met zo'n ding om te gaan. Dat is afstemmen, kalibreren. Van de techniek op de patiënt, én van de patiënt op de techniek. En als het dan in de praktijk toch niet blijkt te werken, zijn er flink wat variabelen die verpleegkundige en patiënt aan kunnen pakken. Dat lijkt gewoon niet op kiezen.

Neem de man die ik in mijn boek mijnheer Martin noem. Hij komt op het spreekuur, krijgt informatie, en 'kiest ervoor' om zelf zijn bloedsuikerspiegel te prikken. Maar op het volgende spreekuur blijkt hij helemaal niet gemeten te hebben. Wat moet je dan zeggen? 'Goh, hij wilde blijkbaar toch niet echt?' Als dat het enige is dat je als dokter of verpleegkundige te zeggen hebt, ben je een slechte professional. Het ware werk begint dan in feite pas. Het wordt zoeken: waarom lukt het niet? Vindt mijnheer Martin prikken eigenlijk eng? Zou een ander apparaat wel werken? Helpt het om een ander prikritme in te voeren? Afstemmen dus.

De logica van het kiezen doet het voorkomen alsof je je lichaam kunt controleren. Je wilt je bloedsuiker omlaag hebben, daar kies je voor, dus eet je met mate, sport je regelmatig. Je doet kortom je best. En dat is mooi, want als je niets doet, ga je dood. Maar 'je best doen' is geen garantie voor het bereiken van je doel. Je bloedsuikers kunnen toch gaan zwabberen, omdat er allemaal emotionele dingen gebeuren, of zomaar, zonder duidelijke reden. Ondanks je keuze voor gezond leven.

Binnen het keuzeverhaal valt zo'n ervaring eigenlijk niet goed te plaatsen. Binnen de zorg wel. Daar weten ze dat je moet leren leven met je ziekte, dat je daar je best voor moet doen. En ze weten ook dat je moet verdragen dat het desondanks mis kan gaan. Patiënt zijn vraagt iets heel moeilijks van mensen: daadkracht én gelatenheid tegenover je eigen lijden.

Ik vind het erg dat de gezondheidszorg her en der als een markt wordt afgeschilderd. Op de markt verkoopt men producten door te beloven dat ze verlangens bevredigen. In de zorg gaat het niet om verlangens, maar om in leven blijven. Ervaring nummer één in de spreekkamer is dat je het *niet* voor het kiezen hebt. Niet omdat de dokter de baas is, maar omdat je lichaam zich grillig gedraagt.

Verlangens zijn eindeloos, en de markt speelt daarop in. Het is dan ook een eigenaardig idee dat je via de markt de kosten zou kunnen terugdringen. Een fabrikant die handig gebruikmaakt van het verlangen naar gezondheid, kan goed verdienen. Juist de markt stelt geen grenzen aan verlangens. Je hoeft je verlangens niet te veranderen, je hoeft niet over ze na te denken – je hoeft ze alleen maar te bevredigen, als je kunt.

De gezondheidszorg spreekt je niet aan op je primaire gevoelens, maar op je bewerkte verstand. Een zieke die een zo goed mogelijk leven wil leiden, moet leren verstandig met zijn verlangens om te gaan. Niet dat genieten slecht is, je leert in de zorg juist om je lichaam te koesteren. Alleen: matigheid kan je leven aangener maken. Als je nu matig bent, heb je meer kans om niet al te vlug last te krijgen van nare complicaties. Hulpverleners helpen daarbij. En als er geen hoop meer is op genezing, doen ze geen appèl meer op je verlangen naar gezondheid, maar bieden ze je steun en troost. Dat is een indrukwekkend ander verhaal dan dat van de markt.

Politici, managers en kwasi-verlichte filosofen doen vaak alsof het rationele keuzeverhaal boven alle twijfel verheven is. 'Wij westerlingen zijn rationeel, wij kiezen.' Het maakt me razend dat één dominant denkmodel in het publieke debat wordt neergezet als hét westerse denken: het gesecculariseerd protestante, juridische, mannelijke, lichaamsloze, rationele keuzemodel. Dat is enorm misleidend. En dan moet ik in naam van dat westerse model als geëmancipeerde vrouw zeker ook nog bang worden voor onbeschaafde 'anderen', die 'hun' vrouwen zouden onderdrukken? Geen zin in. Zo laat ik me niet aanspreken. Want mijn westerse traditie is er een met oog voor lichamelijke, toeval, grilligheid, pech. Waarin zieken mogen bestaan. Waarin we niet de illusie hebben dat we technieken de baas zijn, maar voorzichtig uitproberen wat ze met ons doen. Een traditie van dokters. Van zorgen.

Afgedrukt in Vrij Nederland, 11 maart 2006. Copyright: Marjan Slob. Overname alleen toegestaan na schriftelijke toestemming van de auteur.