

A portrait of David J. Hunter, a man with a beard and mustache, wearing a suit and tie. The image is overlaid with a green tint. The text is positioned in the lower half of the image.

'Zorg voor gezondheid vergt  
meer dan gezondheidszorg:  
de noodzaak van een nieuw paradigma'

**DAVID J. HUNTER**

**g**

LEZING- 2007

Zorg voor gezondheid vergt meer dan gezondheidszorg:

de noodzaak van een nieuw paradigma



**Zorg voor gezondheid vergt  
meer dan gezondheidszorg:  
de noodzaak van een nieuw paradigma**

David J. Hunter

**g**

LEZING- 2007



**Inhoud**

**Voorwoord – 7**

**Inleiding – 11**

**Het probleem:  
de dominantie van het  
medische model – 16**

**Naar een nieuw paradigma – 27**

**Conclusie – 35**

**Literatuur – 38**



# Voorwoord

Zorg voor gezondheid staat hoog op de politieke agenda. Maar het debat gaat vooral over gezondheidszorg, of beter 'ziekenzorg'. De politiek spreekt over zorgbeleid, niet over gezondheidsbeleid. Hans Achterhuis wees er in 'De Gezondheidsutopie', de G-lezing 2004, al op: de druk op de gezondheidszorg wordt alleen maar groter met de toename van medische kennis en de groei van voorzieningen, waardoor mensen immers steeds onzekerder en afhankelijker worden van het zorgsysteem. We hechten te sterk aan het geloof dat een perfecte gezondheid steeds meer haalbaar wordt. De natuurlijke genezingskracht van de mens wordt daarbij onnodig veronachtzaamd. Intussen is de kwaliteit van de Nederlandse volksgezondheid in Europa gezakt naar de middenmoot.

Op Prinsjesdag van dit jaar liet het kabinet weten ons land snel weer in de Europese top vijf te willen hebben. Kort daarop zond het de zeer ambitieuze kabinetsvisie op 'gezondheid en preventie' naar de Tweede Kamer. Het is vooral een oproep en aanzet tot een wezenlijke wending in het gezondheids(zorg)beleid. Minister Klink van Volksgezondheid benoemt de noodzaak daartoe met een verwijzing naar 'de forse opgave om Nederland vitaal en gezond te houden' en naar de verwachte toename



van chronische ziekten. Hij stelt dat gezondheid een waarde op zich is, maar wijst er ook op hoezeer gezondheid van belang is voor het functioneren van de samenleving op alle niveaus. Zorg heeft een grotere toegevoegde waarde voor de samenleving dan bijvoorbeeld onderwijs. In het belang dat iedereen op zijn manier heeft bij een gezonde samenleving, ziet Klink een cruciaal aangrijpingspunt voor beleid. Het zijn 'allemaal potentiële partners': bedrijfsleven, zorgaanbieders, werkgevers, scholen, gezinsleden. 'Ik wil ze aanspreken op hun gerechtvaardigd belang, het besef dat ze er zélf bij kunnen winnen; dan is er sprake van een motivatie van binnenuit.'

Zoals minister Klink het in zijn brief aan de Kamer al schrijft: het denken over gezondheid en preventie is in een nieuwe fase gekomen. Het is dan ook geen groot toeval dat G, ruim voordat de minister zijn visie neerschreef, als werktitel voor de G-lezing 2007 had gekozen voor 'Zorg voor gezondheid vergt meer dan gezondheidszorg'. De probleemstelling is glashelder, zie boven. En het sterk naar binnen gerichte veld van de publieke gezondheidszorg verkeert in een forse transitiefase. De vraag is alleen: op weg waarheen? Interessanter is echter de vraag wat de ontwikkelingen in onze samenleving zijn als het gaat om de gezondheid van burgers. Gezondheid niet als doel op zich, maar als bron voor een optimale invulling van het eigen leven; lichamenlijk, geestelijk en sociaal. Ook afgezien van de grote sociaal-economische gezondheidsverschillen valt daar nog wel wat te doen, dus. Maar niet door meer van hetzelfde. Integendeel misschien zelfs.

Wat dan wel? Met die vraag zijn we naar David Hunter gestapt. Niet in de verwachting het ultieme antwoord te krijgen, want dat is er natuurlijk niet. Maar wel omdat Hunter, zeker in het internationale debat over *public health*, een bijzondere staat van dienst heeft opgebouwd met de

ontwikkeling van vernieuwende inzichten op het thema van de (on)gezonde samenleving. Zoals zal blijken, schuwt hij ongebruikelijke benaderingswijzen noch expliciete politieke stellingnames. Sterker, hij stelt dat de professionals in dit werkveld zich veel meer zo zouden moeten opstellen.

Hunter begint zijn lezing met de constatering dat 'diseases of comfort' de belangrijkste doodsoorzaak van deze eeuw zijn. Het huidige gezondheidsbeleid is daar niet op toegerust, omdat het uitgaat van gezondheidsproblemen en tekortkomingen ('deficits') van individuele burgers, en inzet op het - met hulp van professionals - repareren van schade en veranderen van individueel gedrag. Hunter analyseert de oorzaken van deze tekortschietende benadering. Hij noemt de onjuiste veronderstelling dat meer geld voor zorg ook meer gezondheid oplevert. Of de druk op politici om vooral voldoende zorgvoorzieningen te garanderen. *En passant* wijst hij op de corrosieve effecten van de vrije markt en het gebrek aan werkelijk *commitment* van de politiek met de volksgezondheid. Voor een duurzame en gezonde samenleving moeten we ons onttrekken aan de dominantie van het biomedische paradigma en ruimte creëren voor een meer sociaal-ecologisch concept. In dat kader gaat Hunter onder meer in op de wat hij 'asset'-modellen noemt, modellen die zich richten op de mogelijkheden waarover burgers en gemeenschappen beschikken om zelf hun gezondheid te bevorderen, en zich te beschermen tegen negatieve invloeden. De rol die de overheid hierbij, met en via de burgers, op zich neemt, is volgens hem van cruciaal belang. Coproducties met andere sectoren van de samenleving zijn in dit verband essentieel.

Ten slotte staat Hunter onder meer stil bij het vermogen van 'tipping points' ('sociale epidemieën' die een omslag forceren) en de kracht van 'intelligente actie' (Gladwell) om de gewenste veranderingen te bewerkstelligen. Belangrijkste

doel: de voorwaarden creëren voor een gezonde samenleving, en mensen weer in verbinding brengen met hun gezondheid.

Hunter sluit zijn bevroren betoog af met enkele nauwelijks minder geïnspireerde kanttekeningen over het spanningsveld tussen idealisme en pessimisme - of is het realisme? Maar hij zet dan ook wel érg hoog in met het streven naar een nieuw paradigma. Een fundamentele discussie, een verruimd gezichtsveld, een bron van inspiratie, of zelfs een gezonder gezondheidsbeleid: aan G zal het niet liggen. De eerste stappen zijn in ieder geval gezet.

Utrecht, november 2007,  
Erik Lieber, arts, coördinator G-lezing

# Inleiding

Het zijn interessante tijden voor het gezondheidsbeleid in Europa en elders. In veel landen, waaronder Nederland en het Verenigd Koninkrijk, groeit het besef dat het gul toekennen van middelen aan de gezondheidszorg – en vooral aan diensten rond de acute ziekenhuiszorg – op zich niet gelijkstaat aan goede volksgezondheid. Sterker nog: zulke diensten worden onbetaalbaar en onhoudbaar als ze uit publieke fondsen als sociale verzekeringen of belastingen moeten worden betaald. Tenminste, als we niet proberen de vraag te reguleren en het gezondheidsbeleid over een andere boeg te gooien. De zogeheten ‘gemaksziekten’ – de voornaamste doodsoorzaak in de 21<sup>ste</sup> eeuw en de eeuw die erop zal volgen – vereisen een andere aanpak (Choi, Hunter, Tsou en Sainsbury 2005).

In deze lezing beschrijf ik het dilemma dat uit de gemaksziekten voortvloeit, en waar beleidsmakers voor staan. Ik betoog dat de huidige maatregelen tegen deze ziekten gedoemd zijn te mislukken, aangezien ze te stevig steunen op een medisch model en op het ethos van markten en consumentisme. Een nieuw paradigma is hoogst noodzakelijk. Dit paradigma moet uitgaan van een holistische kijk op gezondheid, en van het scheppen van voorwaarden voor gezondheid. Mijn stelling is dat we uit moeten gaan van *assets* (bevorderende factoren), en niet van gebreken, en dat we positieve gezondheidspatronen in de samenleving moeten zoeken en uitbouwen. Autoriteiten op het gebied van de volksgezondheid moeten zich vooral richten op samenwerking met mensen om *tipping points* (omslagmomenten) te bereiken. Alleen zo kunnen mensen een hernieuwd besef krijgen van hun gezondheid en er mede de verantwoordelijkheid voor dragen. Alleen op deze manier

kunnen we zieke samenlevingen weer gezond maken.

Het probleem met de gemaksziekten in onze samenlevingen is niet in de eerste plaats dat we ze niet zouden begrijpen. Er zijn onderzoeken en studies te over die gewag maken van de hoge mate van slechte gezondheid in onze samenlevingen, en van de groeiende gezondheidskloof tussen sociale groepen. Een van de voornaamste academici op dit gebied is Johan Mackenbach van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Ook is er een omvangrijke hoeveelheid wetenschappelijk bewijs over wat er aan de tekortkomingen gedaan moet worden, hoewel er nog hiaten zijn in onze kennis van welke interventies het meest effectief zijn. Het grootste beletsel voor duurzame verandering lijkt te liggen in de afwezigheid van effectief bestuur en een politieke wil tot verandering. Of het nou gaat om de obesitaspandemie, het toenemende alcoholmisbruik of de groeiende gezondheidskloof tussen arm en rijk, de pogingen van de maatschappij om dergelijke complexe publieke beleidskwesties aan te pakken lijken slap en ontoereikend. Te veel wordt de nadruk gelegd op het veranderen van het gedrag van individuen en op herstel waar het leed al geleden is, in plaats van op preventie. In jargon: we concentreren ons op top-down opgelegde maatregelen die de symptomen aanpakken, in plaats van bottom-up te interveniëren door ons op de oorzaken van moderne gezondheidsproblemen te richten. Ook kijken we te eenzijdig naar de gezondheidsproblemen en gebreken van mensen, waarvoor professionele expertise de oplossing moet bieden. We zouden de zaak kunnen omdraaien, en kijken naar wat mensen gezond houdt. Welke middelen hebben zij tot hun beschikking om op een creatieve en positieve wijze hun gezondheid te bevorderen?

Kortom, we houden vast aan een biomedisch gezondheidsmodel en kiezen niet voor een sociaal-ecologisch model. Daarenboven nemen wij (of liever: politici) aan dat elke technologische en wetenschappelijke verandering 'modern' is en vooruitgang betekent,

en dus ook enthousiast verwelkomd moet worden. Dat doen we zelfs als zulke veranderingen onze gezondheid of die van anderen kunnen schaden.

Ik wil nu eerst nader beschrijven wat ik met ‘gemaksziekten’ bedoel. Onder deze term versta ik vooral chronische ziekten die door obesitas en een gebrek aan lichaamsbeweging worden veroorzaakt. Deze ziekten liggen ten grondslag aan de drie vragen over de volksgezondheid die in ons deel van de wereld het beleidsdebat overheersen, en de gezondheidssystemen die bij ons zijn opgezet:

- Wat is de werkelijke oorzaak van de wereldwijde epidemie van chronische ziekten?
- Waarom wordt er steeds vaker een beroep gedaan op de gezondheidszorg, waardoor de middelen hiervoor alsmar verder onder druk komen?
- Wat moeten we doen om de huidige epidemie van obesitas en gebrek aan lichaamsbeweging een halt toe te roepen?

Elk van deze vragen refereert zowel aan de rol van onze beschaving als aan de vooruitgang van de mensheid in het algemeen bij het veroorzaken van de epidemie van chronische ziekten. Een van de opvattingen – waar, zoals hierboven aangegeven, politici naar neigen – is dat de geschiedenis van de mensheid een doorlopende vooruitgang richting perfectie laat zien. Een alternatieve opvatting – én kijk op de geschiedenis – is dat de zoektocht naar volmaaktheid en de veronderstelling van ‘vooruitgang’ misplaatst zijn. Bepaalde uitvindingen en veranderingen, technologisch en anderszins, verbeteren het heden niet en staan ook niet voor progressie. In de regel verwelkomen we wetenschappelijke kennis, economische groei en toenemende productiviteit. We moeten ons echter ook rekenschap geven van de gevolgen daarvan voor arme mensen,

voor de balans tussen werk en vrije tijd, voor het stressniveau onder werknemers. We dienen het verband te onderkennen met leefstijlen die gekenmerkt worden door een gebrek aan lichaamsbeweging, slechte voedingsgewoonten, roken en overmatig alcoholgebruik – leefstijlen die de gezondheid kunnen schaden en dat ook daadwerkelijk doen.

De moderne mythe wil dat de wetenschap de mensheid in staat stelt om haar collectieve lotsbestemming te sturen. Maar zoals John Gray, hoogleraar European Thought aan de London School of Economics, stelt: ‘in werkelijkheid zijn er slechts individuen die de toenemende kennis, door de wetenschap aangereikt, aanwenden om hun eigen – strijdige – belangen na te streven’ (Gray 2003).

We hebben daarom dringend een nieuw paradigma nodig dat het mogelijk maakt om iets te doen aan de gemaksziekten, en aan de tekortkomingen van de gezondheidszorgsystemen zoals die nu in elkaar zitten. Daarbij moeten we realistisch zijn over wat we kunnen bereiken, en geen utopische idealen najagen. Later in deze lezing zal ik de mogelijke contouren van dit nieuwe paradigma schetsen. Eén ding is voor mij zeker: we moeten de sprong maken om de krachten die de gezondheid schaden te bestrijden waar ze ook maar opduiken. Als we dat niet doen, zal de publieke gezondheidszorg gedwongen blijven samen te spannen met de acute zorg. Sterker nog: ze blijft dan overschaduwed door die acute zorg, inclusief alles wat beleidsmakers in dat verband in beslag neemt, zoals wachtlijsten en de beschikbaarheid van ziekenhuisbedden. Ondertussen zullen onze samenlevingen eerder zieker worden dan gezonder.

We hebben een keuze. Onze samenlevingen kunnen de kant van de Verenigde Staten op gaan, waar het meest wordt geïnvesteerd in de gezondheidszorg terwijl de opbrengst voor de bevolking schamel is in vergelijking met andere landen. Of we kunnen een voorbeeld nemen aan Japan, Cuba en sommige Scandinavische landen, die allemaal – op verschillende manieren – het belang van

een gezonde maatschappij voor een gezonde economie inzien, en waar het beleid ook aantoonbaar resultaten oplevert.

We weten dat het bereiken van een goede gezondheid en welzijn een veelzijdige en complexe kwestie is. Zo toont het werk van de econoom Richard Layard en anderen aan dat gezondheid en geluk samengaan, en dat deze beide zaken leiden tot meer productieve en levensvatbare gemeenschappen (Layard 2005). Maar andersom lijken de prestaties van succesvolle en groeiende economieën niet vanzelfsprekend te resulteren in meer tevreden, gelukkiger samenlevingen. Er zijn zelfs aanwijzingen in de tegenovergestelde richting, vooral als het gaat om mensen die aan lichte psychische aandoeningen lijden. Natuurlijk gedijen sommigen in de nieuwe flexibele economie, maar tegelijk worden complete bevolkingsgroepen steeds verder gemarginaliseerd, en leven in verre van optimale omstandigheden, ver beneden hun potentieel.



# Het probleem: de dominantie van het medische model

Hoewel het dilemma waar het gezondheidsbeleid voor staat steeds bredere erkenning krijgt, worden de pogingen om de volksgezondheid te verbeteren geplaagd door een bestuursprobleem. Een deel hiervan is terug te voeren op de aard van het volksgezondheidssysteem zelf, dat groot en divers is en geen duidelijke of vaste grenzen heeft. Maar de kwestie geeft ook aan hoezeer beleidsmakers en managers de voorrang geven aan (acute) gezondheidszorg, vooral die van de ziekenhuizen. In deze beroepssector zijn ook de gevestigde belangen het sterkst en het meest overtuigend, waarbij het urgente steeds ten koste gaat van het belangrijke. De kern van het probleem is de aard van het rendement bij de investering in gezondheid. Veel investeringen in maatregelen ten bate van de volksgezondheid hebben effect en zijn lonend op de lange termijn. Maar in de moderne tijd van onmiddellijke bevrediging en instant-oplossingen, is er geen aansporing is om op die lange termijn te investeren. Politici die binnen de marges van elkaar snel opvolgende verkiezingen werken, hebben belang bij snelle, zichtbare resultaten. Het behandelen van meer mensen in ziekenhuizen wordt zo een *condicio sine qua non* voor een succesvol gezondheidsbeleid. Het feit dat we als maatschappijen in veel opzichten ongezonder worden, lijkt niet de aandacht te krijgen die het verdient. In plaats daarvan stellen we individuele mensen aansprakelijk voor de leefstijlkeuzes die ze maken. En we doen praktisch niets aan de machtige belangen, zoals die van de wereldwijde levensmiddelenindustrie, die deze keuzes duidelijk beïnvloeden – als ze die al niet bepalen.

Zoals Wise en Nutbeam (2007) stellen:

*Ons onvermogen om het mede als de rol van gezondheidssystemen te zien om de volksgezondheid te bevorderen, te beschermen en in stand te houden, en om landen ertoe te bewegen anders te investeren in hun gezondheidssectoren, wijst op de noodzaak van een grondige herwaardering van onze aanpak tot dusver.*

Elke poging die we ondernemen om het gezondheidsbeleid weer te richten op gezondheid, vergt eerst inzicht in de belangrijkste drijvende krachten en de dynamiek van moderne gezondheidszorgsystemen. Daar ligt de werkelijke macht om gezondheidsbeleid vorm te geven. Een paar eenvoudige waarheden over gezondheidszorgsystemen geven aan hoe buitengewoon moeilijk het is om de beleidsagenda een andere richting te geven, zoals ook Wise en Nutbeam laten zien. Deze eenvoudige waarheden vormen een belemmering voor radicale verandering, en voor de noodzakelijke paradigmaverschuiving van een systeem van slechte gezondheid naar een heus gezondheidssysteem. Hoe verlicht en visionair beleidskaders ook mogen zijn, het zal niet veel uithalen als we niet óók praten over de manier waarop we het beleid implementeren. En er zal niet echt iets veranderen, zolang we niet erkennen dat het verstoren van de vigerende machtsbasis daarvoor een essentiële voorwaarde is.

Welke zijn nu deze 'eenvoudige waarheden'? Vijf ervan zal ik hier kort behandelen.

- *Gezondheidszorgsystemen willen groeien.* Dergelijke systemen zijn expansionistisch van aard en leiden tot de vorming van gevestigde belangen die niet alleen willen overleven, maar zelfs willen groeien.

- *Hogere gezondheidsuitgaven worden geacht tot een betere gezondheid te leiden.* Het gezondheidsbeleid kent vele misvattingen, en dit is wel een van de schadelijkste. Internationale vergelijkingen van kosten en baten brengen enkele merkwaardige patronen aan het licht. Landen die minder uitgeven, variërend van Japan tot Cuba, hebben een betere gezondheidsstatus dan landen die meer investeren, bijvoorbeeld de Verenigde Staten. Zoals de Wereldgezondheidsorganisatie WHO aangeeft, kan het verdelen van uitgaven wel eens een belangrijker determinant van het welslagen van een gezondheidssysteem zijn. Er bestaat geen ‘juist’ investeringsniveau voor gezondheidssystemen, al is er wellicht een minimuminvestering per hoofd van de bevolking – een basisinvestering – waaronder de gezondheidszorg ontoereikend is (WHO 2000). Grotere uitgaven zouden tot betere gezondheid moeten leiden. Maar uit een mondiaal overzicht dat de Wereldbank maakte van de relatie tussen uitgaven aan gezondheidszorg en de gezondheid van de bevolking, kwam geen bewijs voor een dergelijk verband naar voren.
- *Universele toegang tot gezondheidszorg leidt niet tot universele goede gezondheid.* Universele toegankelijkheid heeft niet veel veranderd aan de gezondheidsverschillen onder bevolkinggroepen. Vermogende mensen zijn nog altijd gezonder dan arme mensen. Bij alle pogingen van overheden om de gezondheidskloof tussen sociale groepen te dichten, zijn deze ongelijkheden hardnekkig gebleken. Het toekennen van meer middelen aan gezondheidszorgsystemen zal daarom waarschijnlijk leiden tot een toenemende kloof, tenzij we een serieuze poging ondernemen om de gezondheid van de armste groepen sneller te verbeteren dan die van de rest van de bevolking. Dit is echter een politiek impopulaire zet. Zelfs waar een dergelijk beleid bestaat, is de uitvoering ervan daarom zwak.

- *De gezondheidszorg wint het bijna altijd in de strijd om middelen.* Deze ongelijke verhouding blijft in stand, zelfs waar overheden het verbeteren van de volksgezondheid tot belangrijk doel uitroepen. Dit komt doordat zulke beloften zelden gepaard gaan met een significante herbestemming van middelen. Zelfs waar middelen gereserveerd worden voor maatregelen ten bate van de volksgezondheid, is het niet ongebruikelijk – zoals vorig jaar in Engeland gebeurde – dat deze budgetten geplunderd worden om tekorten te dekken in de uitgaven voor de acute gezondheidszorg. Het is niet moeilijk om te begrijpen waarom dit zo blijft. Gezondheidsbevordering belooft *toekomstige* in plaats van *onmiddellijke* opbrengsten, en stelt ook de status quo en de gevestigde belangen die daaraan verdienen aan de kaak. Terwijl een aandachtsverschuiving van gezondheidszorg naar het verbeteren van gezondheid het sociale kapitaal ten goede kan komen, kan het omgekeerde het geval zijn voor politiek kapitaal. De bevolking raakt makkelijk gealarmeerd door paniekverhalen in de media dat de gezondheid van mensen in het geding is omdat er onvoldoende geïnvesteerd wordt, of omdat er te weinig voorzieningen zijn. Het wordt politici dan niet in dank afgenomen als ze niet voldoen aan de vermeende behoefte aan nóg meer gezondheidszorg.
- *Het is buitengewoon moeilijk om de verdeling van de gezondheidsstatus te veranderen middels ‘bottom-up’ strategieën.* Interventies die de minder bevoorrechte klasse moeten steunen, zijn juist vaak voordelig voor de klasse die al bevoorrecht is, waardoor ongelijkheid toeneemt en de gezondheidskloof groeit. Recente pogingen in het Verenigd Koninkrijk om dit probleem op te lossen met doelstellingen om de levensverwachting vóór 2010 te verbeteren, hebben geleid tot de toenemende medicalisering van de publieke gezondheid. Men richt zich op moeilijk bereikbare groepen in lokale gemeenschappen en buurten, en schrijft deze

groepen statines of bloeddrukverlagende middelen voor, om zo een snelle vooruitgang te boeken in gezondheidsstatus en levensverwachting van deze mensen. Zulke maatregelen hebben zeker hun plaats, maar we moeten ze niet beschouwen als een substituuut voor het aanpakken van de sociale determinanten van gezondheid, hoe complex en langdurig de daarvoor benodigde inzet ook is.

Deze 'eenvoudige waarheden' worden versterkt door overheden die werken in het kader van elkaar steeds frequenter opvolgende verkiezingen, terwijl de gezondheidsagenda een aanpak op de langere termijn vereist. Gevangen tussen deze druk aan de ene kant en de nadrukkelijke eisen van machtige gevestigde belangen aan de andere kant, is het voor beleidsmakers buitengewoon moeilijk om 'bottom up' beleid te vormen.

De Pruisische patholoog en antropoloog Rudolf Virchow, had gelijk toen hij meer dan honderd jaar geleden opmerkte: 'de geneeskunde is een sociale wetenschap, en de politiek is niets anders dan geneeskunde op een grotere schaal.' Bijna elke publieke instelling en bijna elk publiek beleidsveld heeft gevolgen voor de gezondheid. De Finse overheid is er tijdens haar voorzitterschap van de EU eind vorig jaar in geslaagd om de Europese Commissie het concept van 'Gezondheid in alle beleid' (Health in All Policies, HiAP) te laten aannemen. In zijn conclusies over HiAP roept de Raad van de Europese Unie op

*tot brede maatschappelijke actie om gezondheidsdeterminanten aan te pakken, met name ongezonde eetgewoonten, een gebrek aan lichamelijke activiteit, het schadelijk gebruik van alcohol, tabak en psychologische stress. Deze brede actie is nodig omdat het vermogen van individuen om zelf iets te doen op het gebied van deze determinanten – en deze zijn verantwoordelijk voor*

*grote volksgezondheidsproblemen – sterk afhankelijk van bredere sociale gezondheidsdeterminanten, zoals het niveau van opleiding en beschikbare economische middelen* (Raad van de Europese Unie 2006).

Gezondheid wordt grotendeels bepaald door gezondheidsdeterminanten buiten het terrein van de volksgezondheid. HiAP wordt daarom gepresenteerd als een strategie om gezondheid en overig beleid nader met elkaar in verband te brengen (Stahl c.s. 2006). De strategie wil de invloed op gezondheid vanuit alle beleidsterreinen bekijken, waaronder landbouw, onderwijs, het milieu, fiscaal beleid, volkshuisvesting en verkeer. Een instrument daarvoor is de gezondheidseffectscreening. In het HiAP-concept is het welzijn van landen dus niet slechts de verantwoordelijkheid van gezondheidsgerelateerde voorzieningen, mechanismen en activiteiten, maar ook van andere beleidsvelden die zelfs een nog grotere invloed op gezondheid en welzijn kunnen hebben.

HiAP is niet bepaald een nieuwe strategie. We vinden er het gedachtegoed van de WHO in terug zoals neergelegd in Health for All en eerdere initiatieven, in het bijzonder de Ottawa Charter (1986) maar ook de verklaring van Alma Ata uit 1978. Deze initiatieven hebben destijds al de rol van andere sectoren in het gezondheidsbeleid benadrukt. Belangrijk van HiAP is dat het dit gedachtegoed in hoge beleidskringen nieuw leven inblaast, en wel in een tijd waarin concepten als gezondheid en welvaart steeds meer hand in hand gaan. De huidige belangstelling voor (de eerder genoemde) opvattingen over geluk en de gezondheidsmaatschappij, heeft ook een directe betekenis voor HiAP. Het mag ons niet verbazen dat HiAP een politiek lastige strategie is, vooral juist omdat gezondheid grotendeels bepaald wordt in andere sectoren naast de gezondheidssector.

De wortels van HiAP liggen in een 'ecologische' kijk op gezondheid,

die benadrukt dat de contexten waarin mensen leven en de manieren waarop zij hiermee omgaan verregaand worden beïnvloed door het overheidsbeleid. Nu dit beleid bedreigd wordt door het neoliberale idee van de marktstaat, is HiAP niet direct populair of in brede kringen welkom. Als het idee erachter wil overleven, zullen we het moeten bevechten.

Twee verwante beleidsparadoxen blijken uit al onze gezondheidssystemen. Ook die mogen we niet negeren of over het hoofd zien. Ten eerste staat de volksgezondheid in veel landen weliswaar hoog op de beleidsagenda, maar het vermogen om op dat terrein resultaat te boeken blijft zwak en kwetsbaar. Volksgezondheid – of varianten als gezondheidsbevordering en welzijn – wordt niet gezien als een centraal onderdeel van gezondheidsbeleid, zoals men de gezondheidszorg centraal stelt.

We weten al veel over de sociale determinanten van gezondheid. De Commission on Social Determinants of Health van de WHO, onder voorzitterschap van Michael Marmot, rapporteert daarover in mei/juni 2008. In een recente tussentijdse rapportage wijst de commissie erop dat de gezondheidskloof breder wordt, ook al zijn verreweg de meeste ongelijkheden in gezondheid tussen en binnen landen vermijdbaar. We ondernemen veel te weinig actie om slechte gezondheid onder arme mensen tegen te gaan (WHO 2007). Technische oplossingen binnen de gezondheidssector zijn belangrijk, maar zijn niet voldoende. Het beïnvloeden van de onderliggende oorzaken en determinanten van gezondheid zou wel eens betere en duurzamere effecten kunnen hebben. De commissie snijdt een belangrijk punt aan door te stellen dat

*actie op het gebied van sociale gezondheidsdeterminanten mensen, gemeenschappen en landen in staat stelt om zelf op te treden [empowerment]. Dit is een belangrijke stap naar (de randvoorwaarden voor) het veranderen van sociale structuren.*

*Zulke veranderingen geven mensen de macht om te handelen.*

Misschien neemt de gezondheidskloof in sommige landen nog niet hals over kop toe, maar de algemene wereldwijde trend gaat wel in die richting (Mackenbach 2005). Ook weten we dat moderne ziekten en volksgezondheidsproblemen zoals obesitas, gebrek aan lichaamsbeweging, alcoholmisbruik, roken, slechte geestelijke gezondheid, seksueel overdraagbare aandoeningen, tienerzwangerschap enzovoorts, meer voorkomen onder arme mensen dan andere sociale groepen.

Het onvermogen om de groei van zulke moderne pandemieën te remmen is de tweede beleidsparadox. Deze is goed omschreven door een gevestigde adviseur op het gebied van gezondheidsbeleid in Finland, Kemmo Leppo, die stelt:

*ondanks al het wetenschappelijk bewijs over gezondheidsdeterminanten en de beschikbare mogelijkheden om ze aan te pakken, is men in nationale en internationale beleidskringen met heel andere zaken bezig. Dat is een van de grote paradoxen in de geschiedenis van het gezondheidsbeleid. (Leppo 1998).*

Het beleidsdilemma waar wij voor staan is scherp onder woorden gebracht door een voormalige adviseur van de Britse overheid. Derek Wanless, die uit het bankwezen komt, ging de stand van zaken met betrekking tot de volksgezondheid na in een in 2004 gepubliceerd adviesrapport aan de Britse regering (Wanless 2004). Zijn stelling was de volgende:

*Talrijke beleidsplannen en initiatieven op het gebied van de volksgezondheid hebben het beleid niet van de gezondheidszorg weg kunnen sturen (een 'nationale ziektedienst'). Dit zal niet gebeuren totdat de 'incentives' in het systeem anders verdeeld worden, met*



*een nadruk op het terugdringen van de ziektelast en het aanpakken van de belangrijkste risico's in leefstijl en voor het milieu.*

Ik denk niet dat ik heel erg overdrijf als ik stel dat onze volksgezondheidsproblemen – van obesitas tot de commercialisering van de jeugd tot de achteruitgang van het milieu – zich sneller ontwikkelen dan onze gezondheidsinstellingen ze kunnen aanpakken. Die instellingen – en onze politieke systemen – zijn versteend en niet in staat om de benodigde verandering op de benodigde schaal te realiseren. Ze kunnen dus niet langer aan hun doel beantwoorden. Net zoals we gezien hebben met de opkomst van het terrorisme en de 'asymmetrische oorlogsvoering' die ingaat tegen conventionele opvattingen over oorlog, zijn onze instituten ingehaald door de het tempo van de ontwikkelingen en het mondiale karakter van de gezondheidsproblemen waar we tegenover staan. 'Meer van hetzelfde' is geen oplossing. Dat is de richting die Donald Schon het 'dynamisch conservatisme' noemt, ofwel 'een neiging om te vechten om hetzelfde te blijven' (Schon 1973). Als de voornaamste ziektedeterminanten vooral economisch en sociaal zijn, moeten de remedies ook economisch en sociaal zijn. Toch wenden we ons telkens weer tot de gezondheidszorg voor oplossingen. Terwijl, zoals de Commission on Social Determinants of Health aangeeft, deze gezondheidssystemen onrechtvaardigheid en sociale stratificatie actief in stand houden, omdat middelen voor de gezondheidszorg onevenredig naar de rijken gaan. De zogeheten 'omgekeerde zorgwet' (*inverse care law*), voor het eerst verwoord door huisarts Julian Tudor Hart uit Wales, is springlevend (Hart 1971).

Echte gezondheidsbevordering bestaat uit meer dan een professionele aanpak. Het heeft het kenmerk van een sociale beweging, en kan een radicale verandering teweegbrengen door maatschappelijke betrokkenheid en collectieve actie te genereren. De rol van individuele personen als burgers in plaats van consumenten is essentieel voor

het veranderingsproces, zoals ik in het volgende deel van deze lezing zal uitwerken. Maar, er bestaat hier een sterke spanning die goed is weergegeven door McMichael en Beaglehole (2003):

*Er blijft een spanning bestaan tussen de filosofie van het neoliberalisme, die het eigenbelang van marktgerichte economieën onderstreept, en die van de sociale gerechtigheid, die collectieve verantwoordelijkheid en gemeenschappelijke baten als het voornaamste sociale doel ziet. De praktijk van de volksgezondheid, met het gemeenschaps- en bevolkingsperspectief dat eraan ten grondslag ligt, gaat beter samen met de tweede filosofie.*

Op dit punt van mijn lezing wil ik stilstaan bij enkele hoofdpunten uit het eerste deel van mijn lezing. De complicaties waar gezondheidssystemen mee te maken hebben en het onvermogen om de koers in betekenisvolle zin te wijzigen, zijn voor een groot deel terug te voeren op de verknochtheid van overheden aan een misvatting van passende actie om de huidige gezondheidsproblemen aan te pakken. Die problemen heb ik 'gemaksziekten' genoemd. Naast het feit dat ze een medisch gezondheidsmodel aanhangen, proberen vele overheden (en zeker de mijne in het Verenigd Koninkrijk) van bovenaf te sturen en op te leggen met uitgebreide systemen van doelstellingen en prestatie-indicatoren. Dit is zelfs het geval waar men de mond vol heeft van een lokale aanpak, de verantwoordelijkheid bij regio's leggen en minder centraal gezag.

Verder gaat de inrichting van modern management bij overheidsdiensten veelal uit van wantrouwen. Men ziet professionals en burgers eerder als onderdeel van het probleem dan als onderdeel van de oplossing. Er is geen werkelijk contact tussen de beleidsmakers en de professionals op wie zij moeten vertrouwen om hun beleid in praktijk te brengen. Evenmin is er contact met de bevolking

(of bevolkingsgroepen), die de beleidsmakers heten te 'dienen'. Pogingen om burgers te betrekken zijn vaak eerder mooi opgetuigde 'mediamomenten' zonder echte betekenis, inhoud of doel. Het lijkt erop dat sommige overheden, hoewel ze vaak lovend zijn over de vernieuwende aard en wederkerigheid van lokale initiatieven, niet gemakkelijk de macht uit handen geven. Ze trekken liever meer macht naar zich toe, zelfs wanneer ze het tegenovergestelde beweren.

Dit is geen betoog tegen betrokkenheid van de overheid; veel van waar ik voor pleit vereist juist méér betrokkenheid. De overheid moet wel degelijk een sleutelrol spelen in de gezondheidsbevordering. Mijn klacht is dat zij haar belangrijke en legitieme rentmeesterschap verloochent door zich te laten verleiden door het concept van de slanke in plaats van de grote staat, en daarbij alle taken uitbestedt aan de private sector. Het idee van een overheid die sterk leiderschap vertoont, heeft plaatsgemaakt voor een minder interveniërende rol, uitgedrukt in nogal holle termen als 'voorwaarden scheppen' en 'faciliteren'. Ik zou juist willen pleiten voor meer overheidsbetrokkenheid in plaats van minder, maar dan niet méér van het soort dat we nu hebben. De aard van de gezondheidsproblematiek vereist een heel andere aanpak dan wat de meeste landen nu bieden. Vandaar mijn pleidooi voor de noodzaak van een nieuw paradigma, dat ik nu zal gaan beschrijven.

# Naar een nieuw paradigma

Als we echt een volksgezondheidssysteem met een brede basis willen bouwen, in plaats van een beperkt, nogal reductionistisch en in wezen biomedisch gericht systeem, zouden we kunnen beginnen met de definitie van een dergelijk systeem door het Institute of Medicine in de Verenigde Staten (Institute of Medicine 2003). Het concept van een 'volksgezondheidssysteem'

*beschrijft een complex netwerk van individuen en organisaties die het potentieel hebben om een doorslaggevende rol te spelen bij het scheppen van de voorwaarden voor gezondheid. Zij kunnen individueel actie ondernemen ten bate van gezondheid, maar als ze samenwerken aan een gezondheidsdoelstelling, functioneren ze als een systeem – een volksgezondheidssysteem.*

Het doel, kortom, waar beleidsmakers naar moeten streven is een geheel dat groter is dan de som der delen. Het probleem is dat velen een dergelijk doel nastreven, en dit ook volledig oprecht doen. Hun retoriek is ook te prijzen. Maar al te vaak blijft het bij die retoriek – een overdaad aan mooie woorden, maar geen werkelijke inzet.

Bij het idee van een volksgezondheidssysteem staat 'het scheppen van de voorwaarden voor gezondheid' centraal. Een veelvoorkomend probleem in de theorie en praktijk van de publieke gezondheid, vooral waar men uitgaat van een medisch model van kwalen en ziekten, is dat men zich richt op tekorten in plaats van bevorderende factoren. Het volksgezondheidsbeleid neigt naar het vaststellen van problemen en behoeften van bevolkingsgroepen, die vervolgens professionele middelen en een verregaande afhankelijkheid van de

gezondheidszorg en andere diensten vereisen. Bovendien wordt de *evidence-based* volksgezondheid nog altijd gedomineerd door een positivistische biomedische opvatting van 'wat werkt'. Dit leidt tot het ontwikkelen van beleid dat uitgaat van het onvermogen van individuen en lokale gemeenschappen om ziekte te vermijden, en niet van hun potentieel om gezondheid te verkrijgen en te behouden. Dergelijke deficit-modellen hebben wel degelijk hun geldigheid. Het gevaar bestaat echter dat zij de beleidsdiscussie gaan overheersen, te meer als zo'n model wordt gekoppeld aan de gevestigde belangen van degenen die de uitgangspunten ervan aanhangen en actief verspreiden. Daarmee overschaduwden ze makkelijk de asset-modellen – die zich dus richten op bevorderende factoren – terwijl deze laatste modellen juist meer verband houden met het behoud van gezondheid (Morgan en Ziglio 2007).

Het asset-model gaat uit van het concept van 'salutogenese', door de socioloog Aaron Antonovsky gebruikt in zijn werk over hoe sommige mensen met stress omgaan en gezond blijven (Antonovsky 1987). Hij deed onderzoek naar de belangrijkste factoren die leiden tot het verkrijgen van gezondheid in plaats van het voorkómen van ziekte. In de salutogenese wordt de vraag gesteld waarom sommige mensen gedijen en anderen slecht varen of ziek worden in vergelijkbare omstandigheden. Men zoekt naar positieve gezondheidspatronen, en niet zozeer naar negatieve uitkomsten.

Een asset-benadering van gezondheid richt de aandacht op het zoeken naar middelen waarover burgers en gemeenschappen beschikken om zich te beschermen tegen negatieve gezondheidsuitkomsten en om hun gezondheidsstatus te bevorderen. Deze bevorderende factoren zijn sociaal, financieel, fysiek, omgevingsgericht of gaan uit van *human resources*. Denk daarbij onder meer aan onderwijs, professionele vaardigheden, ondersteunende sociale netwerken en natuurlijke rijkdommen. Bevorderende factoren zijn er op het

individuele niveau, groepsniveau, gemeenschapsniveau en/of bevolkingsniveau. Het zijn beschermende factoren die stress op afstand houden. Ze kunnen het gevoel van eigenwaarde versterken en de afhankelijkheid van professionele hulp terugdringen – hulp die vaak niet veel bijdraagt aan een positieve kijk op gezondheid. Verwant aan de asset-benadering zijn de samenhangende ideeën van bekwaamheid en veerkracht (*capability* en *resilience*). Vooral dit laatste concept – de vaardigheid om met stress om te gaan – is belangrijk en bruikbaar. Er zijn ook aanwijzingen dat hechtere gemeenschappen, gekenmerkt door sterke sociale banden, een betere kans hebben om gezondheid te behouden, zelfs in ongunstige situaties (Kawachi 1997).

De nieuwe manier van besturen, die zou voortvloeien uit een paradigmaverschuiving naar een grotere aandacht voor bevorderende factoren dan voor gebreken, bestaat uit de volgende elementen:

- Een nadruk op gezonde bevolkingsgroepen boven gezonde instituten (zoals ziekenhuizen).
- Managers van gezondheid in plaats van managers van gezondheidsdiensten.
- Het nastreven van epidemiologisch management, dat de verantwoordelijkheid neemt voor de gezondheid van een omschreven bevolkingsgroep.
- Erkenning van het belang van de inrichting van de omgeving en de 'leefbaarheid' (*place-shaping* en *liveability*) voor gezonde gemeenschappen (waarmee ik vooral doel op het vermogen van de plaatselijke overheid om bij te dragen aan omgevingen en gemeenschappen die gezondheid en welvaart genereren).

Met zulke elementen zou een bestuurswijze ontstaan die het hierboven beschreven 'Gezondheid in alle beleid' (HiAP) waarmaakt – een idee dat men kan vergelijken met dat van Ilona Kickbusch over de

‘gezondheidsmaatschappij’ (*the health society*, Kickbusch 2007). Daarin vindt een accentverschuiving plaats van *instituten* voor gezondheidszorg naar *mechanismen* die voor de maatschappij als geheel opgaan, en die gedragingen en consumptiepatronen beïnvloeden. Het is misschien een cliché en een vaak gehoorde retorische leuze, maar volgens deze definitie is gezondheid daadwerkelijk ‘een zaak die iedereen aangaat.’

De behoeften van de gemeenschap zijn niet gelijk aan de som van individuele voorkeuren. De voornaamste rol binnen rentmeesterschap en bestuur is de bescherming van de volksgezondheid. Dit is een essentiële rol van de overheid en zal dat waarschijnlijk altijd zijn. Maar deze rol moet mede bestaan uit intersectorale samenwerking met de private sector en non-gouvernementele organisaties, en uit het betrekken van de gemeenschap bij beslissingsprocessen én concrete activiteiten. Collectieve verantwoordelijkheid en actie moeten niet worden losgelaten ten gunste van een nadruk op de individuele keuze en op ‘consumentenmodellen’ van gezondheidsbevordering en -preventie, waarin het allemaal draait om het verstrekken van informatie en advies en het in staat stellen van individuen om geïnformeerde keuzes te maken. De toenemende privatisering van het overheidsbeleid in veel landen, waaronder Nederland en het Verenigd Koninkrijk, bedreigt en ondermijnt het legitieme rentmeesterschap van de overheid. De banden tussen individuen en overheid worden immers afstandelijker, zakelijker en incidenteler. Mensen zijn dan niet zozeer meer burgers als wel consumenten op een markt.

Als we werkelijk naar een nieuwe balans tussen gezondheid en de maatschappij willen, moeten we het gezondheidsbeleid anders vormgeven. We moeten het ruimer zien: het is meer dan een kwestie van grote uitgaven en van de consumptie van gezondheidszorg. Ook moeten we veel zorgvuldiger zijn met het onderscheiden van gezondheidszorg en gezondheid, en deze termen niet langer door

elkaar gebruiken. Politici zouden meer over gezondheid moeten praten en minder over gezondheidszorg. Hoe vaak spreken zij niet op partijbijeenkomsten of in interviews over 'gezondheid', terwijl ze daarmee eigenlijk doelen op gezondheidszorg en ziekenhuisbedden? Het verbeteren van gezondheid wordt altijd op één lijn gesteld met de bouw van nieuwe ziekenhuizen! Het kan zijn dat deze politici volstrekt rationeel handelen; verkiezingen worden immers niet gewonnen of verloren op basis van volksgezondheidskwesties. Doorslaggevend zijn eerder kwesties rond de zorg en het eventuele falen van de overheid om mensen veilige en toegankelijke behandelingen te bieden.

Gezondheid kan niet worden voortgebracht door één enkele sector of beroepsgroep die apart werkt van de gemeenschap die zij dient. Zij moet *gezamenlijk* tot stand worden gebracht, omdat gezondheid per definitie intersectoraal is. Het gaat over het in staat stellen van gemeenschappen om hun gezondheid meer in eigen hand te nemen, en om de bevorderende factoren te behouden waar mensen en buurten al over beschikken. Overheden in veel landen erkennen weliswaar de noodzaak om beleid en management samen te brengen en over de grenzen van organisaties en beroepsgroepen te werken – zowel verticaal als horizontaal. Maar het is gebleken dat ze nauwelijks in staat zijn om dit ook echt te bewerkstelligen. In plaats van alleen maar te hameren op het belang van intergouvernementele of intersectorale samenwerking, hebben we inzicht nodig in wat de verandering in de weg staat. We moeten vervolgens actie ondernemen op basis van dat inzicht. Het openzetten van gezondheidssystemen voor de markt zal het dilemma waar beleidsmakers en beroepskrachten zich mee geconfronteerd zien waarschijnlijk niet oplossen. Slechts sterke en effectieve overheden, die met én via de bevolking werken, kunnen bepalen wat voor gezonde maatschappij we willen. Welke mate van ongelijkheid is bijvoorbeeld nog acceptabel? Hoezeer mag de gezondheidskloof groeien voordat overheden zich gedwongen zien die kloof smaller te maken? Wat mag het ideaal van betere gezondheid



kosten? Alles, of een bepaalde afgesproken prijs? Welke grenzen moeten er aan de consumptie van gezondheid worden gesteld?

Dergelijke vragen raken aan de essentie van waar het bij een holistisch gezondheidsbeleid over zou moeten gaan. Ze zijn niet goed te beantwoorden zonder overeenstemming over de waarden die uiteindelijk de drijvende krachten vormen achter de gezondheidsmaatschappij. We moeten daarvoor kiezen voor een ecologisch model van volksgezondheid, dat zowel het belang van het systeem als geheel erkent als de noodzaak om mensen weer te verbinden met hun gezondheid. Een onderdeel van dit model is een kritischer beschouwing van het idee van de 'vooruitgang' van de mens, vooral waar dit idee economisch bepaald is en uitgaat van een beeld van moderniteit en economische ontwikkeling als progressie zonder meer. Het nieuwe wetenschapsveld *behavioural economics* biedt ons sinds kort een alternatieve lezing, die ook gezondheid en welzijn omvat.

De beroepsgroep die zich met volksgezondheid bezighoudt zou zich met meer passie moeten uitspreken over gezondheidskwesties die samenhangen met de vooruitgang van de mens. Ook moet zij zich sterk maken voor gezondheidsbevordering. Professionals kunnen niet langer aan de zijlijn blijven staan, of hun rol beperken tot een analytische, waarbij ze alleen de problemen vaststellen. Ze moeten verandering bepleiten.

Te vaak zijn mensen hulpeloos wanneer ze voor grotendeels ongezonde keuzes staan. Laat het veld van de publieke gezondheid hen de weg wijzen en uitleggen dat gemaksziekten een gevolg zijn van menselijke 'vooruitgang' en civilisatie. En laat datzelfde veld bewerkstelligen – door gezondheidsbevorderend onderwijs, door wetgeving en door de vormgeving van de gebouwde en sociale omgeving – dat gemakkeuzes gezonde keuzes voor iedereen zijn, en niet slechts voor enkelen.

Het begrip *tipping points* (omslagmomenten) kan hier van belang

zijn (Gladwell 2000). Het is het laatste concept waar ik bij wil stilstaan. Het zou hét mechanisme kunnen zijn om het benodigde nieuwe paradigma te implementeren. Tipping points zijn sociale epidemieën die zich als virussen onder bevolkingen verspreiden. Voorbeelden zijn bingedrinken onder tieners, roken onder jonge vrouwen of de dalende misdaadcijfers in New York. Tipping points zijn vormen van aanstekelijk gedrag, waarbij kleine veranderingen grote gevolgen hebben. Gladwell omschrijft het begrip als volgt: ‘dat ene dramatische moment in een epidemie waarop alles in één keer kan veranderen.’ Een goed recent voorbeeld is het verbod op roken in openbare gelegenheden, dat naar het voorbeeld van Ierland in alle delen van het Verenigd Koninkrijk is ingevoerd. Het eerste land dat het verbod invoerde was Schotland, dat eerder, in 1999, meer autonomie en een eigen parlement had gekregen. De premier van Schotland was zo onder de indruk van wat hij een paar jaar geleden tijdens een kort bezoek aan Ierland zag, dat hij bij terugkomst vastberaden was om iets te doen. In maart 2006 voerde Schotland het eerste rookverbod in het Verenigd Koninkrijk in. De invloed ervan was opmerkelijk. De rest van het koninkrijk schaarde zich al gauw achter het verbod, zelfs Engeland waar politici bang waren om van betutteling te worden beschuldigd en maar aarzelend in actie kwamen. Het belangrijke van deze sociale beweging of epidemie was dat de publieke opinie achter de ontwikkeling stond, en daarmee al verder was dan de politici. Het bewijs daarvan ligt in de hoge mate van naleving van de nieuwe wet, en de erkenning – zelfs onder rokers – dat een bezoek aan openbare gelegenheden nu veel prettiger is.

De filosofie van de tipping points gaat uit van een grotere ontvankelijkheid voor nieuwe ideeën en verandering. Vaak is het voldoende om informatie op nieuwe, alternatieve manieren te presenteren. Ook kan het een kwestie zijn van vaststellen welke personen de ‘sociale macht’ hebben om het verloop van sociale epidemieën te beïnvloeden. In Engeland was er een beroemde kok

voor nodig om de aandacht van de bevolking te vestigen op de lage voedingswaarde van schoolmaaltijden. Een reeks onomwonden uitzendingen van televisiekok Jamie Oliver die veel aandacht trokken, bracht de overheid ertoe om binnen korte tijd de schoolmaaltijden gezonder te maken. Niet alle ouders waren blij met de veranderingen, zoals bleek uit foto's in de krant van moeders die hun kinderen door het hek van de plaatselijke school hamburgers gaven. Maar zij waren in de minderheid. Het probleem was al jarenlang bekend. Volksgezondheidsprofessionals hadden er al vaker voor gepleit om de schoolmaaltijden te verbeteren. Maar er gebeurde niets, totdat de eenvoudige boodschap van Jamie Oliver ouders in het hart raakte en aan het denken zette, en er druk werd uitgeoefend op de overheid om in actie te komen.

Er is dus enige reden voor optimisme bij het werken aan de gezondheidsmaatschappij. Een snelle verandering is weliswaar hard nodig, maar ook een aantal kleine voorbeelden leveren al het bewijs dat verandering in de goede richting niet onmogelijk is en uit onverwachte, vaak verrassende hoeken kan komen. Tipping points kunnen gezien worden als een bevestiging van het potentieel van verandering en van de kracht van wat Gladwell 'intelligente actie' noemt. Hieruit kunnen we belangrijke lessen leren voor het soort volksgezondheidssysteem dat we willen. Het leert ons welke vaardigheden nodig zijn om de bevolking te betrekken, en de burger aan te sporen naar verandering op zoek te gaan en druk uit te oefenen op de overheid. Afzonderlijk handelende individuen kunnen weinig uitrichten om bijvoorbeeld machtige levensmiddelen-multinationals te beïnvloeden. Maar het inzetten van gezamenlijke pressie op de overheid kan een krachtig instrument voor verandering zijn. Het neoliberalisme, met zijn nadruk op individualisme en de eigen keuze, heeft het terrein van de volksgezondheid versmald. Het is welbeschouwd gekant tegen de meeste dingen waar de publieke gezondheid voor staat.

## Conclusie

De problemen zijn vaak complex en verre van duidelijk. Toch heb ik geprobeerd in deze G-lezing een duidelijke, ondubbelzinnige boodschap over te brengen. De materie waarover ik heb gesproken, bevat veel voorbeelden van wat ook wel *wicked issues* worden genoemd, probleemkluwens. Daarvoor is vaak niet één eenvoudige oplossing, maar eerder verscheidene, waar individuen, gemeenschappen en overheden op alle niveaus bij betrokken zijn, en waarbij iedereen samenwerkt in nieuwe verbanden.

In een dergelijke context – en dáár moeten complexe problemen worden opgelost – moet de publieke gezondheidszorg een sterker mandaat hebben. Geen mandaat om een biomedisch ziektemodel van gezondheid te volgen, maar een mandaat voor een model dat positieve gezondheid op waarde schat. En dat met individuen en gemeenschappen werkt om hun potentiële bijdrage aan ‘sociale epidemieën’ te stimuleren, die uiteindelijk verandering bewerkstelligen. Leaders in de publieke gezondheidszorg moeten oude vaardigheden vergeten en nieuwe aanleren, om volgens het nieuwe paradigma te kunnen werken. Ook moeten zij zichtbaarder en hoorbaarder worden én in staat zijn om dogma’s rond concepten als ‘voortgang’ en ‘modernisering’ aan de kaak te stellen. En ze moeten zich teweerkunnen stellen tegen de onverbiddelijke opmars van de markt in het openbare leven, tenminste waar gezondheidsbevordering aan de orde is. Want leiden zulke ideeën niet vaak tot de vernietiging van de verbondenheid binnen gemeenschappen, terwijl die juist zo belangrijk is voor het behalen en behouden van gezondheid? Ik schets hier geen negatief of defaitistisch perspectief, maar een realistische kijk op de werkelijkheid van nu.

Als we gezonde samenlevingen willen garanderen, moeten we hoognodig naar een nieuw paradigma. Het huidige werkt niet en is er duidelijk niet in geslaagd om onze gezondheidszorgsystemen om te vormen tot gezondheidssystemen. Onze huidige politieke leiders verkondigen vaak simpelweg meer marktliberalisme en meer keuze in gezondheid en op andere terreinen, in de veronderstelling dat geliefde waarden (zoals traditionele familiewaarden) daardoor zullen worden behouden en versterkt. Maar deze politieke keuze berust op een ernstige misvatting over de aard en dynamiek van markten. De socioloog Richard Sennett doorziet hoe ondermijnend die uitwerkt op ons karakter, en heeft helder geschreven over de neiging van het moderne kapitalisme om 'onverschilligheid te verspreiden' (Sennett 1999). Door het vanuit marktdenken ombouwen van sociale instituties, kunnen mensen tot wegwerpartikelen verworden. Het resultaat daarvan is het verwateren van 'het idee dat mensen er als persoon toe doen, en nodig zijn voor anderen.'

Dergelijke karakteristieke aspecten zijn niet altijd onderdeel geweest van het kapitalisme, maar zijn erg prominent in de moderne 'flexibele' vorm ervan. Als de gezondheidsmaatschappij zoals ik hier heb beschreven wil postvatten, zich wil ontwikkelen en wil gedijen, moet het kapitalisme in dienst komen van – en volledig meewerken aan – een nieuw ethos dat de bevorderende factoren bij mensen op waarde schat, en deze ook daadwerkelijk inzet.

Een strategie 'van meer van hetzelfde' is niet het antwoord en volstaat ook niet langer. Ik heb de contouren van een mogelijk nieuw paradigma geschetst en aangegeven hoe we een filosofie van sociale bewegingen nodig hebben om de gewenste actie én koerswijziging te verwezenlijken. We moeten met gemeenschappen werken om hun gevoel van eigenwaarde en eigendunk te versterken. Dan kunnen we werkelijke verbeteringen in gezondheid en welzijn realiseren.

Is het waarschijnlijk dat zo'n paradigma er ooit zal komen? Ik

weet het niet. Het is niet moeilijk om pessimistisch te zijn en zich neer te leggen bij de these van wijlen John Kenneth Galbraith over 'de cultuur van de zelfgenoegzaamheid' (Galbraith 1992). Hij beweert terecht dat we 'het ethos van de zelfgenoegzaamheid en zijn sterk gemotiveerde verzet tegen verandering en hervorming' niet moeten onderschatten. De noodzakelijke verandering zal dus waarschijnlijk niet plaatsvinden, tenzij we de zelfgenoegzame meerderheid ervan kunnen overtuigen dat het in haar eigen voordeel is om te veranderen.

Zelfs die zelfgenoegzame meerderheid vertoont inmiddels tekenen van verontrusting en onbehaaglijkheid over de richting die veel van onze maatschappijen opgaan. Zij zou wel eens langzaam tot het inzicht kunnen komen dat een nieuw paradigma ons inderdaad de weg moet gaan wijzen. Anders worden onze steeds ziekere samenlevingen naar alle waarschijnlijkheid alleen nog maar zieker.

David J. Hunter

# Literatuur

Antonovsky A (1987) *Unravelling the Mystery of Health: how people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.

Choi BCK, Hunter DJ Tsou W en Sainsbury P (2005) Diseases of comfort: primary cause of death in the 22<sup>nd</sup> century. *Journal of Epidemiology & Community Health* 59:1030-34.

Raad van de Europese Unie (2006) *Council Conclusion on Health in All Policies (HiAP)*. Brussel: Raad van de Europese Unie.

Gladwell M (2000) *The Tipping Point*. Londen: Abacus.

Gray J (2003) *Al Qaeda and What it Means to be Modern*. Londen: Faber en Faber.

Hart JT (1971) The inverse care law, *The Lancet*.

Institute of Medicine (2003) *The Future of the Public's Health in the 21<sup>st</sup> Century*. Washington: The National Academies Press.

Kawachi I, Kennedy BP, Lochner K en Prothrow-Stith D (1997) Social capital, income and inequality, *American Journal of Public Health*, 87:1491-98.

Kickbusch I (2007) Health governance: the health society. In: McQueen D, Kickbusch I e.a. *Health Modernity: The Role of Theory in Health Promotion*. New York: Springer.

Layard R (2005) *Happiness: Lessons from a New Science*. Londen: Penguin Press.

Leppo K (1998) Introduction. In: Koivisalu M en Ollilia E (red.) *Making a Healthy World*. Londen: Zed Books.

Mackenbach JP (2005) *Health Inequalities: Europe in Profile*. Londen: Britse EU-voorzitterschap.

McMichael T en Beaglehole R (2003) The global context for public health. In: Beaglehole R (red.) *Global Public Health: a new era*. Oxford: Oxford University Press.

Morgan A en Ziglio E (2007) Revitalising the evidence base for public health: an assets model, *Promotion & Education* Supplement 2: 17-22.

Schon DA (1973) *Beyond the Stable State*. Harmondsworth: Penguin.

Sennett R (1999) *The Corrosion of Character*. New York: Norton & Co.

Stahl T, Wismar M, Ollila E, Lahtinen E en Leppo K (red.) (2006) *Health in All Policies: prospects and potentials*. Helsinki: Fins Ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid en European Observatory on Health Systems and Policies.

Wanless D (2004) *Securing Good Health for the Whole Population*. Eindrapport. Londen: HM Treasury.

Wise M en Nutbeam D (2007) Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services? *Promotion & Education* Supplement 2: 23-27.

World Bank (1993) *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford: Oxford University Press.

World Health Organisation (2000) *The World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance*. Genève: WHO.

World Health Organisation (2007) *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes*. Interim Statement. Commission on Social Determinants of Health. Genève: WHO.





**David J. Hunter** (1950) studeerde politieke wetenschappen en sociaal beleid aan de universiteit van Edinburgh. Tussen 1989 en 1999 was hij hoogleraar Health Policy and Management aan de universiteit van Leeds en directeur van het Nuffield Institute for Health aldaar. Sinds 2000 is hij Professor of Health Policy and Management aan de Durham University, waar hij directeur is van het Centre for Public Policy and Health, onderdeel van de School for Health aan het Wolfson Research Institute. Prof. dr. D.J. Hunter is voorzitter van de United Kingdom Public Health Association, en voormalig voorzitter van de European Health Management Association. Hij is tevens adviseur van Wereldgezondheidsorganisatie WHO. Hij heeft veel publicaties op zijn naam staan op het terrein van gezondheidsbeleid en -management, waaronder *Public Policy and Health* (2003) en *Managing for Health* (2007). Binnenkort publiceert hij een boek over *Politics of the National Health Service*. Hij is Honorary Member van de faculteit Public Health, en Fellow bij het Royal College of Physicians van Edinburgh.



LEZING- 2007