

Een zorg voor haarzelf

**Een politiek denken
over verscheidenheid
in gezondheidsaanspraken
en gezondheidszorg**



Marli Huijer

Kiezen is een essentieel onderdeel van onze hedendaagse samenleving. De veelheid aan informatie, beelden en mogelijkheden, die ons dagelijks bereikt, dwingt ons tot een voortdurend beslissen. Niet elke keuze is even gewild. De oproep voor het zoveelste uitstrijkje belandt in de prullenbak uit onwil om er over na te denken. Ook is niet elke keuze even bewust: of er vanavond gezond wordt gegeten, is meer een kwestie van toeval dan een bewust besluit. In de talloze beslissingen die we nemen, spelen overwegingen rond gezondheid een grote rol. Toch zullen weinigen altijd en alleen voor gezondheid kiezen. Beslissingen worden ook ingegeven door de gekozen levensstijl, dat wil zeggen de manier waarop mensen in relatie tot anderen of tot hun bezigheden hun leven vormgeven. Soms zal de keuze voor een bepaalde levensstijl lijnrecht staan tegenover die voor gezondheid. Iemand kan de esthetiek van haar lichaam hoger waarderen dan een lang leven na een borstamputatie. Een leven zonder de risico's van alcohol en tabak kan een schrijfster haar gedrevenheid ontnemen. Een uitgaansleven vol spannende contacten is niet altijd even makkelijk te combineren met een risicoloos seksleven. Cultureel bepaalde handelingen als vrouwenbesnijdenis of zelfmutilatie zijn niet in overeenstemming te brengen met het westerse ideaal van het ongeschonden lichaam. Politiek denken dat een pluriformiteit aan levensstijlen waardeert, zal ruimte scheppen om gedifferentieerd te kunnen omgaan met de keuze voor gezondheid, om gezondheid als waarde af te kunnen wegen tegen andere waarden in het leven.

In het politieke debat over gezondheid en gezondheidszorg dat naar aanleiding van het rapport van de commissie Keuzen in de zorg wordt gevoerd, komt de pluriformiteit aan levensstijlen en de mogelijke afweging

De term 'zorg voor haar- of zichzelf' (soui de soi) ontleen ik aan het latere werk van Michel Foucault. Het vormgeven van het eigen leven los van juridische, medische en andere, voor iedereen geldende normen en waarheden, is een belangrijk onderdeel van dit begrip.

'We zullen ons, gezonden en zieken, er rekenschap van moeten geven dat de vraag naar zorg onbegrensd is en de middelen per definitie beperkt zijn', aldus Dunning in zijn toespraak bij de installatie van de commissie (pag. 232).

tussen de waarde van gezondheid en andere waarden in het leven nauwelijks aan bod. De commissie baseert zich niet op de pluriformiteit aan wensen en keuzen, maar op de vooronderstelling dat er een uniforme waardering van gezondheid als het hoogste goed bestaat. Gezondheidsmiddelen zijn schaars, omdat ieder individu een oneindige begeerte naar gezondheid zou hebben.

Het debat over keuzen in de zorg gaat daarom niet over de vraag wat voorrang heeft in het leven, maar over hoe gezondheidszorg, gewenst of niet, rechtvaardig verdeeld kan worden. Een gelijke verdeling is voor de commissie belangrijker dan een verdeling waarin ruimte bestaat voor een bij de pluriformiteit aan levensstijlen passende verscheidenheid. Zo wordt als criterium voor noodzakelijke zorg niet de zorg genomen die mensen noodzakelijk achten voor het leven dat zij willen leiden, maar de zorg die het mogelijk maakt 'normaal te functioneren in de samenleving'. De uniformiteit van dit criterium gaat voorbij aan de pluriformiteit aan keuzen die in de huidige samenleving bestaat.

Wat de mogelijkheden zijn om op een meer gedifferentieerde manier om te gaan met de waarde van gezondheid, wordt op drie niveaus onderzocht: dat van het individu (in dit geval de vrouw), dat van de gezondheidszorg en dat van de samenleving. Deze gedifferentieerde benadering van gezondheid zal ik naast de benadering van de commissie Dunning stellen om op deze wijze te laten zien wat door Dunning en de zijnen wordt voorondersteld en uitgesloten.

Een zorg voor haarzelf

Waarheden en normen over hoe de vrouw is en hoort te zijn, bestaan zolang er vrouwen bestaan. Dat vrouwen daardoor achtergesteld, buitengesloten en onderdrukt kunnen worden, staat nauwelijks ter discussie. In feministische kringen zijn veel van deze algemeenheden fel bestreden. Maar dat niet alleen, ook is de vraag gerezen of er wel een waarheid of een norm over de vrouw bestaat. Of radicaler: Bestaat de vrouw wel (Jansz, 1990)? Met deze

vraag – en het antwoord dat de vrouw niet bestaat – wordt het mogelijk algemene normen over vrouwen te ondergraven zonder dat er nieuwe tegenover hoeven te worden gesteld. Het opgeven van grote, omvattende waarheden over de vrouw opent de weg voor vrouwen om zelf te ontdekken en te kiezen hoe zij hun leven willen vormgeven: welke rollen zij willen vervullen, aan welke beelden zij willen voldoen en welke beslissingen zij willen nemen in hun leven. Dat geeft hen de vrijheid om zichzelf als veranderlijk te zien. Een keuze voor een bepaalde rol is geen waarheid waaraan men zich moet aanpassen, maar een beslissing die het beste past bij de wensen en mogelijkheden van dat moment. Keuzen zijn afhankelijk van wat zich in een leven aandient aan vriendschappen en relaties, aan werk, aan vaardigheden, aan leefomstandigheden, aan gebreken, etcetera. De vrijheid om het leven zelf vorm te geven, moet niet worden opgevat als de vrijheid van het liberale individu dat als een autonoom, rationeel wezen vrij van dwang of drang van anderen, in haar eigen belang keuzen maakt. Bij de 'zorg om haarzelf' gaat het eerder om een erkenning van ieders verbondenheid met anderen of de eigen leefomgeving – hoe tijdelijk en veranderlijk deze verbondenheid ook kan zijn. In de keuze zich – al dan niet tijdelijk – te verbinden met anderen of met bepaalde activiteiten, schuilt de vrijheid om het leven op een eigen wijze vorm te geven. Toch zal het niet altijd lukken om zich aan alle onderdrukkende structuren te onttrekken. De dwang van de norm hoe vrouwen horen te zijn, is soms te groot om los daarvan keuzen te kunnen maken. Een 'zorg voor haarzelf' is daarom altijd verbonden met strijd tegen, of ontsnapping aan onderdrukkende, uitsluitende of beperkende structuren, waarheden en normen. Hoe meer vrouwen er in slagen zich daaraan te onttrekken, hoe groter de ruimte om het eigen leven op diverse manieren vorm te geven.

Ook de geneeskunde kent tal van waarheden en normen waaraan de vrouw hoort te voldoen. Willen vrouwen de gezondheidszorg vanuit een 'zorg voor haarzelf' tegemoet treden, dan vraagt dat een bewustzijn van de talloze algemeenheden over vrouwen binnen de geneeskunde en van de hoge

waardering van gezondheid binnen het medische denken. Vrouwen zullen zich steeds moeten afvragen of de norm en waarheid over gezondheid overeenkomt met wat zij zelf als gezond ervaren. Medisch gezien is het bijvoorbeeld een waarheid dat het niet goed voor de gezondheid is om op je vijftigste nog de pil te slikken, maar als een vrouw na een huwelijksleven van periodieke onthoudingen nu geniet van een seksleven waarin ze kan vrijen wanneer ze wil, is het dan 'waar' dat het gezonder is om met de pil te stoppen (Scavenius, 1989)? Tegelijkertijd vergt een 'zorg voor haarzelf' een bewustzijn dat ook de kritiek op de gezondheidszorg nieuwe uitsluitende of beperkende normen kan oproepen. Kritiek op voortplantingstechnologieën kan bijvoorbeeld leiden tot de waarheid dat deze technologieën vrouwen nooit tot nut kunnen zijn en tot de norm dat alle vrouwen reproductietechnologie zouden moeten afwijzen (Van Berkel, 1991).

Gezondheidszorg

De gezondheidszorg bestaat net zo min als de vrouw. De kunst van het genezen en het bevorderen van gezondheid wordt bedreven door een veelheid aan organisaties, instellingen, bedrijven, praktijken en individuen, die er dikwijls ook nog zeer diverse ideeën op nahouden. De pluriformiteit aan gezondheidspraktijken maakt het patiënten mogelijk om de keuze voor een bepaalde hulp of zorg zoveel mogelijk aan te passen aan de eigen wensen. Alvorens een huisarts te nemen, informeren velen bij vrienden en kennissen wat voor arts het is. Bij de inschrijving voor een verzorgings- of verpleegtehuis wordt geïnformeerd naar de 'signatuur' van het tehuis (Is euthanasie al dan niet mogelijk?). Deze verscheidenheid biedt mensen de kans om hun stappen binnen de gezondheidszorg zoveel mogelijk aan te passen aan hun levensstijl. Helaas gaat dit niet op voor alle situaties in de gezondheidszorg. Informatie over specialisten en hun werkwijze is bijvoorbeeld niet eenvoudig te achterhalen. Eenmaal doorverwezen naar de specialist, verliest de patiënt vaak het zicht op de mogelijke keuzen en moet zij zich overgeven aan de mogelijkheden die een bepaalde specialist of een

bepaald ziekenhuis te bieden heeft. Omdat geen enkele specialist hetzelfde is, kan dat betekenen dat een vrouw in het ene ziekenhuis wordt verteld dat een stuitbevalling absoluut in liggende houding moet gebeuren, terwijl zij in een ander ziekenhuis zonder veel omhaal op een baarkruk mag bevallen (Van Goor, 1990).

Voor veel artsen en politici is deze verscheidenheid reden om te roepen om een grotere uniformering van de medische praktijk: huisartsen en specialisten moeten met standaardprotocollen werken, ziekenhuizen moeten efficiënter georganiseerd en artsen moeten bereid zijn elkaars handelen te toetsen. Kortom, het medische handelen en de talloze individuele beslissingen daarbinnen moeten overzichtelijker, uniformer en beheersbaarder worden. Een dergelijke uniformering, die ook door de commissie Dunning wordt bepleit (p.189, 198-9), zal een gedifferentieerd omgaan met gezondheid niet ten goede komen: een vrouw zal niet meer op basis van informatie kunnen kiezen welke medische waarheid, handeling of organisatie het beste past bij het leven dat zij wil leiden, maar geconfronteerd worden met een eenduidige geneeskunde gericht op de ene waarheid over gezondheid.

Waardering voor de pluriformiteit van de geneeskunde bestaat niet alleen in de erkenning van de diversiteit aan instellingen en organisaties, maar ook in de relativering van medische waarheden en normen. Een openlijke discussie over de eigen waarheden en waarden (inclusief de waarde van gezondheid) maakt het mogelijk om flexibel te staan tegenover wensen van patiënten die niet passen binnen de regels en normen van de geneeskunde. In plaats van de wensen en keuzen van mensen in te perken of beheersbaar te maken, zou de gezondheidszorg open moeten staan voor de veelvormigheid van deze keuzen.

Het idee van een niet-beheerst instrumenteel gebruik van de gezondheidszorg roept bij veel politici en artsen het schrikbeeld op van een totaal overvraagde gezondheidszorg. Het niet-sturen of -beheersen van de

verlangens van de patiënt, betekent voor hen dat er wordt toegegeven aan een oneindige begeerte naar gezondheid. Zo meent de commissie Dunning dat 'wij in een begrijpelijke begeerte om alle ziekte en gebrek uit te bannen' het onmogelijke van onze gezondheidszorg verwachten (p.9), om vervolgens te concluderen dat als er nu geen keuzen worden gemaakt nieuwe schaarste en tekorten zullen ontstaan. Deze kritische houding ten aanzien van de wensen van patiënten komt ook tot uiting in de wijze waarop de commissie het begrip medicalisering hanteert. Medicalisering wordt niet zoals gebruikelijk opgevat als het proces waarbij het menselijk bestaan steeds meer wordt geplaatst in het perspectief van gezondheid en ziekte en derhalve steeds meer onder de bevoegdheid van de medische professie komt, maar als 'de neiging van mensen om van alles en nog wat te laten onderzoeken en voor alles wat maar mogelijk is professionele hulp te vragen', aldus de door Simons gebezigde opvatting in zijn installatietoespraak over medicalisering, die door Dunning is overgenomen. De kritiek op de medicaliserende werking van *de geneeskunde* geformuleerd door denkers als Illich, Zola, Freidson en Klinkert, wordt op deze wijze vervormd tot een kritiek op de begeerte van *de patiënt*. De conclusie van de commissie, die past bij deze opvatting van medicalisering, luidt dat de kostenstijging in de gezondheidszorg kan worden tegengegaan door de begeerte van de patiënt in te dammen. Deze conclusie contrasteert sterk met de meningen die in de onderzoeksbijdragen, uitgevoerd in opdracht van de commissie, worden geventileerd. Een van deze onderzoekers, Naaborg, meent bijvoorbeeld dat 'de belangrijkste oorzaak van de kostenstijging in de zorgsector wordt gevormd door de welhaast autonoom verlopende prijsstijging. De prijsstijging in de zorgsector ligt daarbij gemiddeld hoger dan de prijsstijging van het BNP' (p. 289). Een andere onderzoeker, Mootz, stelt in haar bijdrage dat het toekomstige gebruik van medische voorzieningen '*overwegend* (wordt) bepaald door ziekte, demografische ontwikkelingen en door de technische mogelijkheden van de zorg zelf. Hierbij spelen ook culturele ontwikkelingen een rol, maar deze zijn in het geheel bezien van *ondergeschikt belang*'

(p. 267). Zij verwacht dat gezondheid als centrale waarde geen sterke relatie vertoont met medische consumptie (p.278).

Het idee dat het niet-beheersen van de keuzen van patiënten leidt tot een dolgedraaide en kostenverslindende gezondheidszorg berust niet op goed onderbouwd onderzoek, maar op de morele stellingname dat binnen de gezondheidszorg gelijkheid de voorkeur verdient boven pluriformiteit.

De fixatie van veel politici, ethici en artsen op het bestaan van een uniforme begeerte naar gezondheid maakt dat men blind is voor de waarde van de diversiteit aan levenskeuzen van mensen en van de diversiteit en ongelijkheid aan aanspraken op gezondheidszorg, zelfs bij een medisch gezien gelijke gezondheidstoestand.

Samenleving

Ook de samenleving is een veelvormig geheel dat bestaat uit een grote verzameling gemeenschappen: verenigingen, samenlevingsvormen, werkverbanden, (medische) genootschappen, wetenschappelijke kringen, computernetwerken, etcetera. Veel van deze gemeenschappen overschrijden de grenzen van de Nederlandse staat. In het rapport van de commissie Dunning worden deze begrippen – samenleving, gemeenschap en ‘de Nederlandse democratische en sociale rechtsstaat’ – als synoniemen gebruikt. De pluriformiteit van het samenleven wordt teruggebracht tot een uniforme gemeenschap van staatsburgers. Binnen deze ‘gemeenschapsbenadering’ staan individu en gemeenschap als concurrenten tegenover elkaar: de individuele keuzevrijheid moet worden beperkt ten bate van het gemeenschapsbelang (p.17). Desondanks wordt van het individu verlangd dat zij solidair is met haar medeburgers. We hebben hier te maken met de paradox van een oproep tot solidariteit zonder dat er sprake van verbondenheid is.

In plaats van de gemeenschap te beperken tot de Nederlandse samenleving en het individu tegenover deze gemeenschap te stellen, wil ik het begrip gemeenschap(en) reserveren voor de diverse manieren waarop mensen met

Voor een kritiek op het paradigma van de verdelende rechtvaardigheid, zie Young (1990) en Sevenhuijsen (1991).

elkaar en hun omgeving samenleven. Nederland is niet één, door een grens afgebakende gemeenschap, maar een grote verzameling pluriforme gemeenschappen die zich niet aan vaste grenzen houden. Binnen deze gemeenschappen voelen mensen zich veelal verbonden met anderen, met hun taken, met hun omgeving, etcetera. Vanuit deze verbondenheid ontstaat ook verantwoordelijkheid en zorg. Een zorg die niet voortkomt uit een verplicht gevoelde solidariteit of saamenhorigheid, maar uit een verbondenheid van het eigen bestaan met dat van anderen of met de omgeving.

Het waarderen van de diverse verbanden die mensen met elkaar aangaan, houdt ook een waardering in voor de verschillen die daarbinnen naar voren kunnen komen. Waarheden, geloofsovertuigingen, normen, waarden of omgangsvormen kunnen per aangegane verbintenis sterk verschillen.

De waarheid van een vrouw dat haar moeheid samenhangt met haar bloedarmoede – een waarheid die veelal door de huisarts wordt gedeeld –, kan bestaan naast de waarheid van de medisch onderzoeker dat er geen samenhang is tussen moeheid en bloedarmoede (Mol, 1993). De norm van een moeder die haar met ernstige handicaps geboren dochtertje tot aan haar dood heeft verzorgd, dat het ook de tweede keer niet acceptabel is een dergelijk leven in de kiem te smoren (Eterman 1991), bestaat naast het besluit van de ouders van een mongoloïde kind om het niet aan een darmafsluiting te laten opereren. Verschillen, on-enigheden of differenties in levensstijlen en -keuzen kunnen tot verschillende eisen, verwachtingen en aanspraken ten aanzien van de gezondheidszorg leiden. Binnen het politieke denken over de structuur van de gezondheidszorg wordt deze on-enigheid weinig gewaardeerd. Centraal staat het denken in termen van gelijkheid, van een 'eerlijk kiezen en delen', waarbij iedereen 'gelijkelijk en naar noodzaak' aanspraak maakt op zijn of haar deel van de beschikbare middelen (p. 19). On-gelijkheid wordt veelal gelijk gesteld met onrechtvaardigheid, omdat voorondersteld wordt dat mensen met dezelfde nood gelijke behoefte aan gezondheidsmiddelen hebben.

Kiezen? Of delen?

Uit de doelstellingen van de publiekscampagne die de commissie Dunning voert, zou men kunnen afleiden dat de keuzen van mensen de hoogste prioriteit hebben. Naast 'het in brede kring bekend maken dat het nodig èn wenselijk is om keuzen te maken', stelt men zich namelijk ten doel 'het zichtbaar maken dat mensen zelf keuzen kunnen maken en stimuleren dat ze dat ook doen' (p.76). Als onderbouwing voor deze laatste doelstelling wordt opgemerkt: 'Om keuzen te kunnen maken, moeten mensen zich vaak eerst bewust worden dat er keuzemogelijkheden bestaan, dat ook een leek kan kiezen, en dat geneeskunde ook ten nadele van de patiënt kan werken.' (p.76). Eén van de doelgroepen voor deze tweede doelstelling zijn (naast bejaarden en patiënten/consumenten organisaties) vrouwen. Niet omdat vrouwen moeten leren kiezen, maar omdat ze geacht worden veel invloed op de keuzen van anderen te hebben: moeders op de zorgkeuzen van hun kinderen, vrouwen op die van hun partners en volwassen dochters op die van hun ouders (p. 79). Bovendien gaat de commissie ervan uit dat vrouwenhulpverlening 'bij uitstek een circuit (is) waarin het zelf maken van keuzen het uitgangspunt vormt en waarbij de keuzen gekenmerkt worden door het tegengaan van onnodige medicalisering' (p.80). Eén ding moet echter wel duidelijk zijn: 'het bespreken van het onderwerp moet niet geheel vrijblijvend zijn, van hun inzichten en standpunten moet op den duur iets zichtbaar worden in (het door Dunning geadviseerde, MH) beleid' (p.247). Vrij vertaald betekent dit, dat de kritiek vanuit vrouwenhulpverlening op de medicaliserende werking van de geneeskunde omgezet moet worden in kritiek op de gemedicaliseerdheid van de vrouwelijke patiënt. Hoewel de indruk gewekt wordt dat de publiekscampagne de keuzen van mensen zelf wil stimuleren, blijkt er in feite sprake te zijn van opgelegde keuzen: de keuzen van vrouwen moeten ertoe leiden dat zij in hun rol van moeders, zorgzame partners voor hun mannen en zorgzame dochters, de verantwoordelijkheid voor de Nederlandse gemeenschap op zich nemen en zorgen dat hun

kinderen, partners en ouders ervoor 'kiezen' om geen onnodig gebruik van de gezondheidszorg te maken. Tegenover de veelheid aan keuzen die vrouwen, door zich te onttrekken aan normen over hoe zij horen te zijn, binnen onze samenleving veroveren en hebben veroverd, stelt de commissie Dunning een eenduidige norm hoe vrouwen horen te functioneren.

Deze norm is niet alleen bepalend voor de opzet van de publiekscampagne, maar evenzeer voor de keuzen die in het rapport worden aanbevolen.

De invulling van de vier criteria die de trechter van Dunning vormen en waardoorheen alle aanspraken op gezondheidszorg moeten worden gezeefd, is gebaseerd op bestaande waarheden en normen binnen de Nederlandse samenleving. Voor de eerste zeef (noodzakelijke zorg) is de norm het 'normaal functioneren als lid van de gemeenschap'; voor de tweede en derde zeef (werkzaamheid en doelmatigheid van de zorg) is dat de medisch-professionele norm; en voor de laatste zeef (eigen rekening en verantwoordelijkheid) is de verhouding tussen kosten en baten van een bepaalde aanspraak bepalend (p.151-4). Noch de bestaande, veelal eenduidige normen over vrouwen in de samenleving, de geneeskunde en medische wetenschap, noch hun sociale en economische positie geven echter aanleiding om te denken dat de zeven van Dunning gunstig zullen uitpakken voor vrouwen (Parlevliet en Sevenhuijsen, 1992).

Kiezen betekent voor de commissie allerminst dat mensen de ruimte hebben en krijgen om zelf keuzen te maken. Het betekent dat mensen ervoor horen te kiezen om te delen. De door de commissie gekozen 'gemeenschapsbenadering' wordt geleid door het principe van de verdelende rechtvaardigheid: iedereen die gezondheidszorg nodig heeft, moet gelijke toegang hebben tot elke noodzakelijke zorg die een samenleving in redelijkheid ter beschikking wil stellen (p.19). Binnen deze gemeenschapsbenadering worden individuen, met uitzondering van hun gezondheidstoestand, aan elkaar gelijk geacht. Ongelijkheid in aanspraken op, of behoeften aan gezondheidszorg, zijn slechts gerechtvaardigd als deze voortkomen uit het door ziekte niet normaal kunnen functioneren als lid van

de gemeenschap. Aanspraken die voortkomen uit andere ongelijkheden of verschillen, vallen buiten het perspectief van de verdelende rechtvaardigheid en worden door de commissie onder de individuele benadering geplaatst. Daarmee wordt voorbijgegaan aan de mogelijkheid dat ongelijke behoeften het gevolg kunnen zijn van situationele, binnen bepaalde gemeenschappen bestaande factoren. De vraag om prenataal onderzoek van een alleenstaande, dertigjarige zwangere vrouw kan geïnterpreteerd worden als een onbegrensde begeerte naar een gezond kind, maar ook als een keuze die voortvloeit uit haar financiële en sociale positie en mogelijkheden. Het besluit van een achtendertigjarige journaliste om zich bij haar onvruchtbaarheid neer te leggen en geen verdere medische onderzoeken of behandelingen te ondergaan, kan meer ingegeven zijn door haar levensperspectief dan door een bewust besluit om niet alles te willen wat mogelijk is. Door het principe van de verdelende rechtvaardigheid als uitgangspunt te nemen voor de keuzen in de zorg gaat de commissie eraan voorbij dat er talloze niet aan ziekte gebonden verschillen (gewenste en niet-gewenste) bestaan, die aanleiding geven tot ongelijke aanspraken op gezondheidszorg. De gemeenschapsbenadering van de commissie Dunning, die gericht is op de hele Nederlandse samenleving, op een uniformering van de gezondheidszorg en op de gelijkheid van afzonderlijke individuen – waarbij individuele keuzen worden geplaatst tegenover het belang van de gemeenschap – laat geen ruimte voor een meer gedifferentieerd omgaan met de voorzieningen op het gebied van de gezondheid gerelateerd aan andere levenskeuzen. Voor vrouwen zal dat betekenen dat hun keuzemogelijkheden niet vergroot, maar ingeperkt worden.

Kleine verhalen

Een politiek denken dat niet uitgaat van vaste waarheden en normen over wat individuen zijn, begeren, of hoe ze normaal functioneren, en dat openstaat voor on-gelijkheden en verschillen in keuzen, behoeften, posities en mogelijkheden, vergt een denken van verscheidenheid op alle niveaus.

Dat wil zeggen op het niveau van medische praktijken (de verscheidenheid aan artsen, waarheden, normen en machtsposities); van zorgpraktijken (variërend van netwerken van vriendschappen en familieverbanden, bureaucratische organisaties tot op de markt aangeboden vormen van commerciële zorg); van de diverse sociale verbanden (de veelheid aan keuzen, behoeften, geloven en omgangsvormen); en van instituties, organisaties en beleidsorganen (de veelvormigheid aan posities, machtsverhoudingen, in- en uitsluitingen). De politiek meest gangbare manier om met deze verscheidenheid om te gaan, is het ordenen en beheersen ervan (Karskens, 1992). Omgaan met de onbeheersbare kostenstijging in de gezondheidszorg – samenhangend met een veelheid aan factoren als prijsstijgingen in de zorg, het stagneren van de economische groei, de vergrijzing van de samenleving en de snelle opeenvolging van nieuwe technologische ontwikkelingen – betekent voor het politieke denken van onder andere de commissie Dunning dat in de verscheidenheid naar een beheersbare orde of samenhang wordt gezocht. Deze wordt gevonden in de verdeling van de gezondheidsmiddelen die de samenleving beschikbaar wil stellen. Om de kosten en keuzen in de zorg te beheersen, wordt de pluriformiteit aan aanspraken en behoeften teruggebracht tot één uniforme keuze (een onbegrensde begeerte naar gezondheid), die met een geordend systeem van zeven in bedwang gehouden moet worden.

Een politiek denken dat de verscheidenheid aan behoeften werkelijk wil waarderen, zal de verdeelheid in het samenleven en in de gezondheidszorg niet trachten te beheersen, maar ermee trachten om te gaan. In plaats van keuzen van bovenaf te ordenen (door bepaalde voorzieningen uit te sluiten van het basispakket), wordt er ruimte gelaten om beslissingen over keuzen in de zorg zoveel mogelijk aan de betrokkenen zelf over te laten.

In de verschillende verbanden die mensen met elkaar en met werkers in de gezondheidszorg aangaan, kan het omgaan met pluriformiteit de vorm hebben van het vertellen van en luisteren naar de verhalen die binnen diverse sociale verbanden circuleren en waarin gedachten, geloofsovertuigingen,

Deze zogenaamde 'kleine verhalen' worden door Lyotard gesteld tegenover de zijns inziens failliete grote verhalen

(= grote ideologieën die ernaar streven allesomvattend te zijn, die een betere toekomst voor iedereen willen). In zijn latere werk wordt het belang van het verhalende of narratieve gerelativeerd. Het idee van een politiek van kleine verhalen heb ik eerder uitgewerkt (M. Huijser 1992, 1993).

verlangens en keuzen verwoord worden. Door binnen de gezondheidszorg ruimte te laten voor 'kleine verhalen' – die vaak de context waarin de behoefte aan zorg zich voordoet duidelijk maken – wordt het mogelijk de verscheidenheid en ongelijkheid aan aanspraken te waarderen. Van de gezondheidszorg vergt dat een open houding, niet alleen tegenover kleine verhalen, maar ook tegenover de waarde van de eigen grote, geüniformeerde en geprotocolleerde waarheden. Van patiënten en cliënten en hun organisaties vraagt het waarderen van verscheidenheid een eigenzinnige en kritische houding ten opzichte van de waarde van gezondheid en van de waarheden en normen die in de samenleving en binnen de gezondheidszorg over gezondheid en ziekte bestaan. Het zich zo goed mogelijk informeren over de vele mogelijkheden in de omgang met ziekte en gezondheid is daar een belangrijk aspect van.

Het in politieke zin waarderen van de pluriformiteit aan gezondheidsaanspraken betekent dat de behoefte aan zorg altijd geïnterpreteerd zal worden binnen de context waarin deze zich voordoet. Zorgen voor, zorgen om, verzorgen en zorg ontvangen zijn relationeel en contextueel gebonden activiteiten (Sevenhuijsen, 1993). Politieke beslissingen over zorg moeten niet op basis van uniforme begrippen als 'gelijkheid' of 'verdelende rechtvaardigheid' worden genomen door politici, maar op grond van kleine (situatiegebonden) verhalen en door de mensen die bij een concrete zorgsituatie betrokken zijn. Dat biedt de gelegenheid om behoeften aan en mogelijkheden tot zorg en verzorgen in hun diversiteit naar voren te laten komen. De noodzaak tot beheersing (van de kosten) die het denken van de commissie Dunning en vele anderen leidt, vernauwt het denken over gezondheid tot een 'kiezen of delen'. Door niet naar beheersing te streven, maar naar het openstaan voor de veelheid aan keuzen rond gezondheid en zorg in samenhang met andere levenskeuzen, wordt de weg geopend om op een meer gedifferentieerde manier over gezondheid en zorg na te denken en om het aanbod aan (al dan niet betaalde) middelen aan te passen aan de binnen een bepaalde context bestaande behoefte aan zorg.

Literatuur

- Berkel, D. van: Reproductive and Genetic Engineering; *Journal of international feminist analysis*; *Tijdschrift voor Vrouwenstudies* nr. 3; p. 404-411; 1991.
- Commissie Keuzen in de zorg: *Kiezen en delen*, rapport van de commissie Keuzen in de zorg; 1991.
- Eterman, A.: Een jaar, een eeuwigheid. Over de zin van het leven en de dood van een kind; *Tijdschrift voor Gezondheid en Politiek*, nr. 3; p. 7-9; 1991.
- Foucault, M.: *De geschiedenis van de seksualiteit, deel 2. Het gebruik van de lust*; uitg. SUN; Nijmegen 1984.
- Rabinow, P. (red.): On the genealogy of ethics: an overview of work in progress; *The Foucault reader*; uitg. Penguin, 1984.
- Goor, R. van e.a.: *Vrouwen vertellen over de geboorte van hun kind*; uitg. Sara/ Van Gennep; Amsterdam 1990.
- Huijer, M.: De kracht van het alledaagse. Het postmoderne in het anarchisme; *Mascarpone. Gebroken Wit. Politiek van de kleine verhalen*; I. Janze e.a.; uitg. Ravijn; Amsterdam 1992.
- Huijer, M.: Pluriforme samenleving vraagt om politiek van kleine verhalen; *De Volkskrant*, 9 januari 1993.
- Jansz, U.: Van vrouwenstudies naar genderstudies?; *Tijdschrift voor Vrouwenstudies* nr. 4; p. 430-436; 1990.
- Karskens, M.: *Onbeheerst of onbeheersbaar? Enkele beschouwingen over politiek en individu*; uitg. SUN; Nijmegen 1991.
- Lyotard, J.F.: *Het postmoderne weten*; uitg. Kok Agora; Kampen 1987.
- Mol, A.: Van wie is de theorie. Bloedarmoede en de metapositie; *Gezondheid. Theorie in praktijk* nr. 1; p. 5-16; 1993.
- Parlevliet, C., en Sevenhuijsen, S.: *Zorg bekeken door een andere bril. Vrouwen en het debat 'keuzen in de zorg'*; FSW, Universiteit Utrecht.
- Scavenius, M.: Verantwoordelijkheid in de interactie tussen gynaecoloog en cliënt; *Ziekte, gezondheidszorg en cultuur*; Geest, S. van der, en Nijhof, G. (red.); uitg. Spinhuis; Amsterdam 1989.
- Sevenhuijsen, S.: Justice, moral reasoning and the politics of child custody; *Equality politics and gender*; Meehan, E. and Sevenhuijsen, S. (ed.); uitg. Sage; London 1991.
- Sevenhuijsen, S.: *Vrouwen en humanisering van de zorg: een dubbelzinnige verhouding*; Lezing voor de 4e Dies van de Humanistische Universiteit, 29 januari 1993.
- Sevenhuijsen, S.: *De onderkant van de zorg: hoe krijgen we haar naar boven*; Lezing in De Balie, 23 maart 1993.
- Vries, G. de: *Gerede twijfel. Over de rol van de medische ethiek in Nederland*; uitg. De Balie; Amsterdam 1993.
- Young, I.M.: *Justice and the politics of difference*; uitg. Princeton University Press; Princeton, New Jersey 1990.