

weliswaar voor huisartsen goede informatie over met name de praktische zaken rondom het pilgebruik wordt genoemd, maar dat de morning after pil en anticonceptie in de jaren vóór de menopauze niet aan bod komen. Dit zijn toch zaken waarover de huisarts frequent wordt geconsulteerd. Ook zijn twee redactieleden het kennelijk niet eens kunnen worden over de invloed van antibiotica op de betrouwbaarheid van de pil. Dat is niet erg, maar het was beter geweest te benoemen dát men het niet eens was omdat het gewoonweg niet goed onderzocht is.

In hoofdstuk 6 (anticonceptie, SOA's en aids) komt de auteur tot een andere conclusie dan blijkt uit zijn informatie. Zo zouden jongeren (15-24 jaar) een verhoogde kans op SOA's hebben terwijl uit de bijgevoegde tabel blijkt dat dit juist

voor de groep 25-34-jarigen geldt. Tevens zegt de auteur dat een IUD bij jongeren beslist een tweede keus is, terwijl even daarvoor wordt gemeld dat er geen aanwijzingen zijn voor een directe relatie tussen IUD en PID en dat een salpingitis bij een IUD meestal door een ander micro-organisme dan een SOA wordt veroorzaakt. Het advies dat risicogroepen als jongeren bij een IUD tevens een condoom dienen te gebruiken geldt eveneens voor jongeren die de pil gebruiken. En in hetzelfde hoofdstuk zijn de zwangerschapscijfers van een IUD zelfs wat gunstiger dan die van de pil. Kortom: er lijken goede argumenten om een IUD minstens equivalent te laten zijn aan de pil.

Tot slot, een auteur citerend: 'De pil bracht gezonde vrouwen zonder klachten bij de huisarts' en: 'Het primaire doel van

anticonceptie is het kunnen beleven van gewenste heteroseksuele activiteit zonder angst voor ongeplande of ongewenste zwangerschap'. Er komen dus gezonde vrouwen bij de huisarts die te kennen geven dat ze graag willen vrijen zonder gevaar op zwangerschap. Huisartsen zullen deze vrouwen gezond moeten houden en ze zullen over seks en SOA moeten praten. Dat laatste valt met een juiste attitude te leren. Het eerste is lastiger. Een pil voorschrijven gedurende 15-25 jaar aan een gezonde vrouw en haar ook nog gezond houden, vraagt om maatwerk en actualisering van kennis. Dit boekje levert hieraan een bijdrage en na lezing ervan is het voorschrijven van de pil, terecht, niet meer de routineuze handeling.

PM Leusink

## Proefschriften

### Rechtvaardigheid, solidariteit en verantwoordelijkheid

Suzanne van de Vathorst. *Your money or my life. Justice, solidarity & responsibility in Dutch health care* [Dissertatie]. Vrije Universiteit Amsterdam, 2001; 123 pagina's.

Is de overheid verantwoordelijk voor de gezondheidszorg en tot hoever reikt die verantwoordelijkheid? Heeft iedere burger recht op een goede gezondheidszorg of is dat een zaak van solidariteit? Kan iemand aanspraak maken op mijn geld ten bate van zijn of haar eigen gezondheid? Ben ik verantwoordelijk voor de gezondheid van een ander? En hoever gaat die verantwoordelijkheid dan? En als ik verantwoordelijk ben voor mijn eigen en andermans gezondheid, in hoeverre ben ik dan verplicht gezond te leven? Dergelijke vragen gaat Van de Vathorst te lijf met de filosofische methode van het reflectief evenwicht. Deze methode is een synthese van deductief en inductief redeneren, waarbij zowel

theorieën en principes als feiten en meningen gewogen worden en met elkaar vergeleken om zo te komen tot een coherent netwerk van intuïties, theorieën en overtuigingen.

Wat is de taak van de overheid? Van de Vathorst gebruikt hiervoor de theorie van Daniels. Deze stelt dat personen verantwoordelijk zijn voor hun eigen geluk en dat de overheid ervoor verantwoordelijk is dat alle personen een eerlijke kans hebben (*fair equality of opportunity*) om dat geluk te verwezenlijken. Dat is een kwestie van rechtvaardigheid. Ziekte vermindert de mogelijkheden van een individu; ziekte is dus onrechtvaardig. Een rechtvaardige overheid zorgt dan ook voor het herstel van de voor het individu normale mogelijkheden en doet dat door de relevante delen van de gezondheidszorg toegankelijk te maken. Het gaat hierbij om curatieve zorg, preventieve zorg en 'vervanging' (bijvoorbeeld prothesen). Plastische chirurgie valt daar duidelijk niet onder. Daniels stelt echter ook dat zieken die niet kunnen herstellen tot hun normale moge-

lijkheden, geen rechten kunnen claimen van de overheid. Het gaat dan om chronisch zieken, geestelijk gehandicapten en mensen in de terminale fase.

Consequent redeneren in de lijn van het eerlijke-kansenprincipe leidt dan tot een keuze die zeer strijdig is met de situatie in Nederland. Dit principe gaat uit van wederkerigheid: ik zorg voor jou, jij zorgt voor mij. De zwaksten kunnen die wederkerigheid niet waarmaken. Van de Vathorst stelt dan ook dat de theorie van Daniels aangevuld moet worden met het begrip 'solidariteit'. Solidariteit betekent hier 'humanitaire solidariteit': het verzachten en verminderen van de existentiële risico's die iedereen loopt. Het gaat daarbij om overleven en een minimum aan kwaliteit van leven. Eraan ten grondslag ligt compassie, het besef dat het onmenselijk is mensen in dergelijke situaties in de steek te laten. Om ervoor te zorgen dat iedereen – en niet alleen diegenen die toevallig een goed netwerk hebben – gebruik kan maken van deze hulp moet de overheid deze solidariteit organiseren.

Curatieve zorg, preventieve zorg en vervanging zijn dus voorzieningen waar iedereen recht op heeft. Zorg voor chronisch zieken en terminale zorg is een zaak van solidariteit, die gedelegeerd is aan de overheid, waarbij de burgers afspreken hoeveel ze daarvoor willen bijdragen.

Wat zijn de verantwoordelijkheden van het individu? En zijn mensen altijd verantwoordelijk voor hun eigen daden? Hoewel mensen in het algemeen verantwoordelijk zijn voor hun daden, ontstaat er een probleem wanneer mensen zich onverantwoordelijk gedragen: het zou onze keuze kunnen zijn deze mensen uit te sluiten van het door de overheid gegarandeerde recht op bepaalde delen van de gezondheidszorg. Van de Vathorst verwerpt deze mogelijkheid echter vanwege de moeilijke praktische uitvoerbaarheid. Het zou een soort medische rechtbank vereisen om een onderscheid te kunnen maken tussen de berekenende risiconemer en de pechvogel! Mensen die ziek worden door bewust risico's te nemen, moeten dus niet worden uitgesloten van voorzieningen. Om nu tenslotte ook degenen die minder goed in staat zijn kansen te grijpen in staat te stellen de juiste keuzes te maken, moet de overheid volgens Van de Vathorst aan gezondheidsvoorlichting doen.

Het proefschrift van Van de Vathorst is helder geschreven en bevat uiteindelijk een coherent idee dat ten grondslag zou kunnen liggen aan discussies over de organisatie van onze gezondheidszorg. Dat idee bestaat uit rechtvaardigheid, solidariteit, eigen verantwoordelijkheid en het niet bestraffen van risicovol gedrag. Een minpuntje vond ik het naar mijn idee misplaatste optimisme over gezondheidsvoorlichting.

Peter Lucassen

## Patiëntentaal

Furer JW. *Protoprofessionalisering. Een empirisch onderzoek naar de validiteit van protoprofessionalisering en naar haar verbanden met gezondheidsgedrag, ziekte-*

*gedrag en gezondheidstoestand.* [Dissertatie] Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 200; 309 pagina's. ISBN 90-6464-377-6.

Dit proefschrift is enkele maanden geleden veel in het nieuws geweest, vooral omdat er een relatie zou zijn tussen meer kennis over zorg en ziekte hebben en veel naar de dokter gaan.

Na een uiteenzetting over de theoretische achtergronden van het begrip *protoprofessionalisering* dat de sociologen Swaan en Brinkgreve eerder hebben geformuleerd, geeft de auteur, sociaal psycholoog, een bredere operationalisering van het begrip. Protoprofessionalisering (P) bestaat uit vier elementen:

- ▶ sociale nabijheid van professionele hulpverleners;
- ▶ kennis omtrent de gezondheidszorg;
- ▶ verantwoordelijkheid voor eigen gezondheidszorg niet bij professionals leggen;
- ▶ bereid zijn om ervaringen en problemen te bespreken met anderen in sociale netwerk.

Vervolgens wordt deze operationalisering intern gevalideerd door na te gaan bij de respondenten uit een grote steekproef uit de Gezondheidsregio Nijmegen (3245 respondenten, leeftijd 18-65, gegevens verzameld in 1983) of de vier genoemde elementen bij factoranalyse samen blijken te hangen. De factorscore levert dan de mate van P op voor elk individu. In het algemeen worden de begrippen keurig gedefinieerd en geoperationaliseerd, al heb ik mijn twijfels over de keuze voor bepaalde variabelen als maat voor een bepaald gedrag.

Daarna is een aantal hypothesen getoetst om de begrippen ook 'extern' te valideren. Bijvoorbeeld de hypothese dat mensen uit de hulpverleningssector het hoogst op scoren op P, hetgeen inderdaad, weinig verwonderlijk, zo was. Het minst geprotoprofessionaliseerd zouden dan de zogenaamde LIBO's (lager inkomen, lager beroepsniveau, lagere opleiding) moeten zijn. En jawel: ook dat was zo.

Vervolgens ging Furer na of mensen met een hoge P-score meer aan gezondheids-

gedrag deden dan mensen met lage P-score: bij zes van de negen gedragingen is na multivariate analyse een positieve associatie tussen mate van P en mate van gezondheidsgedrag. Verwacht werd ook dat mensen met een hoge P-score meer aan lekenraadpleging en zelfzorgactiviteiten deden en minder ziekenrolactiviteiten hadden dan mensen met lage P-score. Een multivariate analyse toonde een gemengd beeld: bij een hoge P-score was er sprake van meer vriendenraadpleging en meer zelfzorgactiviteiten, maar er waren evenveel ziekenrolactiviteiten (verzuim, bedrust, medicijngebruik) als bij een lage P-score. Eveneens werd verwacht dat mensen met een hoge P-score een grotere lichamelijke en geestelijke gezondheid zouden rapporteren dan de mensen met een lage P-score. Helaas ook dit kwam niet uit: zowel psychische als somatische gezondheid werd subjectief als slechter ervaren door mensen met hoge P-score in vergelijking met mensen met lage P-score. Dat waren vast de *worried-well*, die dus even vaak een beroep op de huisarts doen als de mensen met een lage P-score. Vooral deze laatste bevinding is in diverse kranten besproken. Het is uiterst merkwaardig dat noch in het proefschrift noch in de media met geen woord gerept wordt over het feit dat alle gegevens verzameld zijn in 1983. Sindsdien is er toch wel een en ander veranderd in gezondheidszorg: GVO-activiteiten, sproetenbussen, bevolkingsonderzoeken, griepvaccinaties, een explosie van medische series en programma's op TV. Dus of dit allemaal nog waar is?

Henriëtte van der Horst