

Inhoudsopgave

Thema Eigen verantwoordelijkheid voor je gezondheid

Inleiding	2
<i>Lieke van der Scheer</i>	
Overgewicht en eigen verantwoordelijkheid	4
<i>Marieke ten Have</i>	
Als letsel geen beletsel is	6
<i>Gijs van Donselaar</i>	
Liever schuldig	7
<i>Carla Bal</i>	
Pragmatisch met 'verantwoordelijkheid' en 'gezondheid' omgaan	9
<i>Rob Houtepen en Klasien Horstman</i>	

Column

Vogelvrij	12
-----------	----

Monique Janssens

Algemeen

Overheidsbeleid inzake bio-ethiek (VWS)	13
<i>Sicco Kuijper</i>	

Uit de Vereniging

Aankondiging NVBe-prijs 2007	14
Verslag jaarvergadering NVBe 2006	14
<i>Monique Janssens en Frans Stafleu</i>	

Boekbesprekingen

Wim Dekkers, Cor Hoffer, Jean-Pierre Wils: Besnijdenis	16
<i>Monique Janssens</i>	

Van de Redactie

Bio-ethiek is van belang. Dat vindt u, anders zou u dit niet lezen. Dat vinden wij als redactie, anders zouden we onze tijd er niet aan besteden. Bio-ethiek heeft alles te maken met het leven, letterlijk. Het heeft zin om ons erin te verdiepen, omdat het gaat over de waarde van het kostbaarste waar we als levende wezens over beschikken: het leven in al zijn facetten.

Dat dringt vooral goed tot je door als iemand die je dierbaar is, zomaar opeens aan het randje van de afgrond staat. Bio-ethiek is nooit ver van je bed.

Het was een harde confrontatie met die werkelijkheid toen de redactie hoorde dat redactielid Dick Meerman geveld is door een ernstige ziekte. Hij moest zijn redactiewerk noodgedwongen stopzetten. We zullen zijn creatieve, kritische, intelligente, ernstige en tegelijk humoristische inbreng zeer missen. We danken hem hartelijk voor zijn jarenlange inzet, en wensen we hem heel veel levenskracht.

Monique Janssens

Thema Eigen verantwoordelijkheid voor je gezondheid

Inleiding

“Hoewel de kennis over gezondheidsrisico’s is toegenomen en de overheid veel geïnvesteerd heeft in gezondheidsbevorderende interventies, leven steeds meer mensen ongezond en zijn de gevolgen daarvan ernstig. De vraag voor de overheid is hoe ongezond gedrag kan worden omgebogen, maar vooral ook wie daarvoor verantwoordelijk is.” (RVZ, 2002, p. 5)

Dit citaat komt uit het advies *Gezondheid en gedrag* dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 2002 uitbracht. Er is reden voor bezorgdheid omdat steeds meer mensen ongezond leven en daardoor kans lopen op aids, obesitas en chronische ziekten als diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten en aandoeningen aan het bewegingsapparaat. Ongezond gedrag kan ook leiden tot een verminderde kwaliteit van leven en tot vroegtijdige sterfte.

De overheid heeft veel geïnvesteerd in gezondheidsbevorderende interventies. Vanaf 1960 werd geprobeerd gezonder gedrag te stimuleren door het vergroten van kennis. Allereerst – we kunnen ons nu bijna niet meer voorstellen dat iemand dat niet weet – moesten mensen tot het besef worden gebracht dat zij hun gezondheid door middel van hun gedrag kunnen beïnvloeden. Vervolgens werd informatie verschaft over wát gezondheid positief of negatief beïnvloedt. Het ging daarbij bijvoorbeeld over welk eten gezond is en over de gevaren van roken voor de gezondheid. Er werd ook geprobeerd invloed uit te oefenen op leefstijlfactoren als bewegingspatroon en seksueel gedrag. Al in de jaren tachtig en negentig van de vorige eeuw bleek echter dat voorlichting alleen niet erg effectief is. Kennis van de relatie tussen gezondheid en gedrag is niet voldoende om te leiden tot gezonder gedrag.

Deze constatering leidde tot onderzoek naar de vraag hoe gedrag wél omgebogen kan worden. Dat blijkt heel ingewikkeld. Gedrag bestaat niet alleen uit een bewust gekozen leefstijl, maar wordt ook bepaald door genetische aanleg en sociale, fysieke en economische omstandigheden, die mensen niet zelf kunnen kiezen. Bovendien is gedrag niet de enige factor die invloed heeft op iemands gezondheid. Woon- en werkomgeving kunnen ook een positief of negatief effect hebben.

Dat bepaalde determinanten van gezondheid niet zelf gekozen kunnen worden, maakt het volgens veel ethici en ook volgens de RVZ moeilijk om mensen verantwoordelijk te houden voor hun gezonde en – vooral – ongezon-

de gedrag. En daarmee bezwaarlijk om er negatieve consequenties als een hogere ziektekostenverzekeringspremie of uitsluiting van zorg aan te verbinden. In deze opvatting herkennen we een bepaalde visie op verantwoordelijkheid: je kunt alleen verantwoordelijk worden gesteld voor iets dat je vrij, dat wil zeggen willens en wetens, hebt gedaan of veroorzaakt. Gedragswetenschappelijk onderzoek is daarom belangrijk om te bepalen op welke aspecten van gedrag we wel en waarop we geen invloed kunnen uitoefenen. Dat bepaalt namelijk de condities onder welke we mensen een verwijt kunnen maken.

De Raad komt uiteindelijk tot de conclusie dat “Met voorlichtende en gedragsbeïnvloedende maatregelen ... niets mis [is], mits gezond gedrag niet wordt opgelegd of afgedwongen ...” (RVZ, 2002, p. 45). Met andere woorden: we verschaffen mensen informatie, en vervolgens laten we ze alle vrijheid om zelf te kiezen of ze hun gedrag op grond van die kennis willen aanpassen. Dat is primair hun eigen verantwoordelijkheid (RVZ, 2002, 29). Michel Foucault (1984) zou deze houding waarschijnlijk als minder onschuldig interpreteren, namelijk als een moderne wijze van disciplineren die juist werkt dankzij de suggestie dat mensen zelf te kiezen hebben.

Omdat eerdere ervaringen leerden dat kennis alleen niet automatisch tot gezonder gedrag leidt, stelt de RVZ ook maatregelen voor ter bevordering van gezond gedrag die gericht zijn op omgevingsfactoren, waardoor gezond gedrag wordt gestimuleerd: “De Raad ... wil de eigen verantwoordelijkheid van burgers voor gezond gedrag bevorderen door stimulerende en belonende maatregelen” (RVZ, 2002, p. 45).

Evelien Tonkens beschrijft in haar inleiding tot het *Handboek Moraliseren* deze houding als reactie op een eerdere fase van moraliseren (Tonkens, 2006). Nadat in de jaren tachtig van de vorige eeuw zowel de overheid als sociale bewegingen zich richtten op mentaliteitsverandering, is dat de afgelopen twintig jaar meer en meer beschouwd als (ongewenste) moralisering en biedt het nieuwe beleid liever faciliteiten waarmee eigen initiatieven om vorm te geven aan het goede leven worden gesteund. Echter zonder dat er een inhoudelijk publiek debat wordt gevoerd over de inhoud van het goede leven. Geheel in de (liberale) traditie van het negatieve vrijheidsbegrip beschouwt men die inhoud als een privézaak die niemand iets aangaat totdat hij overlast veroorzaakt aan anderen. Volgens Tonkens slaat de slinger nu

weer de andere kant op en gaan er stemmen op om wel moreel te (ver)oordelen en daaraan ook (repressieve) consequenties te verbinden. Zij geeft het voorbeeld van jongeren die eerst zelf maar moesten weten hoeveel ze in hun toekomst wilden investeren, terwijl er nu sprake van is de leerplicht te verlengen tot 27 jaar en om bepaalde categorieën werkloze jongeren in werkkampen te plaatsen. Iets vergelijkbaars geldt voor verstandelijk gehandicapten. Terwijl zij eerder zelf maar moesten weten of ze kinderen kregen of niet, staat dat nu ter discussie waarbij het “debat wordt gedomineerd door dwangopties als gedwongen sterilisatie, gedwongen prikpil of zelfs gedwongen abortus” (Tonkens, 2006a, p. 9). Exit eigen verantwoordelijkheid?¹

In deze Nieuwsbrief buigen vier auteurs zich over de vraag hoe we moeten denken over de eigen verantwoordelijkheid voor onze gezondheid. Marieke ten Have constateert in ‘Overgewicht en eigen verantwoordelijkheid’ dat in de discussie over de aanpak van overgewicht twee visies op eigen verantwoordelijkheid tegenover elkaar staan. De visie dat de mate waarin mensen overgewicht ontwikkelen niet het gevolg is van een bewuste keuze. En als je iets zelf niet in de hand hebt, kun je er ook niet verantwoordelijk voor gesteld worden. Anderen stellen zich te weer tegen campagnes van een betuttelende overheid waarbij ze zich beroepen op het recht van individuen op diverse levensstijlen. Daarom zou de belangrijkste taak van de overheid het beschermen van verschillende levensstijlen zijn.

Ten Have voelt wel wat voor beide visies: de overheid mag volgens haar niet een gezonde manier van leven als de beste manier van leven propageren. Maar het is wel belangrijk mensen er op te wijzen dat zij bepaalde keuzes kunnen maken. En vervolgens is het aan de overheid ervoor te zorgen dat gezonde keuzes de gemakkelijkste keuzes zijn.

Gijs van Donselaar is in zijn artikel ‘Als letsel geen beletsel is’ wat strenger in zijn oordeel. Aan de hand van een ontmoeting met een spanning- en sensatiezoekende Thaibokser ontwikkelt hij de these dat de discussie over eigen verantwoordelijkheid en de bepaling waar mensen wel of niet in vrijheid voor kiezen, eigenlijk wel overgeslagen kan worden. Want wanneer mensen hun eigen gezondheid blijkbaar niet zo belangrijk vinden, dat ze er risicogedrag voor achterwege willen laten, is het onzin te verwachten dat anderen er wél een offer – in de vorm van premiedeling – voor willen brengen. Dat zou namelijk inhouden dat de gezondheid van risicolopers voor anderen belangrijker zou zijn dan voor henzelf.

Carla Bal gebruikt een ruime definitie van verantwoordelijkheid: belast zijn met een taak tot zorg op de vervulling waarvan je kunt worden aangesproken. Daarbij benadrukt ze de positieve waarde van een vooruitblikkende morele zorgverantwoordelijkheid. Maar – met de omstreden Theodore Dalrymple – is Bal ook van mening dat het dwaas, laf, onverschillig en fataal voor de medemens in kwestie zou zijn om hem of haar *niet* op hun eigen verantwoordelijkheid aan te spreken. Zij vraagt zich in haar artikel ‘Liever schuldig’ af waar het idee toch vandaan komt dat je, bijvoorbeeld als je iemand vraagt zelf te betalen voor het risico dat iemand wenst te lopen, je zijn of haar leefstijl minder zou waarderen. Zij betoogt dat het juist van respect getuigt wanneer je erkent dat mensen tot op zekere hoogte verantwoordelijk zijn voor hun eigen gezondheid. Deze visie maakt het bovendien ook mogelijk de verdienste te erkennen van gewenst gedrag en mensen er om te respecteren of zelfs te bewonderen.

Rob Houtepen en Klasien Horstman berichten in ‘Pragmatisch met ‘verantwoordelijkheid’ en ‘gezondheid’ omgaan’ van een ethische evaluatie van *Hartslag* Limburg, een grootscheeps preventieproject. In plaats van te toetsen hoe de preventiepraktijk zich verhield tot bestaande normen, bijvoorbeeld of het preventieproject heeft geleid tot de afname van hart- en vaatziekten, werd geëvalueerd *hoe* aan dat doel is gewerkt. In hun praktisch-empirische onderzoek wordt gereflecteerd op processen van geven en nemen van verantwoordelijkheid. Er wordt dus niet op voorhand geformuleerd wie waarvoor verantwoordelijkheid zou moeten dragen en wat dat dan betekent.

Na een illustratie van het vele wetenswaardige over alle betrokkenen dat een dergelijke aanpak oplevert, eindigen Houtepen en Horstman met een pleidooi voor een pragmatische stijl in de gezondheidsbevordering. Controle en sturing van gedrag blijken moeilijk. Daarom wordt gepleit om leerprocessen in de samenleving te versterken, waarbij pluraliteit (van leefstijlen, van culturen, van normatieve idealen) als voordeel wordt beschouwd. Verschillende noties en praktijken van het goede leven en goede zorg worden beschouwd als experimenten waarvan geleerd kan worden hoe het wel of niet moet.

Lieke van der Scheer

Noot

1. Boutellier en Tonkens betogen niet tegen moraliseren maar bepleit een dialogische manier die is ingebed in relaties (Boutellier en Tonkens 2006, p. 189).

Literatuur

Michel Foucault (1984) *Geschiedenis van de seksualiteit*, delen 1,2 en 3. Nijmegen: Sun.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002), *Gezondheid en Gedrag*, Zoetermeer: RVZ.

Evelien Tonkens (2006) Inleiding. Als je het doet, doe het dan goed. Modern moraliseren voor beginners. In: E. Tonkens, J. Uitermark, Marcel Ham (red.), *Handboek moraliseren. Burgerschap en ongedeelde moraal*. Amsterdam: Van Gennep, 7–22.

Hans Boutellier en Evelien Tonkens (2006) Conclusies. De aarzelende opkomst van een praktische publieke moraal. In: E. Tonkens, J. Uitermark, Marcel Ham (red.), *Handboek moraliseren. Burgerschap en ongedeelde moraal*. Amsterdam: Van Gennep, 177–193.

Thema Eigen verantwoordelijkheid voor je gezondheid

Overgewicht en eigen verantwoordelijkheid

Marieke ten Have

Een brief op de deurmat vinden waarin staat dat je binnen enkele maanden moet afvallen, als je je baan niet wilt verliezen. Dit overkwam politieagenten in Singapore, waar een zeer streng beleid tegen overgewicht wordt gevoerd. Een dergelijke maatregel gaat voor Nederlandse begrippen veel te ver. Maar ook in ons land wordt regelmatig voorgesteld om mensen met overgewicht of een ongezonde leefstijl aansprakelijk te stellen voor hun gedrag. Bijvoorbeeld door extra accijns te heffen op producten die veel vet en suiker bevatten. Of door dikke mensen een hogere verzekeringspremie te laten betalen. In sommige andere landen is dit type beleid al ingevoerd. In Sri Lanka betaalt men voor chips en ijs extra *vettax*. Een Belgische verzekeringsmaatschappij houdt bij het berekenen van de premie rekening met de *Body Mass Index* (een graadmeter voor overgewicht). En de Amerikaanse ziektekostenverzekeraar *Medicaid* sluit zogenaamde *verantwoordelijkheidscontracten* af met haar klanten. Houdt de klant zich bijvoorbeeld niet aan de afspraak om voldoende te bewegen, dan verliest hij het recht op bepaalde vergoedingen.

Retrospectieve verantwoordelijkheid

Volgens het signalement *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg* (2005) van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) zijn maatregelen zoals premiedifferentiatie op basis van leefstijl ook wenselijk in Nederland. Het rapport stelt dat mensen zelf verantwoordelijk moeten worden gesteld voor de kosten van hun ongezonde gedrag. Deze vorm van verantwoordelijkheid wordt ook wel *retrospectieve verantwoordelijkheid* genoemd, ofwel: aansprakelijkheid voor het eigen gedrag.¹

Voor een beroep op de eigen verantwoordelijkheid van de burger zijn twee motieven mogelijk. Het eerste betreft het verbeteren van de volksgezondheid als doel op zich. Het tweede motief heeft te maken met de maatschappelijke kosten die de overgewichtproblematiek met zich meebrengt en komt voort uit een bepaalde opvatting van verdelende rechtvaardigheid: mensen die een dure keuze maken, moeten zelf opdraaien voor de kosten daarvan. Dit rechtvaardighedsargument voert de bovenaan in het rapport van de RVZ. Het benadrukt dat Nederlanders in steeds mindere mate bereid zullen zijn om mee te betalen aan de kosten van *leefstijlziekten* zoals overgewicht. Floris Sanders, oud-voorzitter van de RVZ, deed hier nog een schepje bovenop door in een interview met de Volkskrant te stellen: 'Elke kilo die erbij komt, is aangegeten en niet verbrand.'²

Eigen verantwoordelijkheid niet overschatten

De opvatting van Sanders, dat overgewicht voortkomt uit een vrije individuele keuze, en dus ook moet worden opgelost door de individuele burger aan te pakken, riep forse morele kritiek op. De mate waarin mensen verantwoordelijk zijn voor hun lichaamsgewicht moet namelijk niet worden overschat. Gewicht is niet louter het gevolg van een vrij gekozen

leefstijl. Door verschillen in stofwisseling leiden dezelfde koekjes bij de thee bij de één tot extra kilo's en bij de ander niet. Ook zijn sommige mensen sneller dan anderen geneigd tot snaanen, onder andere als gevolg van bepaalde *verslavingsgenen*.

Naast deze biologische verschillen bestaan er ook belangrijke maatschappelijke invloeden. Zo hebben mensen met een lage sociaal-economische status en mensen van allochtone achtergrond een grotere kans op het ontwikkelen van overgewicht dan andere burgers. In welke mate deze verschillen worden veroorzaakt door een gebrek aan kennis, een krappe portemonnee of een ongezonde leefomgeving is onduidelijk, maar zeker is dát de vrije keuze voor een gezonde leefstijl door deze factoren wordt vertroebeld. De zogenaamde *obesogene omgeving* oefent overigens op iedere burger een sterke invloed uit: er is een overvloedig aanbod van calorierijke voeding terwijl er steeds minder gelegenheid bestaat om voldoende te bewegen.

En dan is één van de meest kwetsbare groepen waarbij overgewicht in rap tempo toeneemt nog niet eens genoemd: kinderen. Zij staan dagelijks bloot aan de verleiding van junkfood en televisie. Voor een gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging zijn ze grotendeels afhankelijk van hun ouders en school. Slechte eetgewoontes in de jeugd kunnen de stofwisseling blijvend verstoren.

Kortom, overgewicht wordt door meer factoren veroorzaakt dan leefstijl alleen. Bovendien wordt leefstijl lang niet altijd vrijwillig en bewust gekozen. Teveel nadruk op de retrospectieve verantwoordelijkheid van de burger wordt hierdoor al gauw een kwestie van *blaming the victim*.

Prospectieve verantwoordelijkheid

Het Nederlandse beleid tegen overgewicht is niet gericht op het bestraffen van de onge-

zonde keuze, maar spreekt mensen wel aan op de eigen leefstijl. Deze vorm van verantwoordelijkheid wordt ook wel *prospectieve verantwoordelijkheid* genoemd: er wordt een sterk beroep gedaan op de burger om zich op een bepaalde manier te gedragen. Volgens het *Convenant Overgewicht*, dat in 2005 werd ondertekend door minister Hoogervorst en verschillende partners uit het bedrijfsleven, is overgewicht 'primair een zaak van het individu'.

Tegelijkertijd worden de externe invloeden op het ontstaan van overgewicht erkend in het Convenant: 'Overgewicht is dus naar oorzaak ook een maatschappelijk probleem, en niet alleen omdat we met zijn allen ook de maatschappelijke schadelijke gevolgen moeten dragen.'³ De doelstelling is dan ook om een gezonde leefstijl niet alleen te stimuleren, maar ook te faciliteren. Hiermee sluit het Convenant zich aan bij het motto van de *Wereldgezondheidsorganisatie* (WHO): 'Maak van de gezonde keuze de gemakkelijke keuze'. Onze kinderen worden niet, zoals in Singapore, gedwongen naar een kamp gestuurd om af te vallen. Maar als ze dat zelf willen, kunnen ze wel naar een zomerkamp van *Dikke Vrienden*. Kinderen uit bijstandsgezinnen komen in aanmerking voor een flinke korting op de inschrijfkosten. Op het zomerkamp wordt niet alleen gewerkt aan voorlichting en afvallen, maar ook aan het versterken van het zelfvertrouwen, zodat de kinderen minder gepest worden en ze er beter in slagen hun gewicht onder controle te houden.

Méer ruimte voor eigen verantwoordelijkheid

Gratis fruit verstrekken op basisscholen, werknemers stimuleren om te *lunchwandelen* en ouders informeren over een gezonde opvoeding: op het eerste gezicht lijkt er weinig mis te zijn met het gemakkelijk maken van de gezonde keuze. Maar de vele maatregelen die tegen overgewicht worden genomen, bevinden zich op een glijdende schaal van faciliteren en stimuleren naar dwingen. Bedrijfskantines die deelnemen aan de actie *Balansdag op de werkplek* markeren gefrituurde snacks met een rode sticker, terwijl eten met een groene sticker, zoals rauwkostsalades, goedkoper wordt aangeboden. Mochten deze gekleurde stickers op het lunchbord nog niet voor voldoende *peer pressure* zorgen, dan lopen werknemers het risico dat ze door een collega worden opgegeven voor het *Sneaky Fitness* programma van zuivelfabrikant *Vivit*. De bijbehorende website toont verschillende slome kantoortypes en vraagt of de bezoeker hierin soms één van zijn collega's herkent. De slagzin luidt: 'Mag jouw vriend of collega wel wat meer bewegen? Met Sneaky Fitness laat je hem lopen, springen en tillen.' En wil je aan het

eind van een lange werkdag in de lift stappen, dan kun je een bordje tegenkomen met de boodschap: 'Neem liever de trap'.

Uiteraard zijn niet alle mensen gediend van een dergelijke betutteling. Want we moeten natuurlijk niet denken dat iedereen die een patatje staat te eten het slachtoffer is geworden van zijn obesogene omgeving. Sommige mensen willen af en toe gewoon lekker genieten van een vette hap zonder dat ze daarbij op de vingers worden getikt. Eventuele gezondheidsrisico's nemen ze op de koop toe. Dit roept de vraag op hoe ver de overheid mag gaan met ingrijpen in de leefstijl. Paul Frissen, hoogleraar bestuurskunde aan de Universiteit van Tilburg, bekritiseerde afgelopen zomer een 'politiek van goede bedoelingen', waarin preventie zo populair is dat de voorlichting over zwaarlijvigheid al voor de conceptie begint. Frissen stelt: 'Goede bedoelingen zijn voor en van burgers die in eigen verantwoordelijkheid vorm geven aan hun leven.' De belangrijkste taak van de overheid zou daarom moeten bestaan uit het beschermen van een diversiteit aan levensstijlen.⁴ Koos van der Brugge verzette zich in de NVBe Nieuwsbrief tegen de 'hoge priesters van het gezonde leven'. Hij hekelde de gezond-leven hype die in Nederland heerst, hoewel dit een van de gezondste landen ter wereld is. Met de ernst van de overgewichtproblematiek valt het onder hoogopgeleiden wel mee. Vanwege het hoge risico van overgewicht in de volkswijken van grote steden gaat het volgens hem veel meer om een sociaal vraagstuk.⁵

Maak van de gezonde keuze de gemakkelijke keuze

Binnen het debat over de aanpak van overgewicht bestaan dus twee verschillende visies op eigen verantwoordelijkheid. Volgens de eerste moet de individuele verantwoordelijkheid niet worden overschat. Maar volgens de tweede opvatting laten campagnes tegen overgewicht juist *te weinig* ruimte voor de eigen verantwoordelijkheid. De afkeer van betutteling is natuurlijk afkomstig van een bevoorrechte bevolkingsgroep. Voor een aanzienlijk deel van de mensen met overgewicht geldt dat ze hun gewicht *niet* te danken hebben aan een bewuste keuze voor een Bourgondische leefstijl. Daarom is het belangrijk dat gezond gedrag voor iedereen bereikbaar wordt. Naast bijvoorbeeld het creëren van een gezonde omgeving, is het nodig dat mensen bewust worden gemaakt van het feit *dat* ze bepaalde keuzes kunnen maken. Als we de overgewichtproblematiek willen aanpakken is een zekere nadruk op de eigen verantwoordelijkheid dus onvermijdelijk. Maar een overheid die een gezonde manier van leven als de beste manier van leven propageert, gaat te ver. Het motto moet inderdaad zijn: 'maak van de ge-

zonde keuze de gemakkelijke keuze'. En niet: 'maak van de gezonde keuze de enige geaccepteerde keuze'.

Drs. Marieke ten Have werkt als junior onderzoeker bij de afdeling Medische Ethiek van het Erasmus Medisch Centrum te Rotterdam

Literatuur

1. Schermer, M.H.N. (2002) Ethische aspecten van gezondheid en gedrag. In: Raad voor de Volksgezond-

Thema Eigen verantwoordelijkheid voor je gezondheid

Als letsel geen beletsel is.

Solidariteit en eigen verantwoordelijkheid in de zorg.¹

Gijs van Donselaar

Aan de hand van een verhaal over een collega, maakt Gijs van Donselaar duidelijk dat we naar zijn idee op een verkeerde manier over eigen verantwoordelijkheid voor onze gezondheid denken.

Ooit had ik een collega, hij heette Kick, die aan Thaiboksen deed. Als u wel eens naar *Eurosport* heeft gekeken, dan weet u: dat is geen zachtzinnige liefhebberij. De heren (en soms ook dames) spannen zich tot het uiterste in elkaar ernstig letsel toe te brengen, waarbij vooral hun hoofd en hun knieën het moeten ontgelden. Ze kunnen punten verzamelen door rake trappen en klappen uit te delen. Maar een overwinning is pas compleet wanneer de tegenstander niet meer op zijn benen kan staan doordat hij het bewustzijn heeft verloren, of doordat zijn onder- en bovenbeen niet meer op elkaar passen.

En inderdaad, ook Kick kwam regelmatig hinkepinkend binnen en andere collega's wisten mij te vertellen dat hij soms vreemd vergeetachtig was. Maar voor Kick was letsel geen beletsel; Kick bokste vrolijk voort.

Op een dag kwam Kick mijn kamer binnen. Hij keek een beetje verlegen, en zei:

"Ik heb eens over ons nagedacht, en over hoe oneerlijk het eigenlijk is dat jij zo weinig spanning en sensatie in je leven hebt. Waarom vlieg je niet eens naar Californië? Daar staat de grootste achtbaan van de wereld; dat moet echt kicken zijn."

Ik was enigszins beduusd, en antwoordde:

"Luister Kick, die achtbaan is vast wel boeiend, maar eerlijk gezegd geef ik mijn geld, en vrije tijd, veel liever uit aan iets anders: ik ben fervent verzamelaar van opnames van 14^e eeuwse vedelmuziek, en ga zo veel mogelijk naar concerten. Zo liggen mijn prioriteiten nu eenmaal."

Nu begon Kick *slim* te kijken.

"En toch," zei hij, "is het oneerlijk dat jij met jouw voorkeuren niet aan spanning en sensatie toekomt, terwijl ik met mijn voorkeuren een

heid en Zorg, *Gezondheid en gedrag*. Zoetermeer: RVZ, Report 02/14.

2. Vermeulen, M. (2006) Elke kilo die erbij komt, is aangegeten en niet verbrand, *De Volkskrant*, 4 februari.

3. *Convenant Overgewicht: een balans tussen eten en bewegen*. 27 januari 2005.

<http://www.convenantovergewicht.nl/>.

4. Frissen P. (2006) Vadertje Staat is wel erg bemoeizuchtig, *Trouw*, 31 mei.

5. Van der Bruggen K. (2005) De gezond-leven hype, *NVBe Nieuwsbrief*, 12, 2, 2-3.

ontzettend spannend en sensationeel leven heb. Waarom? Is het niet zo dat bij jou thuis vroeger heel veel naar oude muziek werd geluisterd, en dat je ouders je als klein kind al meesleepten naar allerlei concerten?"

Ik knikte.

"Zie je wel!" riep hij grimmig, "jij kunt er helemaal niets aan doen dat je zo van die muziek houdt, en dus ben je er niet verantwoordelijk voor dat jij geen spanning en sensatie in je leven hebt. Dus is dat ook niet eerlijk. Je hebt er gewoon recht op."

Wat bleek nu? Kick moest voor ons werk naar een conferentie in Californië, en kon voor een zeer gereduceerd tarief een tweede ticket bemachtigen. Dat wilde hij aan mij kado doen, zodat ik in die achtbaan kon. De goeierd. Hij wilde dat het oneerlijke spanningsverschil tussen onze levens flink gereduceerd zou worden. Ik protesteerde heftig, en zei dat mijn voorkeuren weliswaar in mijn jeugd gevormd waren, maar dat het nog wel degelijk *mijn* voorkeuren waren – ikzelf had er geen problemen mee – , maar Kick was zo vasthoudend in zijn 'solidaire' opstelling, dat ik vreesde hem te zullen beledigen als ik bleef weigeren.

De dagen in Californië waren best leuk, en ik mocht van Kick wel acht keer in de achtbaan, maar al die tijd bleef er toch een gevoel knagen dat er een addertje onder het gras zat.

Een paar weken na thuiskomst kwam de esculaap uit de mouw, of beter: onder het gras vandaan. Wederom stond Kick in mijn kamer. Hij hield een envelop in zijn hand, en dit keer keek hij helemaal niet verlegen, eerder een beetje brutaal.

"Dit hier," zei hij, "is een brief van mijn zorgverzekeraar, en weet je wat die me nou heeft geflikt?" Ik wist het niet.

“Hij heeft in de gaten dat ik de afgelopen jaren al twee keer aan mijn knieën ben geopereerd, en bijna permanent fysiotherapie behoef, en dat ik drie keer met een zware hersenschudding in het ziekenhuis heb gelegen. Dus is hij geniepig mijn gangen nagegaan, en hij heeft uitgevonden dat ik aan Thaiboksen doe. En nu schrijft hij dat hij bang is dat ik, zo doorgaande, nog veel vaker een beroep op de zorg zal moeten doen, en hij vreest zelfs dat ik voor mijn vijftigste zwaar seniel zal zijn en met mijn rotte knieën voortgeduwd zal moeten worden in wagentje.”

Kick werd nu echt giftig.

“En nou stelt die smeerlap me voor de keus: of ik stop met Thaiboksen, of mijn zorgpremie gaat enorm omhoog. Waar haalt ie het vandaan?!”

Ik voelde een zekere bui hangen, dus ik vroeg:

“Waarom ben je eigenlijk hier, Kick, wat heb ik ermee te maken?”

Hij keek me bozig aan.

“Die premieverhoging” zei hij, “die zit er niet in voor mij; de helft van dat bedrag heb ik al nodig voor mijn abonnement op de sportschool, en om mijn trainer te betalen. Dus ik zou serieus moeten overwegen te stoppen met boksen, en dat zou niet eerlijk zijn, want mijn vader en moeder, mijn broers en zusters, mijn ooms en tantes en al onze burens zaten vroeger ook allemaal op Thaiboksen. Ik kan het niet helpen dat Thaiboksen mijn lust en mijn leven is. Ik kom uit een bokstraditie, een boksmilieu, een bokscultuur; ik ben zo geprogrammeerd en misschien is het zelfs wel genetisch bepaald. En daarom vind ik eigenlijk dat jij, die immers met je voorkeur voor oude muziek je gezondheid er praktisch gratis bij krijgt, minstens de andere helft van mijn premiestijging zou moeten betalen. En als je het geld niet hebt? Nou, dan verkoop je toch gewoon een deel van je muziekverzameling. Zie je, ik kan het niet helpen dat ik mijn gezondheid niet belangrijk vind, maar mijn gezondheid is zo belangrijk.”

Bij die laatste opmerking zou ik in de lach geschoten zijn als er geen gefrustreerde Thaibokser voor me had gestaan. Dus realiseerde ik me maar in stilte dat ik mij destijds nooit dat tripje naar Californië had moeten laten aanleunen, want nu zat ik in de val.

En ik realiseerde me dat de discussie in Nederland over solidariteit en eigen verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg vaak op een verkeerde manier, in de verkeerde termen, wordt gevoerd. Wie door zijn prioriteiten in het leven niet toekomt aan bepaalde ‘goederen’, omdat die relatief laag op zijn lijstje staan en dus moeten wijken voor iets dat belangrijker gevonden wordt, kan er niet op rekenen dat anderen die goederen alsnog verschaffen, of het nou om gezondheid of om spanning en sensatie gaat. Premiedeling in de

zorg kan niet bedoeld zijn als een verkapte subsidie op de leefwijzen van mensen die zelf hun gezondheid kennelijk van ondergeschikt belang vinden. Dat heeft niets met solidariteit te maken.

Ministers die dit met mij eens zijn zeggen dan dat de (hoge) gezondheidsrisico’s die sommige leefwijzen aankleven behoren tot de eigen verantwoordelijkheid. Wanneer ze daarmee bedoelen dat mensen hun voorkeuren zelf kiezen, alsof ze boodschappen doen in de supermarkt, dan hebben ze ongelijk. Om het eens filosofisch te zeggen: die redenering is regressief. Om iets te kunnen kiezen (voorkeuren bijvoorbeeld) moet je voorkeuren hebben. Zijn die voorkeuren voor voorkeuren dan ook gekozen? Enzovoort.

Tegenstanders van een verhoogde zorgpremie voor ongezondlevenden lijken zich bewust van de metafysische onwaarschijnlijkheid van het kiezen *ex nihilo* dat verondersteld is in althans deze toeschrijving van eigen verantwoordelijkheid, want ze komen meestal triomfantelijk op de proppen met sociaal-wetenschappelijke inzichten die verklaren hoe mensen geheel en al buiten hun toedoen met hun prioriteiten opgezaald raken.²

Maar een discussie over eigen verantwoordelijkheid in deze termen kan overgeslagen worden. Het *volstaat* er op te wijzen dat Kick van mij verlangt dat ik mijn gezondheid belangrijker vind dan hijzelf, dat hij van mij een offer verlangt in zijn belang, dat hij niet zelf bereid is te brengen. Zijn Thaiboksen vindt hij belangrijker dan zijn gezondheid, maar mijn muziekverzameling niet. En dat terwijl, in *zijn* ogen, ik ‘er niets aan kan doen’ dat mijn levensgeluk van die verzameling afhangt. Dat is maf. Net zomin kan ik van Kick verlangen dat hij spanning en sensatie in mijn leven belangrijker vindt dan ikzelf, en mij daarom subsidieert. Ik ben niet bereid er iets voor op te geven, maar waarom zou hij dat dan wel moeten doen? En wat als hij dan zijn trainer niet meer kan betalen?

Maakt u zich geen zorgen. Kick heeft mij intact gelaten hoewel ik ongevoelig bleek voor zijn redenering. De goeierd. U had natuurlijk al begrepen dat hij een gedachte-experiment was, met overdreven trekjes voor de zaak des arguments. Maar Thaiboksers bestaan wel degelijk. En rokers ook, en drinkers, en tweewegbewegers, en vet&zoutverzwelgers, en mensen met een promiscu, maar onbeschermd liefdesleven. Vinden zij allemaal dat hun gezondheid voor anderen belangrijker moet zijn dan voor henzelf? Zo niet, dan moeten ze ook niet zeuren als hun premie omhoog gaat.

Moet dan de overheid ‘geniepig’ onze gangen nagaan, en ons huisvuil uitpluizen op legeflessen, mayonaisepotten, sigarettenpakjes en condoomwikkels? Nee, natuurlijk niet! Maar uit het feit dat de waarheid alleen met bezwaarlij-

ke methoden achterhaald kan worden volgt niet dat de waarheid oninteressant is. Trouwens, de waarheid omtrent *onzelf*, die is ons reeds bekend.

Dr. Gijs van Donselaar is verbonden aan de Leerstoelgroep Ethiek van de Afdeling Wijsbegeerte

(FdG), Universiteit van Amsterdam, en aan het Ethiek Instituut, Universiteit Utrecht

Noten

1. Een uitgebreidere uitleg van mijn visie op dit onderwerp verschijnt binnenkort in *Ars Equi Libri*.

2. Deze opstelling valt ten dele ook te herkennen in de bijdrage van Marieke Ten Have aan dit nummer.

Thema Eigen verantwoordelijkheid voor je gezondheid

Liever schuldig

Carla Bal

In het briefadvies *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg* van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) betoogt Floris Sanders dat de kosten voor de zorg de komende jaren zeer snel en zeer sterk zullen stijgen. De twintig duurste ziekten houden verband met leefstijl. Denk aan hart- en vaatziekten, aan diabetes 2 en aan gewrichtsaandoeningen. Je kunt niet van burgers verwachten dat zij maar steeds meer blijven meebetalen aan de behandeling van de gevolgen van ongezonde leefwijzen van anderen. Wij zouden het als niet meer dan billijk ervaren dat mensen die roken, teveel alcohol drinken, drugs gebruiken, gevaarlijke sporten beoefenen, of zich aan buitensporig veel stress blootstellen extra premie voor hun ziektekostenverzekering betalen. Of ze betalen een behoorlijke eigen bijdrage ingeval de geriskeerde gevolgen inderdaad optreden en zij daarvoor medisch behandeld worden. Aldus *Houdbare solidariteit*.

Maar zijn wij inderdaad verantwoordelijk voor onze eigen gezondheid?

Aan deze vraag gaat een andere vooraf. Wat is verantwoordelijkheid? Van Tongeren (1986) definieert verantwoordelijkheid zo: Belast zijn met een taak tot zorg op de vervulling waarvan je kunt worden aangesproken. Het mooie van deze omschrijving is dat ze een prospectieve, positieve, morele verantwoordelijkheid en een retrospectieve, op negatieve handelingen gerichte, juridische aansprakelijkheid integreert. Bovendien stelt ze daarbij de vooruitblikkende morele zorgverantwoordelijkheid centraal en primair. We zijn alleen maar aansprakelijk voor wat we eerst op ons genomen hebben. Zijn we in deze zin verantwoordelijk voor onze gezondheid?

Voor een groot deel treffen we onszelf gewoon aan. We zijn natuur, we zijn feit. Je lichaams-lengte, de structuur van je beendergestel, je haarkleur en -kwaliteit, je bloedgroep, je genen, je sekse, je lusten, je verlangens, je angsten, je aanleg voor depressiviteit, voor schizofrenie, voor obesitas, je krijgt het allemaal mee. Maar ook onze ouders, ons milieu, de voorbeelden die we bijna automatisch navolgen, eetgewoonten bijvoorbeeld, de cultuur, de leraren op school, het zijn allemaal factoren die je vormen, die ook je gezondheid bepalen, maar die je niet voor het uitkiezen had. En waar je dus niet verantwoordelijk voor bent. Maar op een gegeven moment neem je dingen op je. Je belast jezelf met taken tot zorg. Je omgeving, de

samenleving vraagt dat van je. En aan de andere kant doe je dat maar al te graag. Omdat dingen je ter harte gaan. Bijvoorbeeld je gezondheid.

De bezwaren van Inez de Beaufort

Inez de Beaufort erkent enerzijds in haar inaugurale rede (1992) deze verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid maar heeft anderzijds toch bezwaren tegen zelf betalen voor leefstijlverschillen, zoals Sanders dat nu opnieuw aankaart. Wat zijn haar bezwaren? Ten eerste is het niet eenvoudig om een statistisch verhoogde kans om te zetten in de verantwoordelijkheid van een persoon. Ten tweede lijkt het tamelijk arbitrair welk ongezond gedrag men financieel belast. Stressvolle beroepen met maatschappelijk nut zouden niet extra belast worden, stressvolle beroepen zonder maatschappelijk nut wel. Hoe deze van elkaar te onderscheiden? Ten derde is het niet eenvoudig om uit te maken of mensen echt verantwoordelijk zijn voor hun risicovolle gedrag. Ten vierde kost gezond leven erg veel tijd en lijkt al die aandacht voor fitness haar helemaal niet zo gezond, bovendien is de plaats waar je woont van veel meer invloed. Rotterdammers hebben een geringere levensverwachting dan inwoners van Zwolle. Ten vijfde zou het realiseren van dit principe – omdat het veel controle vereist – wel eens een hoge prijs in vrijheid kunnen vergen. Tenslotte vreest De Beaufort dat de invoering van dit beginsel de mo-

derne burger nog meer tot de calculerende egoïst zou maken die hij al lijkt te zijn. De Beaufort voert een brave Hendrik op die keurig gezond en matig leeft. Alleen dit beeld al moet genoeg zijn om de lezer ervan te overtuigen dat we andere levenswijzen dan een gezonde en matige, moeten respecteren ook al kost dat soms geld (De Beaufort, p 27). Want wie wil nu een brave Hendrik zijn?

Vier van de zes bezwaren (1, 2, 3 en 5) betreffen het lastige toepassen van het principe van zelf betalen voor leefstijlverschillen. Inderdaad lijkt het niet eenvoudig om het principe eerlijk en correct toe te passen zonder een enorme hoop rompslomp en zonder al teveel fraudegevoeligheid. Maar misschien valt het mee! Uit 4 en 6 blijkt dat De Beaufort zelf niet zo geporteerd is voor een al te gezonde leefstijl. Smaken kunnen verschillen. Maar waar komt toch het idee vandaan dat als je iemand vraagt zelf te betalen voor het extra risico dat hij of zij wenst te lopen, je die leefstijl minder zou respecteren? Het lijkt me juist een erkenning van het recht van die persoon om te leven zoals hij of zij wil. Wel zal deze zich misschien eerder afvragen of die leefstijl de meerkosten wel waard is. En dat is precies wat we wenselijk vinden.

Het pleidooi van Dalrymple

Theodore Dalrymple, Engelse psychiater in ruste, heeft recentelijk nogal wat stof doen opwaaien met zijn boeken *Leven aan de onderkant*, en *Drugs, de mythen en de leugens*. Zijn boeken zijn één groot pleidooi voor het nemen van meer verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid, maar ook voor het aanspreken van anderen op die eigen verantwoordelijkheid. Dat aanspreken nalaten getuigt niet van respect, is niet edel, vriendelijk en goed, maar eerder dwaas, laf, onverschillig en fataal voor de medemens in kwestie. Linkse intellectuelen zijn medeplichtig aan de toestand waarin de onderklasse van de samenleving verkeert, doordat ze te soft zijn om mensen als verantwoordelijk te beschouwen. Misschien is het nog wel ernstiger dan dat. Misschien zijn ze niet alleen te soft, maar vrezen de sociale wetenschappers, die volop in de hulpverlening werkzaam zijn, ook dat ze hun cliëntèle kwijt raken als die zijn verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en welzijn gaat nemen. Aldus Dalrymple. Van deze laatste insinuatie zou ik me verre willen houden. Je kunt immers evengoed je brood verdienen met dezelfde cliënten die je wel op hun verantwoordelijkheid aanspreekt, zoals Dalrymple zelf heeft gedaan. Maar dat mededogen vaak niet genoeg is om iemand echt te helpen, dat het veel waarheidsgetrouwer en effectiever is om mensen attent te maken op hun eigen rol in

het ontstaan van hun toestand, dat valt niet te ontkennen.

Erkennen eigen verantwoordelijkheid

Tot op zekere hoogte hebben mensen dus een eigen verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. Het getuigt van respect hen in deze verantwoordelijkheid te erkennen. Ik weet niet in hoeverre ze op een eerlijke en rechtvaardige manier in praktisch-organisatorische zin haar neerslag kan krijgen, zonder al teveel bureaucratiekosten en zonder een al te grote aanslag op de privacy van de mensen. Als dat mogelijk is, dan heb ik daar niet alleen geen bezwaar tegen, maar dan zou ik het zeer gewenst vinden om die verantwoordelijkheid van ieder van ons in praktisch-organisatorische zin haar neerslag te doen vinden. Ik zou zelf ook liever betalen voor eventuele gevolgen van mijn eigen leefstijlkeuzes, mits anderen daar ook zelf voor betalen. Liever dan dat zich straks aan mijn lichamelijke pijn, aan mijn lijden, aan mijn schuldbesef tegenover mijzelf, nog een schuldgevoel toevoegt jegens de samenleving. Mensen die gezonde leefstijlkeuzes maken, mogen daar best in hun portemonnee voordeel bij hebben. Het betekent mensen in hun waarde laten, in hun waardigheid laten, als je hun eigen verantwoordelijkheid erkent.

Maar ook als het niet mogelijk blijkt om op een eerlijke en rechtvaardige manier ons te laten bijdragen aan zorgkosten al naargelang onze leefstijlkeuzes, dan blijven wij onverminderd voor een deel verantwoordelijk voor de eigen gezondheid. En ieder van ons weet zelf het beste in welke mate en voor welk deel precies. Dat wil niet zeggen dat ik erin slaag om gezond te blijven. Ik kan door mijn eigen schuld ziek worden of een ongeluk krijgen. Heel vervelend. Ziek of zwaargewond, en dan ook nog door mijn eigen schuld. Toch kan het zo zijn. En als dat het geval is, dan kan ik dat niet ontkennen en dat zou ik ook niet willen. Als anderen mede door hun eigen schuld ziek worden of een ongeluk krijgen, dan heb ik misschien nog meer medelijden met ze dan als ik hun lijden als louter pech zou beschouwen. Ik weet immers hoe akelig het is om er slecht aan toe te zijn en daarbovenop te weten dat het anders had gekund. Nog akeliger zou het zijn als die verantwoordelijkheid ontkend wordt. Er zou een stuk van de werkelijkheid ontkend worden, alleen omdat die minder aangenaam is. Mens zijn is niet altijd aangenaam. Maar we zijn wel blij dat we mens zijn.

Aan de andere kant, de zonnigere kant, staat de tevredenheid die je kunt hebben omdat je wél slaagt in wat je verantwoordelijkheidsbesef van je wil. En het respect, ja zelfs de bewondering voor anderen die daarin slagen. Mensen die hebben leren omgaan met hun

zwakheden, hun ziekten, hun ernstige kwalen. Die bepaalde dingen niet doen of op een specifiek bij hen passende manier. Die verslavingen achter zich laten soms na vele vergeefse pogingen, na een langdurige worsteling. Dat is allemaal zeer verdienstelijk. Ontkenning van de verantwoordelijkheid voor eigen gezondheid zou ook betekenen die verdienste mis-kennen.

Drs. Carla Bal is wetenschappelijk docente morele gespreksvoering en onderwijscoördinator in de Postacademische Beroepsopleiding Ethiek in de Zorgsector bij de afdeling Ethiek Filosofie en

Geschiedenis van de Geneeskunde van het UMC St. Radboud te Nijmegen

Literatuur:

Beaufort, I. de (1992) *Lieve deugd, dure plicht, t voorbeeldig ideaal: over eigen verantwoordelijkheid*. Inaugurale rede Erasmus Universiteit Rotterdam.

Dalrymple, Theodore (2004) *Leven aan de onderkant* Utrecht: Het Spectrum.

Dalrymple, Theodore (2006) *Drugs, de mythen en de leugens*. Amsterdam: Nieuw Amsterdam Uitgevers.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006) *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Briefadvies aan de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport* Zoetermeer: RVZ.

Tongeren P. van (1986) Kollektieve verantwoordelijkheid, *Algemeen Nederlands Tijdschrift voor Wijsbegeerte*, 78, 2, 117-134.

Thema Eigen verantwoordelijkheid voor je gezondheid

Pragmatisch met ‘verantwoordelijkheid’ en ‘gezondheid’ omgaan¹

Reflectie op een evaluatietraject

Rob Houtepen en Klasien Horstman

In het grootscheepse preventieproject Harts slag Limburg–project werden, met als spil de GGD, talloze laagdrempelige initiatieven ontwikkeld om de bevolking van Maastricht en omgeving te doordringen van de leefstijlriscico's voor hart- en vaatziekten. Aan de poli cardiologie en aan een aantal huisartsenpraktijken, vooral in armere wijken, werden gezondheidsadviseurs verbonden: verpleegkundigen die speciaal waren getraind in counseling rond vragen van leefstijl en gezondheid. Dit was uitdrukkelijk een non-directieve benadering en met name gericht op patiënten met een bewezen verhoogd risico. Wij kregen van ZonMw subsidie voor een ethische evaluatie.

Ethische Evaluatie

We hadden kunnen toetsen hoe de voorlichtingsactiviteiten en counselingsgesprekken zich verhielden tot geaccepteerde normen inzake verantwoorde gezondheidscommunicatie. We hadden de betrokken professionals kunnen vragen welke dilemma's zij ervoeren en hoe zij daar mee omgingen. Je denkt dan primair aan balanceren tussen het belang van risicocommunicatie en het respect voor autonomie, eventueel tegen de achtergrond van 'blaming the victim' en andere uitwassen van 'healthism'. Maar we hebben er van afgezien zelf te definiëren waar die ethische evaluatie over moest gaan. Volgens ons vormen de meeste varianten van het 'reflexief evenwicht' toch een keurslijf waarbinnen de betrokkenen weliswaar niet per se de ethische theorie hoeven te volgen, maar waarin zij wel geacht worden een ethische taal te spreken. Er ligt dan nog steeds te veel definitiemacht over het ethische bij de ethici. Wij wilden de betrokkenen hun eigen taal laten spreken. We hebben daarom een onderzoeker het veld in gestuurd die eerst maar eens via participerende observatie de activiteiten en de betrokkenen moest leren kennen. En die daarna pas open interviews af is gaan nemen met alle betrokkenen:

doelgroep, GGD, gezondheidsadviseurs, welzijnswerkers, artsen, onderzoekers, subsidienten, projectleiding. In de interviews was amper of niet voorgekookt wat als ethische kwestie zou gelden. Er kwamen zaken naar voren die we nooit in die mate in beeld hadden gekregen als we tevoren uitgeschreven ethische kaders als richtsnoer hadden gebruikt. Een selectie.

De spelers in het veld

De 'doelgroep' bleek desgevraagd over 'gezondheid' en 'verantwoordelijkheid' meestal heel uitgesproken opvattingen te hebben (en de nodige kennis). Maar die opvattingen waren vaak niet het motief om deel te nemen aan de wandel-, yoga- of kookclub. Dat deden ze primair voor de gezelligheid en de aanspraak, niet omdat ze zich aangesproken voelden door een appèl op hun verantwoordelijkheid voor hun gezondheid. En hun opvattingen waren ook vaak moeilijk verenigbaar met wat gezondheidsbevorderaars en andere academici onder dezelfde concepten verstaan. De doelgroep begreep vaak niet dat het alleen maar over voeding, roken en beweging ging: waarom niet over stress? Want daar hadden ze pas echt last van. En wie zegt dat je niet verant-

woord met je gezondheid omgaat als je én rookt én goed op groente en fruit let, of juist geen van beide doet? De ethische lading van gezondheidscommunicatie begint al waar de basisconcepten een eenduidigheid en homogeniteit suggereren die niet aansluit op de belevingswereld van de betrokkenen. Mogen de normen voor 'goed' en 'fout' wel zo on-dubbelzinnig worden afgeleid uit epidemiologische data?

De professionals hadden het respect voor de eigen autonomie en verantwoordelijkheid van de doelgroep torenhoog in het vaandel staan. In het algemeen waren zij bijzonder sensitief voor dreigende moralisering. Maar hun invulling van concepten als 'autonomie' en 'eigen verantwoordelijkheid' impliceerde vaak juist een morele plicht om de doelgroep met de juiste informatie te confronteren. Mensen kunnen immers alleen een verantwoorde keuze maken als ze zich bewust zijn van de mogelijke consequenties? Dus mensen mogen gerust ongezond blijven leven, als dat maar een bewuste keuze is. De non-directief ingestelde gezondheidsadviseurs oefenden dus keuzedrang uit, niet ten aanzien van de inhoud van de keuze, maar van het kiezen als zodanig.

Onze bevindingen sloten wat dat betreft ongepland mooi aan bij het werk van Annemarie Mol: (zelf) 'kiezen' is een constructie en een zeer selectieve invulling van 'omgaan met verantwoordelijkheid' (Mol, 2006). Concepten als autonomie en verantwoordelijkheid zijn vaak nog veel te veel verweven met opvattingen over handelen als de resultante van meer of minder weloverwogen beslissingen. Preventieprofessionals maken gebruik van aan de sociale psychologie ontleende gedragsmodellen. Dergelijke descriptieve modellen van determinanten van gedrag en het normatieve model van (ir)rationele keuze gaan voor de gezondheidsprofessionals doorgaans naadloos samen. Het legitimeert hen om hun werk te definiëren en vorm te geven als een serie interventies in cognities en gedrag. Wij stellen daartegenover een beeld van handelen met betrekking tot gezondheid als een permanente worsteling en zoektocht, vol paradoxen, ambivalenties, tegenstrijdigheden, aarzelingen en beperkingen. En dit geldt heus niet alleen voor de lager opgeleiden, zoals onder andere Martha Nussbaum ons al fraai liet zien (Nussbaum, 1986).

Het volgende dat ons trof was dat het tot WHO-voorbeeld uitgeroepen Hartslag Limburg-project eigenlijk net zo zeer een onderzoeksproject was als een gezondheidsbevorderingsproject: minstens vier AIO's konden op deelevaluatieprojecten promoveren, met alles daaromheen. De vanzelfsprekendheid van een Randomized Clinical Trial als wetenschappelijke evaluatiemethode, impliceerde dat de ge-

zondheidsprofessionals sterk geprotocolleerd te werk moesten gaan en aan strikte tijdschema's gebonden waren. Doelstellingen en methoden waren tevoren vastgesteld en gezondheidsadviseurs kregen bijvoorbeeld een strak afgemeten aantal sessies waarin de leefstijlverandering gestimuleerd moest worden. Dit format ging voorbij aan het feit dat een aanzienlijk deel van de doelgroep zo ambivalent was over 'leefstijlverandering', dat zij eerst nog 'preventie-minded' gemaakt moesten worden vooraleer de eigenlijke leefstijlverandering kon aanvangen. Ook gaven respondenten uit de doelgroep aan dat de mate waarin zij er voor open stonden om op hun 'gezonde gedrag' te worden aangesproken, sterk afhankelijk was van de situatie en de levensfase waarin zij verkeerden. In hun belevingswereld was de tijdsdimensie van 'iets aan je gezondheid(srisico's) doen' een heel andere dan het vaste aantal gesprekken met de gezondheidsadviseur of de twee jaar waarin AIO's hun data moeten verzamelen. De rationalistische wereld van 'interventies op determinanten van gezond gedrag' en 'effectmaten' sloot slecht aan op de leefwereld van met een al dan niet gezonde leefstijl worstelen. Overigens deed dit rationalistische vertoog ook geen recht aan de praktijk van het project (waarin van alles gaandeweg werd bijgesteld en toegevoegd), het onderzoek (eindeloze discussies over effect- en/of procescriteria) en de legitimatie daarvan naar de subsidiënten (onder andere wethouders die alleen maar tevreden burgers wilden).

Verantwoordelijkheden

Niet alleen de burgers moeten zich verantwoordwoorden voor hun leefstijl, ook de professionals moeten zich naar wetenschap en samenleving verantwoorden voor hun bemoeienis daarmee (RVZ, 2002). De bij het onderzoek betrokken professionals definiëren zelf die bemoeienis doorgaans primair als een interventie, die op effectiviteit beoordeeld moet worden. Daarnaast erkennen zij van harte dat die interventie geen manipulatie mag inhouden en ook anderszins geen loopje mag nemen met de vrijheid van burgers om eigen keuzes te maken inzake hun leefstijl. Dit resulteert in een rationalistisch model van sturing door interventies, met respect voor autonomie als randvoorwaarde en rationeel kiezen als ideologie. Maar deze definitie van legitimiteit maakt grote delen van de ervaringen en lessen van de geïnterviewde betrokkenen onzichtbaar. Zo doet het vertoog van rationaliteit en autonomie geen recht aan de ambivalenties van de doelgroep over 'gezond leven'. Of aan de vraag of hameren op de wenselijkheid van een gezonde leefstijl mogelijk afbreuk kan doen aan de arts-patiëntrelatie. Beide vragen doen een beroep op de deugdethische inslag

van professionals: het gaat er niet primair om of deze of gene interventie al dan niet effectief en/of moreel verantwoord is, maar om op basis van rolmodellen van 'goede voorlichting' en 'een goede dokter' van geval tot geval te balanceren en schipperen.

Het kader voor de uitgangspunten en methode

Onze uitgangspunten en methode willen we graag in een pragmatistisch publiek-ethisch kader plaatsen. Door de 'black box' van de praktijk van dit preventieproject te openen, hebben we geprobeerd zo veel mogelijk ethisch relevante ervaringen van betrokkenen in kaart te brengen. Deels hebben we hen ook onderling met elkaars bevindingen kunnen confronteren. Hiermee hopen wij bij te dragen aan het verruimen van het repertoire van leer-ervaringen en handelingsalternatieven ten aanzien van goede gezondheidsvoorlichting. Hopelijk stimuleert dit professionals om bij toekomstige projecten in de uitvoering en de evaluatie meer ruimte te laten voor open leerprocessen en voor de feedback van de doelgroep. Dit streven stoelt op een pragmatische opvatting van 'kennisgroei', waarin evaluatie niet wordt gezien als een toetsing aan vaste ijkpunten, maar als een bijdrage aan open leerprocessen. Daarbij dient nadrukkelijk de inbreng van alle relevante 'stakeholders' gezocht en serieus genomen te worden. Dit pragmatisme impliceert ook dat het werk van gezondheidsvoorlichting wordt gezien als een serie zo open mogelijk te evalueren maatschappelijke experimenten, in plaats van nauw afgebakende interventies met zeer specifieke doelstellingen en criteria. De normen voor verantwoordelijk handelen inzake gezondheid en voor verantwoorde gezondheidsvoorlichting moeten zelf nadrukkelijk steeds voorwerp van deliberatie blijven.

In de verhouding tussen professionals en doelgroep is volgens ons het belangrijkste dat dit in de kern een dialogische en deliberatieve relatie is, waarin beide open staan voor leerervaringen. Ethische principes spelen daarbij geen ondubbelzinnige rol: 'beneficence' kan aanleiding geven tot moralisme, 'autonomy' tot keuzedrang en 'justice' kan het doel (verkleining van sociaal-economische gezondheidsverschillen) de middelen (instrumenteel

vormgegeven interventies en evaluaties met een hoog subject-object gehalte) doen heiligen. Wij bepleiten daartegenover geen recht om met rust gelaten te worden. Maar ten eerste moeten op de leefstijl van individuen gerichte interventies nadrukkelijk zijn ingebed in een geheel dat ook vele maatschappelijke instituties op hun verantwoordelijkheid wijst: gezonde stedenbouw (fiets- en wandelpaden, groen- en sportvoorzieningen e.d.), gezonde arbeidsplekken (sport- en voedingsvoorzieningen op het werk), gezonde scholen (elke dag een uur leuke bewegingsdingen) enzovoorts. De aandacht ligt, zeker in de publiciteit, nu wel erg bij de verantwoordelijkheid van het individu. Ten tweede moeten projecten zodanig worden ingericht (doelstellingen, werkwijze, betrokkenen, evaluatie) dat het leervermogen ook daadwerkelijk wordt geoptimaliseerd. Om met de Amerikaanse econoom en politicoloog Albert Hirschman te spreken: aan de doelgroep moet naast de loyalty-optie (braaf zijn) en de exit-optie (bekijk het maar), steeds ook een reële voice-optie (moet dit wel zo?) worden gegeven.

Dr. Rob Houtepen is als universitair docent verbonden aan de sectie Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte, Universiteit Maastricht

Dr. Klasien Horstman is universitair hoofddocent bij de sectie Gezondheidsethiek en Wijsbegeerte van de Universiteit Maastricht en Socrates Hoogleraar Filosofie en Ethiek van Bio-engineering vanuit humanistisch perspectief aan de Technische Universiteit Eindhoven

Noot

1. De ethische evaluatie van het project *Hartslag Limburg* is in boekvorm gepubliceerd als: Klasien Horstman & Rob Houtepen (2005) *Worstelen met gezond leven. Ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten*. Amsterdam: Het Spinhuis.

Literatuur

Hirschman, A.O. (1970) *Exit, Voice, and Loyalty - Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Cambridge (Mass.): Harvard University Press.
Mol, A. (2006) *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam: Van Gennep.
Nussbaum, M. (1986) *The fragility of Goodness: Luck and Ethics in Greek Tragedy and Philosophy*. Cambridge & New York: Cambridge University Press.
Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002) *Gezondheid en gedrag*. Zoetermeer: RVZ.

Column

Vogelvrij

Monique Janssens

Ik ken de tekst nog uit het hoofd, maar dankzij het internet weet ik nu ook de titel: Vogelvrij. Het is een liedje over abortus uit de jaren zeventig. In die tijd kon je je niet op straat vertonen zonder een gitaar over je schouder, dus speelde ik acht akkoorden en zong ik er wat bij: Armand, Bob Dylan, Julien Clercq en Neerlands Hoop. Het liedje van de laatste verhaalt van een jonge vrouw die op weg is om abortus te laten plegen. Dat is duidelijk iets waarvoor je je moet schamen. Als haar vriendin de weg vraagt aan een politieagent is de zwangere 'bang dat hij haar doorheeft'. Het lied is één aanklacht tegen de vogelvrijverklaring van deze vrouw. Wie een abortus laat doen (toen nog illegaal) mag gestenigd worden. Het maakt niet uit wie de eerste steen gooit, we beginnen gewoon allemaal tegelijk.

(...)

Het staat op achtendertig plaatsen in de bijbel

(1)

Het is een slachthuis en 't doet ontzettend pijn

(2)

Denk aan de vrouwen die geen kinderen kunnen krijgen (3)*En je moet flink, gelovig, dankbaar zijn* (4)*Het is jouw schuld, die je nooit meer kan betalen* (5)*En je doet je ouders onnoemelijk veel verdriet* (6)*Je mag het leven van het leven niet bepalen* (7)*Dat mag niet, dat kan je niet, dat doe je niet* (8)

(...)

Ik heb de regels van dit middendeel genummerd om ze nader te kunnen bekijken. 1 is voor wie zich moreel baseert op de Bijbel een sterk argument. Achtendertig plaatsen maar liefst! Het getal lijkt vooral gekozen omdat het metrisch goed past, maar het parodieert duidelijk de manier waarop de Bijbel door sommigen in de morele strijd wordt gegooid. 2 is pure bangmakerij, een utilitaristisch welzijnsargument: dit voordeel heeft een groter nadeel. Volgens argument 3 schaad je met een abortus indirect onvruchtbare vrouwen. Door

te kiezen wrijf je hun onder de neus dat ze geen keus hebben, zoiets. Met 4 komen we bij een perfectionistisch argument. Als je maar heel flink, gelovig en dankbaar bent, dan is die abortus helemaal niet meer nodig, want in die deugden ligt het ware geluk.

Bij nummer 5 wordt het echt interessant. Het is je eigen schuld dat je zwanger bent, en schuld mag je niet op een ander (de vrucht) afwentelen, maar moet je zelf afbetalen, jaar na jaar, door een ongewenst kind op te voeden, en dan nog heb je niet genoeg betaald. Wat zal dat kind een heerlijk leven tegemoet gaan! De ouders in 6 worden gebruikt als intuitionistisch-deontologisch argument. Wie wil er nou zijn ouders verdriet doen? 7 is nog mooier: je mag het leven van het leven niet bepalen. Dat doet ons denken aan de discussie rond biotechnologie. En waarom mag dat eigenlijk niet? Mogen we dan ook geen boom rooien?

Wat ons echt moet overtuigen van het gelijk van de critici is driedubbel argument 8, vooral zoals het gescandeerd wordt door De Jonge, die dan al lang niet meer zingt: *Dat MAG niet, dat KAN je niet, dat... D.. D.. DOE JE NIET!* Inderdaad, het mocht nog niet. Dat kan je niet [doen]. (Ik hoor dan meteen de hedendaagse politici: het kan niet zo zijn dat... 'Mogen' inwisselen voor 'kunnen' is een al te doorzichtige retorische truc. Natuurlijk kán het wel zo zijn! Je vindt echter dat het niet zo zou mógen zijn. Kom daar dan voor uit!) Uiteindelijk gaat het natuurlijk hier om: dat dóé je niet. Je ziet de tegenstanders erbij stampvoeten, het ultieme teken van gebrek aan hout snijdende argumenten.

Ik ben helemaal geen groot voorstander van abortus. Eigenlijk ben ik heel ouderwets. Ik vind het schandalig dat sommige mensen de morning-afterpil gebruiken als nabehoedmiddel. Maar liever dat dan apert ongewenste kinderen op de wereld zetten. En waar je ook voor kiest: geldige argumenten graag!

Algemeen

Overheidsbeleid inzake bio-ethiek (VWS)

Sicco Kuijper

Bezoek nationale ethische commissie Zweden

De nationale ethische commissie uit Zweden was 16 en 17 november 2006 op bezoek in Nederland om zich te laten informeren over het Nederlandse euthanasiebeleid.

‘Een Zweedse man met ALS probeert zelfmoord te plegen omdat de ziekte voor hem ondraaglijk wordt. Het pistoolschot doodt hem echter niet, maar verminkt zijn gezicht volledig. Om te voorkomen dat hij een nieuwe poging onderneemt, wordt de man dag en nacht bewaakt totdat hij niet meer in staat is zich te bewegen.’

Dit is een van de casus die de nationale ethische commissie uit Zweden meebracht. Een schrikbeeld, dat niet denkbaar is binnen het Nederlandse euthanasiebeleid. Op een invitation conference, georganiseerd door het ErasmusMC, de Gezondheidsraad en het ministerie van VWS hebben diverse ethici, medici en juristen de Nederlandse praktijk voor het voetlicht gebracht.

Het belang dat Nederland hecht aan transparantie, ook – en vooral – als het gaat om levensbeëindiging bleek voor de Zweden mijlver weg.

Na het vertrek van de Zweedse commissie, werd de discussie vervolgd met een Nederlands minisymposium. Scenario's over 'de toekomst van levensbeëindiging in Nederland in 2011, 2016 en 2030' werden levendig door promotieonderzoekers becommentarieerd. De discussie over euthanasie lijkt dan ook allesbehalve afgerond.

Embryowet

Op 5 oktober 2006 is het standpunt op de evaluatie van de Embryowet naar de Tweede

Kamer gezonden. In het standpunt worden aan de hand van de aanbevelingen uit de evaluatie de voornemens voor de komende tijd kenbaar gemaakt.

De beslissing over de opheffing van het tijdelijke verbod op het tot stand brengen van embryo's voor onderzoek wordt overgelaten aan het aankomende kabinet. Het beeld ten aanzien van de wetenschappelijke en de internationale ontwikkelingen is niet eenduidig. Bovendien is de beslissing over het tijdelijke verbod een zeer gevoelige.

Op een enkel punt wordt de Embryowet aangepast. Zo zal – overeenkomstig de aanbeveling in het evaluatierapport – de toetsing door een medisch-ethische toetsingscommissie van terbeschikkingstelling van eicellen voor zwangerschap, vervangen worden door toezicht door een onafhankelijke psychosociale counselor.

Niet alle in het evaluatierapport opgenomen aanbevelingen voor wijziging van de Embryowet worden opgevolgd. Het in de Embryowet opgenomen verbod op financieel gewin bij terbeschikkingstelling van geslachtscellen en embryo's blijft onveranderd in stand. Daarnaast krijgt de door de evaluatie aanbevolen versoepeling van het verbod op geslachtsselectie geen navolging. Het standpunt stelt voorts dat het op dit moment niet nodig is wijzigingen aan te brengen in de definities in de wet, maar erkent tevens dat dit gezien de wetenschappelijke ontwikkelingen in de toekomst anders kan komen te liggen.

Drs. Sicco Kuijper is de nieuwe vaste correspondent van de NVBe-Nieuwsbrief. Hij is werkzaam bij de afdeling Ethiek van het ministerie van VWS.

Uit de Vereniging

Aankondiging NVBe-prijs 2007

Veel organisaties zijn op een of andere manier met ethiek bezig: ziekenhuizen, ethische commissies, scholen, tijdschriften. Jaarlijks ontplooiën deze organisaties initiatieven die tot doel hebben het ethisch debat te stimuleren. Om deze initiatieven te stimuleren, reikt de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek (NVBe) iedere drie jaar een prijs uit voor een vernieuwende bijdrage aan het ethisch debat in Nederland. Inzendingen kunnen een (tijdschrift-)artikel betreffen, maar bijvoorbeeld ook een film of computerprogramma, een project dat binnen een gezondheidszorginstelling is uitgevoerd of een onderwijsmodule op het gebied van bio-ethiek.

Belangrijkste criterium voor de onafhankelijke jury (bestaande uit dr. Jeanette Pols, dr. Els Maeckelberghe en dr. Wibo Dondorp) is de mate waarin de inzending bijdraagt aan het stimuleren van het ethisch debat in relevante sectoren van wetenschap en samenleving.

Daarnaast let de jury op actualiteit, originaliteit en aantrekkelijkheid van de methode. De prijs ter grootte van € 1500 wordt uitgereikt op de jaarvergadering van de NVBe op 8 november 2007.

Dus heeft u een spraakmakend artikel gezien of geschreven, een vernieuwende onderzoeksmethode of een prikkelend project in een zorginstelling ontwikkeld: meld het bij de jury. U kunt natuurlijk ook kandidaten op het bestaan van de NVBe-prijs wijzen.

Inzendingen kunnen tot 1 juli 2007 worden gericht aan:

Jury NVBe-prijs
Disciplinegroep Gezondheidswetenschappen/Metamedica
Rijksuniversiteit Groningen
A. Deusinglaan 1
9713 AV Groningen
nvbe@med.umcg.nl

Uit de Vereniging

Verslag jaarvergadering NVBe, 2 november 2006

Dieren in context

Monique Janssens en Frans Stafleu

Hoe gaan we om met verschillende diergroepen, en hoe zouden we met ze om moeten gaan? Het waren vragen die gekauwd en herkauwd werden tijdens de enerverende jaarvergadering. De sprekers en de toehoorders leerden veel van elkaar, en gingen allen wijzer naar huis, nadat hoofdspreker Sjaak Swart het vuur nauw aan de schenen was gelegd.

De middag werd geopend door dr. Sjaak Swart, die met de zaal naging waarom dieren tot de morele kring van de mens zouden kunnen behoren, en welke implicaties dat zou hebben. Omdat de utilistische en de deontologische dierethiek, met noties als intrinsieke en inherente waarde, hun beperkingen hebben en tot allerlei uitzonderingen en aanpassingen leiden, pleit hij voor een aanvullende benadering die uitgaat van de relatie tussen mens en dier. Hoe dichter mens en dier relationeel bij elkaar staan, hoe meer de mens de neiging heeft tot specifieke zorg voor het individuele dier. Hij noemt dit de contextuele waarde. De waarde die we aan het dier toekennen kunnen we dus niet alleen vaststellen op basis van de eigenschappen van het dier. We moeten kijken in welke context het dier functioneert: als huisdier, als wild dier, als proefdier, enzovoort.

Swart probeert de problemen rond de verschillende interpretaties van termen als intrinsieke waarde, inherente waarde en integriteit te omzeilen, en maakt gebruik van de termen objectwaarde en subjectwaarde. De objectwaarde is de nutswaarde. Met subjectwaarde drukt hij uit dat er een subject is dat los van de nutswaarde een bepaalde waarde toekent aan het dier. Of die waarde intrinsiek of inherent is, of te maken heeft met integriteit is dan niet meer relevant.

Prof. dr. Hub Zwart reageerde kort door te kijken naar de manier waarop de dierethiek in de samenleving vorm zou moeten krijgen. De ethiek ging lang over hoe individuen moeten handelen. Dit blijft van belang, maar er rijzen steeds meer vragen over hoe je dat handelen integreert in een omgeving van instituties. De

vraag die het individu zich daarbij kan stellen is hoe hij zich moet verhouden tot die instituties om het goede vorm te geven in de maatschappij.

Prof. dr. Tjard de Cock Buning gaf aan dat men zich bij een goede beschrijving van hoe de mens in allerlei situaties met dieren omgaat nog altijd moet afvragen of die beschrijving het goede beschrijft. Kant, Singer en Regan vinden van niet. De vraag naar de morele implicaties van Swarts aanpak blijft onbeantwoord. De functie van de ethiek is reflectie op casussen, contexten en handelingen. Welke functie speelt de context in een casus? En wat is het belang van een term als intrinsieke waarde voor het bespreken van een casus? Burgerpanels blijken zich er niet van te bedienen en elkaar desondanks goed te verstaan.

De reactie van dr. Frans Stafleu kwam recht uit de door Swart genoemde instituties. Hij benaderde de kwestie van de andere kant: wat heb

ik in het veld aan de aanpak van Swart? Is er behoefte aan zijn 'herindeling'? Als docent dierethiek heeft hij niet de indruk dat de deze iets toevoegt. Als ethisch adviseur van een koeienfokker merkt hij dat de discussie interessant wordt als instrumentalisering van dieren op de loer ligt. Ook daar kan hij niet echt uit de voeten met Swart. Als lid van drie Dierexperimenten Commissies botst hij op het probleem dat het altijd om afwegingen gaat. Herijking van de begrippen intrinsieke en inherente waarde helpen daarbij niet. Hij sluit zich aan bij De Cock Buning met de vraag: hoe bereik je met herdefiniëring van waarden het goede?

Ondanks het feit dat de reacties binnen enkele dagen geformuleerd hadden moeten worden bleek er voldoende stof voor een veelzijdige verkenning van de rol van de ethiek in de manier waarop we ons verhouden tot dieren, met name waar het gaat om dierproeven.

Boekbespreking

Wim Dekkers, Cor Hoffer en Jean-Pierre Wils, *Besnijdenis, lichamelijke integriteit en multiculturalisme; een empirische en normatief-ethische studie*. Budel: Uitgeverij Damon. ISBN 90 5573 720 8

Wim Dekkers, Cor Hoffer en Jean-Pierre Wils verrichtten exploratief onderzoek naar besnijdenis bij jongens en meisjes in Nederland. Ze bekeken besnijdenis in het licht van lichamelijke integriteit en multiculturalisme. De neerslag van het onderzoek is vastgelegd in een zeer toegankelijk en informatief boek.

Als doelstellingen van hun onderzoek noemen de schrijvers:

1. Inzicht verkrijgen in de functie en problematiek van de notie van lichamelijke integriteit, getoetst aan de intercultureel conflictueuze casus van besnijdenis.
2. De spanningsverhouding schetsen tussen een liberale, multiculturele ethiek van tolerantie enerzijds en een ethiek van elementaire rechten anderzijds.

Het zijn ambitieuze doelen, waarin de schrijvers tot op zekere hoogte slagen met hun boek, dat bestaat uit drie delen. In het eerste deel komen vooral aanleiding en achtergrond van het onderzoek aan de orde. Het tweede geeft de resultaten weer van het empirische onderzoek. Daarna volgt in het derde deel een normatief-ethische exploratie in relatie tot de empirische uitkomsten.

Besnijdenis is een ingreep waardoor een deel van de uitwendige geslachtsorganen wordt verwijderd. Bij jongens is dat de voorhuid. Bij meisjes varieert de ingreep van een symbolisch sneetje vlakbij de clitoris tot het verwijderen van clitoris en schaamlippen en het deels sluiten van de vagina. Jaarlijks worden wereldwijd dertien miljoen jongens en twee miljoen meisjes besneden. In het boek worden vier typen motieven genoemd voor besnijdenis: medisch-therapeutische, medisch-preventieve/hygiënische (vooral in de Verenigde Staten), religieuze (vooral binnen jodendom en islam) en culturele (vooral bij meisjes). Deze vier motieven komen vermengd en met allerlei verschillende specificaties voor, zo blijkt uit de talloze gesprekken met betrokkenen. Ondanks de verscheidenheid aan motieven zijn er sterke overeenkomsten. Bijna iedereen refereert aan iets als 'reinheid'. Ook het sociale argument dat je er in onbesneden staat niet bij hoort, speelt vrijwel altijd een rol.

Herkomst

Wat herkomst betreft zijn er grote verschillen tussen besnijdenis van jongens enerzijds en meisjes anderzijds. Meisjesbesnijdenis is een sociaal-cultureel gebruik dat een stuk ouder is

dan het christendom en de islam, en veel nauwer dan jongensbesnijdenis is verbonden met overtuigingen over de betekenis van seksualiteit, de rol van de vrouw, macht, afhankelijkheid en autonomie. Jongens worden vooral besneden uit religieus oogpunt. Het boek geeft talloze citaten uit Bijbel en Thora die duidelijk maken hoe het komt dat het jodendom wél en het christendom géén besnijdenis voorschrijft. In het kort: de apostel Paulus liet het voorschrift tot lichamelijke besnijdenis vallen om meer zielen te winnen. 'De werkelijke besnijdenis is er een van het hart.' In de Koran wordt met geen woord gerept over besnijdenis, maar wel in de diverse Hadith, opgetekende verhalen over uitspraken of handelingen van de profeet Mohammed. Wat wel in de Koran staat is dat gelovigen het ware geloof van Abraham moeten navolgen, en Abraham was besneden ten teken van verbondenheid met God.

Lichamelijke integriteit ambigu

In Nederland is besnijdenis omstreden doordat de grondwettelijke principes van vrijheid van godsdienst en de onaantastbaarheid van het lichaam botsen. Bij jongensbesnijdenis is de balans doorgeslagen naar de vrijheid van godsdienst. Meisjesbesnijdenis is verboden, maar is van oorsprong ook niet gerelateerd aan godsdienst, en is bovendien in de meeste vormen een ernstiger ingreep dan jongensbesnijdenis.

De onderzoekers hebben gekozen voor een pragmatisch-hermeneutische aanpak: 'In plaats van op de tijd- en contextloze kennis ligt het accent op theoretische inzichten die zijn gevormd door praktische en tijd- en contextgebonden ervaringen.' Ofwel: de handlungspraktijk 'doet ertoe'. Dit is een lovenswaardige aanpak, die een schat aan informatie oplevert over bestaande gedachtegangen rond besnijdenis. Anderzijds is er het gevaar kritiekloos aan te sluiten bij de status quo. De schrijvers geven openlijk toe (en dat is te waarderen!) dat ze zich als onderzoekers hebben laten beïnvloeden door de omgeving waarin ze werkten. Door ervaringen als het zien van een kunstwerk (een afbeelding van een besneden Noord-Amerikaanse vader en zoon) is het voor de onderzoekers 'niet meer vanzelfsprekend om, wanneer het gaat om religieuze besnijdenis, te spreken in termen van een aantasting van de lichamelijke integriteit'. De notie lichamelijke integriteit blijkt

ambigu, is de conclusie. Je zou denken dat besnijdenis de lichamelijke integriteit aantast, maar geen van de ondervraagde mannen ervaart dat zo. Velen voelen zich juist volmaakter. 'De betekenis van 'lichamelijke integriteit' is dus afhankelijk van de religieuze en culturele context.' Is dat werkelijk zo? Kunnen we dan zomaar voorbij gaan aan het psychologisch effect van positief herdefiniëren als je met een voldongen feit zit, een besnijdenis die al heeft plaatsgevonden voor je er zinvol over na hebt kunnen denken? Is lichamelijke integriteit werkelijk gelijk aan wat de persoon verbonden aan het lichaam ervaart als lichamelijke integriteit? Dat is nog maar de vraag.

Drogredenen

Op meer plaatsen kun je je afvragen of de onderzoekers zich niet te veel hebben laten meeslepen door de argumenten die ze horen. Je staat versteld van de drogredenen die mensen te berde brengen om goed te praten wat ze nu eenmaal vanzelfsprekend vinden. Jongensbesnijdenis kan homoseksualiteit, transsexualiteit en impotentie voorkomen! Je kunt het vergelijken met het knippen van je nagels, of je snor! Het is hygiënischer! Als lezer mis je daarbij de feiten. Wat is er momenteel bekend over pijnbeleving bij baby's? In hoeverre geldt het hygiëneargument nog in een cultuur van dagelijks douchen? Hoe vaak komen complicaties voor bij besnijdenis van jongens of meisjes? Wat zijn de psychische gevolgen? Wat is er bekend over het nut van voorhuid en schaamlippen? Hoe staat het met het onderzoek naar preventie van aids door besnijdenis? Het zijn vragen die je in dit boek graag beantwoord zou zien, maar de antwoorden zijn afwezig of summier.

Gebrek aan feiten

Systematisch onderzoek naar de psychische gevolgen van jongensbesnijdenis lijkt te ontbreken. Geen van de mannelijke respondenten uit het onderzoek ervaart zijn besnijdenis als een aantasting van zijn lichamelijke integriteit, maar bij het Circumcision Research Centre melden mannen gevoelens van boosheid, verlies en jaloezie op mannen met een voorhuid. Besneden mannen zouden iets minder kans lopen op seksuele disfunctie op latere leeftijd, maar onderzoeksresultaten spreken elkaar tegen. Al met al is de feitenoogst ronduit mager te noemen. Volgens de onderzoekers is er over jongensbesnijdenis veel literatuur, maar vrijwel geen betrouwbaar epidemiologisch onderzoek. Voorzover er al informatie is die betrouwbaar genoeg lijkt, komen daar geen heel duidelijke conclusies uit voort, al denken de onderzoekers aan te kunnen nemen dat een mogelijk minimaal medisch voordeel niet opweegt tegen de medische nadelen.

Opmerkelijk is dat de schrijvers aanhalen dat ouders goed geïnformeerd en in vrijheid moeten kunnen beslissen over de religieuze besnijdenis van hun kinderen, zonder daarbij de vraag te stellen of ouders een dergelijke beslissing wel voor hun kinderen mógen nemen. In hun conclusies echter nemen ze stelling tegen niet-religieus gemotiveerde jongensbesnijdenis. Wat betreft meisjesbesnijdenis zijn ze nog duidelijker: dit is een ernstige inbreuk op het vermogen genot, lust en geluk te ervaren (met verwijzing naar de *capabilities approach* van Nussbaum en Sen) en een fundamentele kwetsing van de integriteit van het lichaam, en moet daarom radicaal worden verboden. Daar helpt geen multiculturalistisch lievemoeieren aan.

Meer vragen

Als is er geen reden om aan het verlies seksuele beleving bij besneden vrouwen te twijfelen, we vinden hierover weinig concrete informatie in het boek. De reden die de onderzoekers daarvoor aanvoeren is het taboe op praten over seksualiteit binnen juist die culturen die besnijdenis toepassen. Toch werd een klein aantal vrouwen bereid gevonden er openhartig over te praten met een vrouwelijke onderzoeker die het drietal assisteerde. Eén vrouw zegt: "Het voelt ook niet prettig, niet bij de bevalling, bij seksuele gemeenschap". Een andere vrouw vertelt dat haar man haar niet kon penetreren. Zij moest zich in Soedan 'open laten maken'. Daarna, vertelt ze, duurde het tot na haar eerste bevalling voor ze plezier beleefde aan seksuele gemeenschap. Met deze summiere verklaringen moeten we het doen.

Voor wie geïnteresseerd is in de motieven achter besnijdenis is dit boek een aanrader. Het biedt een schat aan informatie. Echter, zoals het altijd gaat met kennis: hoe meer je weet, hoe sterker je beseft wat je allemaal níét weet. Wat blijft hangen is ongeloof over het ontbreken van kennis over de gevolgen van besnijdenis, ervan uitgaande dat de onderzoekers goed hebben gezocht. Ook blijft het ongemakkelijke gevoel dat het hele besnijdenisritueel, van jongens én meisjes, gebaseerd is op onwetendheid en legendevorming. Deze bespreking kan dan ook alleen maar eindigen met nieuwe vragen. Hoe komen we aan meer feitenkennis over besnijdenis en de gevolgen daarvan? Wat betekent die feitenkennis vervolgens voor onze morele houding ten opzichte van besnijdenis? Hoe zorgen we dat die morele houding omgezet wordt in gedrag? Wie gaat eraan staan?

Monique Janssens

Lid worden?

Iedereen die op een of andere manier (op academisch niveau) betrokken is bij de 'levenswetenschappen' en de ethische reflectie daarop kan lid worden van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek.

Neem contact op met het secretariaat: Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek mw. Marijke van der Veen (bereikbaar op maandagochtend, woensdagochtend en vrijdag)

p/a Rijksuniversiteit Groningen
 GWZ – Metamedica
 Postbus 196
 9700 AD Groningen
 Tel: 050 3637818
 E-mail: nvbe@med.umcg.nl.

De NVBe streeft naar stimulering van de *bio-ethiek* (humane, dier- en natuurethiek) in relevante sectoren *contacten* tussen vertegenwoordigers uit verschillende vakgebieden, instellingen en organisaties die betrokken zijn bij bio-ethische kwesties (2), erkenning van de waarden van een *open discussie* over bio-ethische problemen in wetenschap en samenleving (3) en presentatie van de discussie in de bio-ethiek in Nederland (4).

De Nieuwsbrief van de vereniging draagt bij aan deze doelen door publicatie van bio-ethisch nieuws (van binnen en buiten de vereniging) en bondige voor een breed publiek toegankelijke interdisciplinaire bijdragen over bio-ethische kwesties, ter informatie én discussie.

De Nieuwsbrief verschijnt vier keer per jaar en wordt gratis toegezonden aan leden van de NVBe.

REDACTIEADRES

Secretariaat NVBe (mw. M. van der Veen)
 t.a.v. Nieuwsbrief-redactie
 Postbus 196
 9700 AD Groningen
 e-mail: nvbe@med.umcg.nl

REDACTIE

Carla Bal, Monique Janssens, Heleen van Luijn, Dick Meerman, Maartje Schermer, Lieke van der Scheer, Frans Stafleu, Joke de Witte (layout).

INSTRUCTIE VOOR BIJDAGEN

Bijdragen in overeenstemming met de doelstelling van de Nieuwsbrief zijn van harte welkom. Voor suggesties en vragen kunt u zich wenden tot de redactie via het e-mailadres. Artikelen bij voorkeur rond de 1000 woorden, boekbesprekingen en verslagen van congressen, conferenties, etc. maximaal 500 woorden.

Bij voorkeur geen voetnoten en geen uitgebreide literatuurverwijzingen. Bijdragen kunt u per e-mail of diskette sturen naar het redactie-adres.

De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren of in te korten.

BESTUUR NVBE

Dr. H. van de Belt, drs. M. de Bree, , drs. M. van den Hoven (penningmeester), dr. L. van der Scheer, dr. S. van de Vathorst, mr.dr. J.M.D. de Waardt, drs. M. Westerman, dr. C. Widdershoven-Heerding (secretaris), prof.dr. D. Willems (voorzitter).

www.nvbe.nl

Het volgende nummer van deze Nieuwsbrief verschijnt in maart 2007
 Het thema van dit nummer is:

'De prijs van een levensjaar'

De deadline voor het inleveren van bijdragen is:

24 februari 2007

