

Podium voor Bio-ethiek

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

Nationaal Preventieakkoord: de betutteling voorbij? De fabricatie van gezonde leefstijlen
Hugo van Dijk

'Overdaad schaadt'. De risico's van het Preventieakkoord.
Klasien Horstman

Stigmatisering: sociaal onrecht of politiek incorrecte preventiestrategie?
Beatrijs Haverkamp

Een verschuivend perspectief op gezondheid. Het belang van kansen en een multi-dimensionele gezondheidsbenadering.
Hinke Haisma

Vitaal en bevlogen werknemers? Een pleidooi voor etnografisch-participatief onderzoek.
Klasien Horstman en Agnes Meershoek

Vroege preventie van dementie: ethische aspecten
Dorothee Horstkötter, Anke Snoek, Kay Deckers en Sebastiaan Köhler

Als dit niet, wat dan wel? Gerechtvaardigd paternalisme en het Nationaal Preventieakkoord over roken.
Thomas Nys en Henri Wijsbek

De morele betekenis van het Nationaal Preventie Akkoord
Marcel Verweij

Evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden: een nieuw startpunt voor gezondheidsbeleid?
Karien Stronks en Marcel Verweij

Colofon

De NVBe streeft naar (1) stimulering van de bio-ethiek (humane, dier- en natuurethiek) in relevante sectoren, (2) contacten tussen vertegenwoordigers uit verschillende vakgebieden, instellingen en organisaties die betrokken zijn bij bio-ethische kwesties, (3) erkenning van de waarden van een open discussie over bio-ethische problemen in wetenschap en samenleving, (4) presentatie van discussies in de bio-ethiek in Nederland.

Het Podium voor Bio-ethiek (voorheen 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.

Het Podium voor Bio-ethiek verschijnt vier keer per jaar en wordt toegezonden aan leden van de NVBe. Het Podium voor Bio-ethiek, mededelingen uit de Vereniging en bio-ethische informatie verschijnen ook op www.nvbe.nl.

Redactieadres

Secretariaat NVBe
info@NVBe.nl, t.a.v. Podium-redactie.

Redactie

drs. Marieke Bak, drs. Leo van den Brom,
dr. Rosanne Edelenbosch, dr. Beatrijs Haverkamp,
dr. Sanne van der Hout, drs. Mike Lensink,
dr. Hanneke van der Meide, dr. Lieke van der Scheer,
dr. Dirk Stermerding en dr. Sjaak Swart.

Website

dr. Anke Oerlemans en dr. Nikkie Aarts.

Opmaak

drs. Ger Palmboom.

Instructie voor bijdragen

Bijdragen in overeenstemming met de doelstelling van Het Podium voor Bio-ethiek zijn van harte welkom. Voor suggesties en vragen kunt u zich wenden tot de redactie via het e-mailadres. Artikelen bij voorkeur rond de 1500 woorden, boekbesprekingen en verslagen van congressen, conferenties, etc. maximaal 500 woorden.

Bij voorkeur geen uitgebreide literatuurverwijzingen. Bijdragen kunt u per e-mail sturen naar het redactieadres.

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

Bestuur NVBe

dr. Nikkie Aarts, dr. Katja ten Cate, drs. Maaïke Haan,
drs. Joost van Hertem (penningmeester),
dr. André Krom (voorzitter), dr. Lieke van der Scheer en
dr. Guus Timmerman (secretaris).

WWW.NVBe.NL

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 (NVBe). Op de website www.nvbe.nl (doorklikken naar 'Lidmaatschap') vindt u een formulier waarmee u zich kunt aanmelden als lid. De ledenadministratie is te bereiken via ledenadministratie@nvbe.nl

Neem contact op met het secretariaat:

info@nvbe.nl

Inhoudsopgave

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

- 2 Inleiding**
Beatrijs Haverkamp en Lieke van der Scheer
- 5 Nationaal Preventieakkoord: de betutteling voorbij?** De fabricatie van gezonde leefstijlen
Hugo van Dijk
- 8 ‘Overdaad schaadt’. De risico’s van het Preventieakkoord.**
Klasien Horstman
- 11 Stigmatisering: sociaal onrecht of politiek incorrecte preventiestrategie?**
Beatrijs Haverkamp
- 14 Een verschuivend perspectief op gezondheid.** Het belang van kansen en een multi-dimensionele gezondheidsbenadering.
Hinke Haisma
- 17 Vitaal en bevlogen werknemers?** Een pleidooi voor etnografisch-participatief onderzoek.
Klasien Horstman en Agnes Meershoek
- 21 Vroege preventie van dementie: ethische aspecten**
Dorothee Horstkötter, Anke Snoek, Kay Deckers en Sebastiaan Köhler
- 24 Als dit niet, wat dan wel?** Gerechtvaardigd paternalisme en het Nationaal Preventieakkoord over roken.
Thomas Nys en Henri Wijsbek
- 26 De morele betekenis van het Nationaal Preventie Akkoord**
Marcel Verweij
- 29 Evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden: een nieuw startpunt voor gezondheidsbeleid?**
Karien Stronks en Marcel Verweij
- 32 Boekbespreking. Albert Faber. De gemaakte planeet. Leven in het antropoceen.**
Sjaak Swart
- 33 Bericht van het CEG**
Ingrid Geesink

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

Redactioneel

In november 2018 lanceerde het kabinet het Nationaal Preventieakkoord – Een gezonder Nederland (voortaan: Preventieakkoord of akkoord). Dit akkoord stelt een waslijst aan maatregelen voor op het gebied van roken, overgewicht, en problematisch alcoholgebruik. De ambitie is dat in 2040:

“[K]inderen en jongeren [...] veel meer [zullen] bewegen in een gezonde omgeving: thuis, op de kinderopvang, op school en bij de sportvereniging, waar ze natuurlijk allemaal met de fiets naar toe gaan. En voor volwassenen gaat het ook om: minder overgewicht, obesitas en diabetes. Merkbaar gezondere mensen die overtuigend gezondere keuzes maken in een gezonde omgeving en dagelijks lopen, fietsen en sporten: de beweging naar een gezonder Nederland. [...]”

Zo zullen in 2040 kinderen de geur van tabaksrook niet meer kennen. [...]

En zo zullen jongeren onder de 18 jaar het normaal vinden dat ze geen alcohol drinken. Zelf weten volwassenen veel beter dan nu dat je van een drankje op z'n tijd kunt genieten, maar dat alcohol ook grote risico's met zich mee kan brengen. En dat er vele lekkere alternatieven zijn. 0.0% alcohol op de borrel, na het sporten en op feesten? Niemand die er nog van opkijkt.” (p. 3)

De publieke discussie over het akkoord ging over wie er wel en niet aan tafel zat bij het opstellen, over de vraag of er voldoende aandacht is voor sociale verschillen, de vraag of de voorgestelde maatregelen wel ver genoeg gaan, of niet juist té ver. We lijken doordrongen van het belang van gezond leven, van het idee dat voorkomen beter is dan genezen, én van het besef dat we als 'autonome' individuen wel wat ondersteuning van onze sociale en fysieke omgeving kunnen gebruiken om risico's te verkleinen. Hoewel de discussie over be-tutteling versus preventie tot een achterhoedegevecht lijkt te zijn geworden, blijft er bij veel mensen toch iets knagen bij het lezen van het in het akkoord geschetste ideale, perfecte, rimpelloze toekomstscenario. Maar wat kan daar nou op tegen zijn?

Verzet tegen dit toekomstscenario is misschien onredelijk in zoverre een betere gezondheid toch voor iedereen van belang of waardevol is. Maar als redactie vroegen we ons af wat er gebeurt als we het Preventieakkoord zouden analyseren met behulp van het idee van biopolitiek van Michel Foucault (1926-1984).

Foucault (e.g. 1976, 1984) verwees met de – inwisselbare – termen 'biopolitiek' en 'biomacht' naar een vorm van maatschappelijke macht die de traditionele staatsmacht – de onderdrukkende macht over onderdanen – verving. 'Biomacht' bestaat uit een verscheidenheid van strategieën om de levens van burgers te 'managen'. Deze macht is niet in handen van een staatshoofd of regering die overheerst, ze wordt niet uitgeoefend door iets of iemand en heeft geen vaste vorm. Macht is een – onpersoonlijk, niet-individueel, automatisch, overal werkend systeem van krachtsverhoudingen – die mensen vormt “tot redelijke en normale mensen, die denken dat zij een uniek individu met een vrije wil zijn.” (Karskens, 2012 p. 87). Foucault heeft daarnaast ook laten zien dat dit zelfdenkend, vrij handelend individu dat voor zijn daden verantwoordelijk is, het resultaat is van het panopticisme: een maatschappij gekenmerkt door mechanismen van (zelf)disciplineren, zoals (zelf)toezicht, (zelf)controle en (zelf)vormgeving.

Er zijn in het denken van Foucault verschillende periodes te onderscheiden (zie daarvoor bijvoorbeeld Karskens, 1987), maar het begrip van de splitsing bleef voor hem steeds relevant om te begrijpen hoe het managen van levens in zijn werk gaat. Hij laat zo het mechanisme van de macht van de norm zien met behulp van de splitsing tussen rede en waanzin, gezond en pathologisch, normaal en abnormaal. Het managen van levens gebeurt door het voorschrijven van de norm: de ene term geeft aan hoe het individu moet en wil zijn, de andere term laat zien wat niet de bedoeling is. Statistiek is een krachtig instrument in deze disciplineren door tabellen en normaalwaarden te produceren aan de hand waarvan mensen vervolgens worden ingeschaald en ook zichzelf inschalen. Dat gebeurt al vanaf de geboorte. Normaal of afwijkend geboortegewicht? Volgt het kind de groeicurve? Loopt en praat het op tijd? En later in het leven wordt voor velen de BMI een leidend fenomeen. Met behulp van normaalwaarden worden normaliteit en abnor-

maliteit geproduceerd. Van deze tegenstelling gaat een machtswerking uit doordat abnormaliteit gediskwalificeerd wordt, bijvoorbeeld als onredelijk of vals, waarmee het tot zwijgen wordt gebracht. Hierdoor disciplineren individuele burgers hun eigen leven en gezondheid en reproduceren daarmee normen die deze zelf-disciplineren versterken. Het Preventieakkoord met al haar aandacht voor gezond gedrag lijkt dit goed te illustreren. De vraag is echter: is dit erg?

Masterstudent filosofie *Hugo van Dijk* neemt deze handschoen op. Hij laat in zijn bijdrage zien dat Foucaults werk een interessant perspectief biedt op het Preventieakkoord vanwege het inzicht dat kennis en macht onlosmakelijk verbonden zijn. In de tijd bezien, toont het akkoord dat door toenemende kennis over de effecten van ons gedrag op onze gezondheid, we steeds meer 'heer en meester' over onze eigen gezondheid worden. Waar Foucaults werk weinig tot geen basis biedt voor een ethisch oordeel over deze ontwikkeling, laat Van Dijk zien hoe dit een nieuwe normaliteit creëert ten aanzien van gezond gedrag en probeert hij te vatten wat hier moreel schuurt.

Hoogleraar filosofie *Klasien Horstman* breekt gevestigde waarheden of mechanismes in het Preventieakkoord open. Ze richt haar pijlen op de normering door een contextloze uitvergroting van epidemiologische risico's in het Preventieakkoord, op de illusie van individualistische gezonde 'keuzes' en ten slotte op de versterking van de splitsing tussen gezonde en ongezonde klassen. Zij pleit voor een Preventieakkoord dat instituties aanspreekt op hun rol in de vormgeving van een gezonde maatschappij.

Postdoc onderzoeker in de filosofie (en themaredeacteur) *Beatrijs Haverkamp* gaat verder in op het door Horstman opgemerkte risico voor stigmatisering van ongezond gedrag en leefstijlziekten. Ze bespreekt het idee dat stigmatisering van bijvoorbeeld roken gerechtvaardigd zou zijn als het leidt tot ander gedrag en een vermindering van ziekten en laat zien waarom de veronderstellingen in deze suggestie simplistisch en onrechtvaardig zijn. Voor het Preventieakkoord betekent dit dat het zaak is bij de uitvoering van maatregelen aandacht te hebben voor wat er wordt gecommuniceerd en voor het effect dat dit heeft op mensen.

Ook over de betekenis van gezondheid bestaat discussie. In het Preventieakkoord wordt gezondheid

sterk biomedisch geïnterpreteerd. Er zijn echter aanwijzingen dat verschillende groepen verschillende gezondheidsbegrippen hanteren en belangrijk vinden (d'Houtaud & Field 1984; Stronks et al. 2018; ook Horstman wijst hier op in haar bijdrage). Om te voorkomen dat het Preventieakkoord uitsluitend preekt voor de 'eigen parochie' van de opstellers en gericht is op het veranderen van gedrag van 'anderen', lijkt het van belang aansluiting te zoeken bij de gezondheidsbegrippen van die 'anderen'.

Zo staat hoogleraar volks- en kindergezondheid *Hinke Haisma* stil bij hoe het Preventieakkoord uitpakt voor kansarmere groepen in onze samenleving. Mede op basis van een 'bottom-up' project voor gezondheidsverbetering in Limburg, concludeert ze dat de biomedische, uitkomstgerichte benadering van gezondheid uit o.a. het Preventieakkoord niet aansluit bij wat deze groepen nodig hebben en belangrijk vinden. Een capabilities-benadering van gezondheid waarin kansen en mogelijkheden centraal staan, biedt volgens Haisma betere aanknopingspunten voor volksgezondheidsbeleid.

Ook *Klasien Horstman* en universitair hoofddocent gezondheidswetenschappen *Agnes Meershoek* denken na over mensen bij wie gezondheidsprogramma's niet aanslaan omdat het huidige gezondheidsvertoog niet past bij hun ervaringen. Motivatie-technieken en verbeterde communicatie voldoen dan niet. De auteurs pleiten voor etnografisch-participatief onderzoek om verschillende definities van de situatie in beeld te brengen. Ze deden zo'n onderzoek zelf bij praktisch opgeleide werknemers in ploegendiensten en bij een Sociaal Werkgelegenheidsbedrijf om te achterhalen wat voor hen 'gezond leven' is. De dialoog zou de interventie moeten vervangen opdat gezondheidsbevorderaars niet hun definitie als vanzelfsprekend beschouwen en aan anderen opleggen.

Op basis van wetenschappelijk onderzoek werden 9 veelvoorkomende risicofactoren voor het later optreden van dementie geïdentificeerd. Het Alzheimer Centrum Limburg ontwikkelde een publiekscampagne met onder andere een e-health platform voor burgers om hun eigen risico's op dementie te verkleinen. Ethici *Dorothee Horstkötter* en *Anke Snoek* en onderzoekers in de psychiatrie en neuropsychologie *Kay Deckers* en *Sebastian Köhler* bereiden zich

voor op een ethisch onderzoek van deze preventie-campagne. Zij stellen de vraag wat maatregelen gedurende het hele leven om eventuele dementie op latere leeftijd te voorkomen, voor mensen betekenen.

Afgezien van de bestendige macht van gezondheidsnormen, kan de vraag gesteld worden of de aandacht in het akkoord voor omgevingsfactoren niet juist een afzwakking is van Foucaults biomacht. Het akkoord kan immers ook worden gelezen als een poging om de verantwoordelijkheid voor gezondheid niet langer (in goed liberaal gebruik) enkel bij het autonome individu neer te leggen. Met name de invloed van scholen, sportclubs, werkplekken, maar ook de invloed van marketing wordt in het akkoord uitdrukkelijk erkend. Bijzonder aan dit akkoord is bovendien dat het een resultaat is van een gezamenlijke onderneming: overheden, ngo's, verzekeraars, koepelorganisaties van scholen, bedrijfsleven en sportclubs maakten onderling afspraken over hoe zij in de komende jaren werken aan een gezonder leven voor iedereen.

Wie zich toch afvraagt in hoeverre de maatregelen uit het Preventieakkoord botsen met onze autonomie kan te rade gaan bij de bijdrage van ethici *Thomas Nys* en *Henri Wijsbek*. Zij beargumenteren dat de paternalistische maatregelen tegen de sigaretten rokende mens óók voor de liberaal gerechtvaardigd is omdat roken geen autonome keuze is en omdat het risico op de te verwachten gezondheidsschade zo groot is. In dit licht is de vraag eerder of de voorgestelde maatregelen niet te slap zijn.

Hoogleraar filosofie *Marcel Verweij* stelt de vraag wat de morele redenen zouden kunnen zijn die de verschillende actoren hebben om de door hen onderschreven afspraken in het akkoord na te komen. De vraag die Socrates aan Euthyphro voorlegde – zijn goede daden, daden die de goden behagen, of behagen die daden de goden omdat ze goed zijn? – gaat ook op voor het Preventieakkoord. Verweij's antwoord is helder: maatregelen moeten niet genomen omdat ze in het akkoord staan, ze staan in het akkoord omdat ze goed zijn. Verantwoordelijkheid blijkt bovendien geen nulsomspel: als de één zijn verantwoordelijkheid neemt, maakt dat die van de ander niet kleiner.

Samen met hoogleraar Volksgezondheid *Karien Stronks* sluit *Verweij* dit themanummer af met een advies aan politici en beleidsmakers. In navolging

van Amartya Sens notie van 'evidente onrechtvaardigheden', pleiten de auteurs voor een focus op evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden. Het Preventieakkoord mag dan breed gedragen zijn, het biedt geen antwoord op de politieke dissensus over beleid ter verkleining van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De hoop is dat een focus op evidente onrechtvaardigheden deze verdeeldheid weet te overstijgen.

We stelden de vraag of een Foucauldianse analyse van het Preventieakkoord licht zou kunnen werpen op het gevoel van onbehagen dat het akkoord desondanks bij sommigen oproept. Wat kan er mis zijn met pogingen om vermijdbare gezondheidsproblemen te verkleinen? Het machtsbegrip van Foucault helpt te begrijpen hoe normaliteit en abnormaliteit gecreëerd worden. 'Gezondheid' blijkt geen neutraal begrip en ook niet 'onschuldig' te zijn, zo laten verschillende bijdragen zien. Mensen die 'abnormaal' zijn, kunnen daar last van hebben: gezondheidsnormen kunnen als dwangbuis werken voor het individu en stigmatisering van groepen in de hand werken.

Hoewel Foucaults instrumentarium niet per se nodig is om te zien dat in relatie tot het Preventieakkoord meer aandacht voor de minderdraagkrachtige groepen op zijn plek is, helpt ook hier het inzicht van de macht van de norm: juist deze groepen hebben doorgaans weinig in te brengen over die norm, waardoor interventies die op hen gericht zijn een onderdrukkend karakter kunnen krijgen. We hopen dat dit themanummer bijdraagt aan een breder besef van de sociale constructie van gezondheid, de uitsluitende werking ervan en de rol van de sociale en fysieke omgeving op gezondheid. En dat het laat zien dat het zoeken naar alternatieve opvattingen van gezondheid en naar de verantwoordelijkheden van instituties behoren tot de manieren om sociale onrechtvaardigheden in relatie tot gezondheid tegen te gaan.

Veel leesplezier!

Beatrijs Haverkamp & Lieke van der Scheer
(themaredactie)

Literatuur

- D'Houtaud, A. en Field, M.G. (1984) The image of health: variations in perception by social class in a French population. *Sociology of Health and Illness* 6,1, pp. 30-60
- Foucault, M. (1976 /1984) *Histoire de la sexualité 1. La volonté de savoir*. Parijs : Gallimard. / De wil tot weten. Geschiedenis van de seksualiteit 1. Vertaling: Peter Klinkenberg. Nijmegen: SUN
- Karskens, M. (1987) *Michel Foucault: filosoferen zonder theorie*. P.L. Assoun (red.) Hedendaagse Franse Filosofen. Assen: Van Gorcum.
- Karskens, Machiel (2012) *Foucault. Amsterdam*. Leuven: Boom, LannooCampus.
- Stronks, K., Hoeymans, N., Haverkamp, B., Hertog, den F.R.J., Bon-Martens, M., Galenkamp, H., Verweij, M., Oers, van H.A.M. (2018). Do Conceptualisations of Health differ across socioeconomic strata? A concept mapping study among lay people. *BMJ Open*, 8,4, pp. e020210.

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

Nationaal Preventieakkoord: de betutteling voorbij? De fabricatie van gezonde leefstijlen

Hugo van Dijk

We lijken doordrongen van het belang van gezond leven en te beseffen dat we daarbij wel wat ondersteuning kunnen gebruiken. Het Nationaal Preventieakkoord: Naar een gezonder Nederland is zo bezien dan ook immuun voor beschuldigingen van betutteling: de preventieve maatregelen schijnen immers aan te sluiten bij onze eigen belangen en wensen. Een gezonde leefstijl moet steeds normaler worden. Maar is het normale ook vanzelfsprekend? En wat betekent deze vergaande normalisering voor datgene wat (vaak impliciet) door het normale wordt voorondersteld: het afwijkende?

Veranderlijke normaliteit

Het is een vergissing om 'het normale' als een vanzelfsprekendheid of onveranderlijk feit te beschouwen. Dat volgt uit het simpele gegeven dat gebruiken die vroeger normaal waren nu niet meer door de beugel kunnen. In de 19^e eeuw werden dieren nog ter vermaak leed aangedaan, zoals bij het palingtrekken, katknuppelen en vossenwerpen. Palingtrekken was een spel waarbij deelnemers een levende paling van een lijn moesten trekken die over de gracht was gespannen. Velen zouden hierop nu met afschuw reageren en zich kunnen vinden in het verbod dat op dit 'wreed volksvermaak' werd ingesteld. De autoriteiten streefden een nieuwe normaliteit na; niet met preventieve maatregelen maar door hard ingrijpen. Op 25 juli 1886 maakte de Amsterdamse politie een

rigoreus einde aan een spelletje palingtrekken. Het *Palingoproer* dat hierop uitbrak, waaraan vooral ook de slechte leefomstandigheden ten grondslag lagen, had 26 doden tot gevolg.

Waarschijnlijk niet met afschuw maar eerder met nostalgische gevoelens kunnen we ook denken aan het glaasje sigaretten dat vroeger bij verjaardagen gastvrij naast de pinda's op de salontafel prijkte. Nostalgie, misschien, omdat we beseffen dat we ons toen van geen kwaad bewust waren maar nu beter weten. Wetenschappelijk onderzoek heeft vastgesteld dat (mee)roken schadelijk is, en vooral dit *weten* heeft het normale tot het abnormale doen verworden en een nieuwe normaliteit voortgebracht. Rokers buiten op het balkon zijn nu net zo normaal als eerder het glaasje sigaretten binnen op de salontafel. Het roken en de roker *zél*f worden steeds abnormaler. Maar we *weten* dat het beter is zo.

Gezonde leefstijl als nieuwe normaliteit

Het normale is dus veranderlijk. En wat veranderlijk is, is mogelijk stuurbaar en maakbaar. De opstellers van het *Nationaal Preventieakkoord* zijn zich daarvan terdege bewust: het glaasje sigaretten figureert in de tekst zelfs als paradigmatisch voorbeeld. Net zoals het glaasje sigaretten abnormaal werd, moet ook een ongezonde leefstijl langzamerhand abnormaal worden. Het Preventieakkoord richt zich daarbij naast roken op overgewicht en problematisch alcoholgebruik. Geconstateerd wordt daarbij dat we tegenwoordig door wetenschappelijk onderzoek meer weten over menselijk gedrag en daarmee over effectieve interventies en succesvolle preventie. Opvallend is dat wetenschappelijk onderzoek dus niet alleen de effecten van gedrag vaststelt maar ook een cruciale rol speelt bij het realiseren van gedragsverandering. Kennis dient zo niet alleen om de wereld te beschrijven zoals *deze is*, het is ook een instrument om een samenleving te realiseren zoals men denkt dat *deze behoort te zijn*.

Een gezonde leefstijl staat centraal in het Preventieakkoord en mensen, jong en oud, worden gestimuleerd om gezonde keuzes te maken. Daarbij wordt voor roken en alcoholgebruik expliciet op 'denormalisatie' gekoerst waarbij naast 'zachte' maatregelen ook 'hardere' maatregelen van geboden en verboden worden ingezet. Voor overgewicht ligt de nadruk vooral op de

'zachte' maatregelen. Door makkelijke keuzes te bieden moeten mensen worden verleid tot een gezonde leefstijl. Gedragsverandering, gezondheidsvaardigheden, leefstijlinterventies en leefstijladviezen door zorg- en welzijnsprofessionals op basis van de beschikbare kennis spelen een belangrijke rol. Het is daarnaast de ambitie om in 2040 een gezonde leefstijl onderdeel te laten zijn van het DNA van het onderwijs. Kennis is overduidelijk belangrijk gereedschap bij de fabricatie van gezonde leefstijlen als nieuwe normaliteit.

Een Foucauldiaans perspectief op macht

Met name die centrale rol van kennis in het Preventieakkoord maakt het interessant om te kijken naar het werk van de Franse filosoof Michel Foucault. Macht en kennis lijken doorgaans van elkaar gescheiden in die zin dat kennis vaak wordt beschouwd als objectief en neutraal terwijl machtsuitoefening juist wordt geassocieerd met strijd en persoonlijke belangen. Foucault stelde echter dat macht en kennis onafscheidelijk zijn: macht bepaalt zelfs wat kennis of waarheid is. Foucault onderzocht vooral machtswerking binnen moderne samenlevingen. Hij bekritiseerde daarbij de gebruikelijke opvatting waarbij macht beschouwd wordt als een bezit of een capaciteit van enkelen die vervolgens op een repressieve manier wordt uitgeoefend op degenen die geen macht bezitten. Als iets negatiefs waaraan men eigenlijk zou moeten ontsnappen om écht vrij en daadwerkelijk zichzelf te zijn. Foucault stelt echter dat mensen altijd, vanaf het moment dat zij zich tot elkaar verhouden, deel uitmaken van machtsrelaties die niet per se alleen repressief zijn. Zo bezien impliceert zelfs vrijheid een machtsrelatie, omdat vrijheid – volgens Foucault – alleen tot uiting komt in de manier waarop we ons tot elkaar verhouden. Inderdaad zijn zij die hun dagen slijten binnen de veilige muren van het privédoein, moeilijk als vrij te beschouwen.

Deze alomtegenwoordige machtsrelaties hebben zoals gezegd niet alleen een repressieve werking. Zij hebben net zo goed een positieve of producerende werking en brengen bepaalde vormen van 'kennis' voort. Onze persoonlijke identiteit (de wijze waarop we onszelf beschrijven) wordt voortgebracht door de communicatieve handelingen, door Foucault *discours* genoemd, die we verrichten als we ons tot el-

kaar verhouden. Niet alleen tot andere individuen maar vooral ook tot overheidsinstellingen en andere instituties. Kennis speelt daarbij een doorslaggevende rol; we beschrijven onze identiteit met behulp van categorieën die zijn vastgesteld binnen het discours van bijvoorbeeld de sociale- en gedragswetenschappen. We 'zijn' heteroseksueel, homoseksueel, hyperactief, depressief, mentaal stabiel, verslaafd, zwaarlijvig, gezond, ongezond en ga zo maar door. Deze categorieën verwijzen echter niet naar natuurlijke en objectieve eigenschappen maar zijn sociale constructies waaraan altijd keuzes vooraf zijn gegaan. Bovendien vooronderstellen ze bijna altijd een onderscheid tussen het normale en het abnormale of afwijkende.

Foucaults belangrijkste inzicht is dat de normaliteit wordt geproduceerd door het dominante discours. Het is de meerderheid, of een gezelschap van experts en specialisten, die definiëren wat normaal is en die afwijkingen als een ongewenste verstoring van het dominante discours uitsluiten. Individuen in moderne samenlevingen dreigen volgens Foucault continu te worden geïnclassificeerd als abnormaal of afwijkend. Deze dreiging en de dwang tot conformiteit aan het normale disciplineert individuen en maakt hun gedrag beheersbaar en voorspelbaar. Ietwat bombastisch zouden we kunnen stellen dat de angst voor het schavot of hardhandig politieel optreden, is vervangen door de angst als abnormaal te worden bestempeld.

Maar wie is er nu tegen een gezonde leefstijl?

Het bekritisieren van deze moderne macht van de normaliteit kan, vanwege zijn sterke relatie met kennis, al snel voor onredelijk doorgaan. Bovendien heeft deze moderne macht ons, zowel als individu en als samenleving, ook veel gebracht. Dankzij de macht van de normaliteit gedragen we ons meestal ordelijk, verantwoordelijk en normconform. Wellicht vraagt u zich dus af: is dit dan wel allemaal zo slecht? Om terug te komen op het *Nationaal Preventieakkoord*, wie is er nu tegen een gezonde leefstijl? En waarom zouden we daarbij niet geholpen (of beperkt) mogen worden door overheidsinstellingen en experts? Foucault lijkt helaas niet direct uitkomst te bieden bij dit soort vragen. Hij legde vooral het ontstaan en de werking van machtsrelaties bloot en gaf in zijn boeken zelden een expliciet oordeel over specifieke situaties. Wel zei hij

over macht: "My point is not that everything is bad, but that everything is dangerous, which is not exactly the same as bad" (Foucault 1983, 343).

Machtsrelaties, waarvan de hele samenleving is doortrokken, zijn volgens Foucault dus niet per se slecht maar wel altijd gevaarlijk. Maar wanneer wordt macht té gevaarlijk? En is dat ook aannemelijk op het moment dat macht het beste met ons voor schijnt te hebben? Een mogelijk antwoord op deze vragen kreeg ik toen ik op 9 april naar het KRO-NCRV-televisieprogramma *M keek*. Daarin deed schrijfster Tatjana Almuli verslag van enkele ervaringen uit haar leven als dikke vrouw (zie ook: Almuli 2019). Eerder had zij deelgenomen aan het programma *Obese* waarbij zij 60 kilo was afgevallen. In een fragment was te zien hoe zij enthousiast werd toegejuicht door een uitzinnig publiek terwijl ze lachend over een catwalk liep. Iedereen tevreden, zou je denken. Zij realiseerde zich nu echter dat ze zich toen vooral ongemakkelijk voelde, eerder gedwongen blij was, en allesbehalve écht gelukkig. Na *Obese* nam haar gewicht weer toe, maar maakte de gemaakte blijdschap plaats voor meer oprecht geluk, de scheve blikken en opmerkingen uit haar omgeving ten spijt.

Almuli's verhaal laat ons zien dat het normale té gevaarlijk wordt wanneer onderlinge verhoudingen en machtsrelaties zo star worden dat ze geen ruimte meer laten voor het individuele, bijzondere en afwijkende. Het normale wordt té gevaarlijk wanneer we ons moeten afvragen of onze glimlach, opgewekt door het applaus van overheidsinstellingen, experts en 'de samenleving' nog wel correleert met onze innerlijke gemoedstoestand en onze persoonlijke conceptie van het goede leven die voor iedereen verschillend kan en hopelijk ook mag zijn.

De normaliteit en de gezonde leefstijl als publieke façade?

De normaliteit van een gezonde leefstijl kunnen publieke façades worden waarachter persoonlijk leed schuilgaat. Het recht op een ongezonde en afwijkende leefstijl of, om met bestuurskundige Paul Frissen (2012) te spreken, het 'recht op vetzucht', zou wel eens essentieel kunnen zijn voor onze vrijheid en ons geluk.

Ik betwijfel of het *Nationaal Preventieakkoord* in dit recht wil voorzien en of zij ruimte laat voor het individuele, bijzondere en afwijkende. Dit vooral gezien

de nadruk op normalisatie, kennis en de zeer sterke relatie daartussen. Twee bij uitstek moderne machts-gereedschappen die gezamenlijk gezonde leefstijlen moeten fabriceren tot op het niveau van de meest persoonlijke keuzes. Ons daarover een beetje dik maken lijkt me heel gezond.

H.J. (Hugo) van Dijk is masterstudent filosofie aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Literatuur

- Almuli, T. (2019) *Knap voor een dik meisje; Het gewicht van gewicht*. Amsterdam: Nijgh en Van Ditmar.
- Frissen, P. (2012) *Recht op vetzucht*. In: Frissen, P., *Van goede bedoelingen, de dingen die nooit voorbijgaan; Beschouwingen over de staat van Nederland*. Amsterdam: Van Gennep.
- Foucault, M. (1983) On the Genealogy of Ethics: An Overview of Work in Progress. In: Rabinow P., *The Foucault Reader*. New York: Pantheon.

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

‘Overdaad schaadt’ De risico’s van het Preventieakkoord

Klasien Horstman

Nadat er decennialang geïnvesteerd is in de curatieve geneeskunde en de zorg, is er steeds meer aandacht voor gezondheid. Het Preventieakkoord is daar een uitdrukking van. Hoewel het streven naar gezondheid als zodanig weinig controversieel is, vraagt de vormgeving van dat streven wel om een kritische blik. Een te fanatiek streven naar gezondheid resulteert al snel in een weinig vriendelijke en weinig open maatschappij.

Toen ik onlangs goedgehumeurd naar mijn werk ging, bleek dat iemand in het trappenhuis ‘vrolijke’ stickers had geplakt met opmerkingen over een gezonde leefstijl en het nut van traplopen. Ik neem altijd de trap, maar een gevoel van groot chagrijn overviel me nu en ik had de neiging om weer naar huis te gaan. Moeten nu alle plekken moreel beladen worden, moet ik overal worden toegesproken over gezond leven, wie denkt eigenlijk dat hij of zij in de positie is mij te complimenteren over het feit dat ik de trap neem? De volgende dag waren de stickers weg. Misschien had onze strenge gebouwenbeheerder ingegrepen. Heel fijn. Dat er een trap is, dat is voldoende, de boodschappen kunnen achterwege blijven.

Goede bedoelingen zijn niet genoeg

Het Preventieakkoord - ‘een vuist voor een gezonder Nederland’ - is goedbedoeld. De statistieken laten zien dat veel mensen last hebben van chronische ziekten die veel zorgkosten met zich mee brengen en die links- of rechtsom samenhangen met roken en overgewicht. Ook alcoholgebruik is gepromoveerd tot de top van urgente gezondheidsrisico’s. Veel partners hebben zich gecommitteerd; er zijn doelen afgespro-

ken en er wordt gemonitord in hoeverre die gehaald worden. Er is ook kritiek: teveel invloed van de industrie, een deel van de doelen is onhaalbaar, er is óver in plaats van mét doelgroepen gesproken en er wordt betutteld. De cynische lezer ziet een akkoord waarin de ene helft van Nederland zich van het ene samenwerkingscircus naar de andere feestelijke alliantie beweegt om de andere helft van Nederland op te voeden. Het zal moeten blijken hoe de praktijk van het Preventieakkoord er uit gaat zien.

Aandacht schenken aan gezondheid en welzijn kan een goede zaak zijn, maar het is natuurlijk cruciaal *hoe* die aandacht wordt gegeven. Is de aandacht voor gezond leven uitdrukking van een technocratisch maakbaarheidsgehoof met totalitaire trekken waar geen ontkomen aan is, of is het onderdeel van een reflexief discours dat ruimte geeft aan diversiteit van ervaringen en betekenissen en ruimte biedt om te leren en te experimenteren? Fungeert het akkoord als een legitimatie voor instituties om zich met het leven van individuele mensen te bemoeien, of is het een stimulans voor instituties om te onderzoeken hoe ze zelf bijdragen aan ongezondheid en verminderd welzijn? Zijn alle samenwerkingspartners genoegzaam verenigd om nu het gedrag van ‘anderen’ in de goede richting te sturen of stimuleren ze respect in de eigen organisatie voor alledaagse worstelingen met gezondheid? Het Preventieakkoord is niet stigmatiserend bedoeld, maar er is gereede kans dat het wel zo uitwerkt. Het Preventieakkoord is onderdeel van een bredere denkstijl over gezond leven, die maar weinig bewegingsvrijheid biedt.

Risico's van het gezond leven discours

In de eerste plaats ademt deze werkwijze weinig besef van het feit dat onze kennis beperkt is. Epidemiologische gezondheidsclaims over gezondheid, voeding, alcohol zijn voorlopig en controversieel (Penders & Van Dam, 2012) maar worden als basis voor beleid genomen. In de huidige wetenschappelijke cultuur, met sterke competitie om onderzoeksgelden en stevige banden tussen wetenschap en beleid, zet elk gezondheidsspecialisme zijn eigen risico als het belangrijkste in de etalage en het huidige gezond leven-regime stapelt al die uitvergroete correlaties tot contextloze risico's. Dat is een van de redenen dat de geloofwaar-

digheid van veel gezondheidsadviezen betrekkelijk is. De meeste mensen zijn er wel van overtuigd dat roken ongezond is en hebben het idee dat een balans nodig is om ‘goed in je vel te zitten’ (Horstman & Houtepen, 2005, Horstman, te verschijnen in 2019). Zij weten echter ook dat je de snel wisselende gezondheidsadviezen en -hypes in perspectief moet plaatsen en dat context ertoe doet. Mensen weten dat er behalve gezondheid ook andere waarden zijn - plezier, genot, hard werken, vriendschap - en dat we moeten schipperen met prioriteiten. Er zit veel wijsheid in het alledaagse leven, maar de partners van het Preventieakkoord zien dat niet. In het onderzoek van Sanne Visser in Groningen bleek dat mensen vooral betekenis hechten aan ‘gewoon eten’ in plaats van aan ‘gezond eten’ (Visser, 2016). ‘Gewoon’ verwijst dan meer naar de waarden en gewoonten van eerdere generaties in de familie dan naar de nieuwste adviezen over gezonde voeding. De symbolische band met grootouders en ouders is belangrijker dan het volgen van de volgende hype. De oude Griekse leefregel - matig met alles - zou een betere basis zijn voor een Preventieakkoord dan een betrekkelijk willekeurige uitvergroting van drie epidemiologische risico's.

Ten tweede wordt de denkstijl van het Preventieakkoord gekarakteriseerd door een individualistische benadering van gezondheidsrisico's en van gezond leven. Het sleutelwoord is ‘kiezen’. Mensen moeten ‘een gezonde keuze’ maken voor ‘een gezonde leefstijl’ om de beleidsdoelen te halen. Internisten vertellen weliswaar dat obesitas echt ingewikkelder is dan ‘gezonde keuzes’ (wat te denken van medicijnen, hormonen, stofwisseling) en de focus op overgewicht heeft waarschijnlijk voor velen geleid tot jojoën en gewichtstoename, maar toch wordt gesuggereerd dat ‘gezond kiezen’ tot gezondheid leidt. Er wordt in het rapport verwezen naar sociaaleconomische ongelijkheid, maar toch staat ‘de gezonde keuze’ centraal alsof het niet uitmaakt waar je wordt geboren. Gezondheidsrisico's worden extreem uitgelicht, waardoor ‘ongezond gedrag’ het meest in het oog lopende kenmerk van mensen wordt. Bij onze studenten gezondheidswetenschappen wordt de ‘obesitas epidemie’ er met de paplepel ingegoten, en ze kunnen dikke mensen alleen maar zien als een probleem dat oplossing behoeft. Een weekje onderwijs over Foucault is helaas te

weinig om hen duidelijk te maken dat overgewicht een categorie is die we zelf maken en geen natuurlijk gegeven, dat er andere manieren zijn om naar iemand te kijken – kapsel, kleur van de ogen, vorm van de oorlel?

Ten derde is 'Gezond leven' geen neutraal ideaal maar een symbolische norm in de sociale competitie en concurrentie tussen groepen van mensen. De smaak van eten en roken is de smaak van onderscheid (Bourdieu, 1979; Van Otterloo, 1990). De arena van gezond leven nodigt uit om continue oordelen te vellen over de leefstijl van anderen en anderen daarmee iets lager op de maatschappelijke ladder te duwen zodat zij zich gaan schamen. Organisaties betuigen weinig respect voor dikke mensen: een dikke man die niet vooraan mag staan in de erewacht bij de dodenherdenking, een receptioniste die naar de backoffice van het bedrijf wordt geplaatst. De normen voor 'gezond leven' zijn niet onschuldig omdat ze deze sociale competitie met winnaars en verliezers mede creëren. Het Preventieakkoord ziet gezondheidsverschillen wel als een uitdaging: "*Mensen met een lage opleiding en laag inkomen zijn in onze samenleving veel slechter af als het om gezondheid gaat.*" (p.4) En het pleit voor "*speciale aandacht voor de achterliggende problematiek bij gezondheidsproblemen, en de samenhang tussen de aanpak van onder andere in en rond werk, het sociale domein, schulden, en sociaaleconomische gezondheidsverschillen*". Omdat het hier echter geen handen en voeten aan geeft, en geen conceptualisering biedt van gezond leven anders dan in termen van kiezen, kan de lezer weinig anders dan concluderen dat "mensen met een lage opleiding en een laag inkomen" onverstandige keuzes maken en zich dus moeten schamen. Juist door deze stijl van denken, draagt het Preventieakkoord bij aan tweedeling tussen niet-rokers en rokers, zij die wel en niet van vet houden, zij die wel en niet elke dag een biertje drinken. Het is door diverse critici al opgemerkt, in een tijd waarin burgerparticipatie hoog in het vaandel staat, doet de objectivering van de 'ongezonde klasse' in het Preventieakkoord 'vooroorlogs' aan.

Realistischer en vriendelijker

Het gezond leven-regime zoals dat in het Preventieakkoord tot uitdrukking komt, gaat gepaard met een rationalistisch maakbaarheidsgeloof (De Mul, 2006).

Met een zak vol meer en minder robuuste epidemiologische correlaties legitimeert ze een breed scala aan interventies om gedragingen in een bepaalde richting te sturen. Maar overdaad schaadt. Waarom geen Preventieakkoord dat stelt dat er geen recept is voor 'gezond leven' en dat er meerdere wegen zijn die naar Rome leiden? Waarom geen Preventieakkoord dat respect voor anderen centraal stelt en rokers, dikkerds, en zij die van een glaasje houden geen schaamte toebrengt, maar instituties aanspreekt op hun rol in de vormgeving van een gezonde en stressvrije maatschappij. Mensen die 'gewoon leven' zijn het er snel over eens: geen snoepautomaten in een school, ook niet een hele dag stil zitten, voldoende parken in de stad, veilige wegen om naar school en werk te fietsen, basisvoedingsmiddelen als groente en fruit laag geprijsd houden, schuldenstress verminderen, niet een leven lang nachtdiensten. Het is geen *rocket science*, maar er valt genoeg te doen zonder preken, met relativeringsvermogen en met gevoel voor 'de ander'.

Prof. dr. Klasien Horstman is hoogleraar Filosofie van de Publieke Gezondheidszorg, Universiteit Maastricht. Zij onderzoekt de relatie tussen wetenschap, politiek en maatschappij in praktijken van gezondheidsbevordering, infectieziekten-bestrijding (preventie antibiotica resistentie & vaccinatie), zorgvernieuwing. www.klasienhorstman.nl; www.universiteitmetdebuurt.nl.

Literatuur

- Bourdieu, P. (1979) *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge, Harvard University Press.
- Horstman, K. Houtepen, R. (2005). *Worstelen met gezond leven. Ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten*. Amsterdam: het Spinhuis.
- Horstman, K. Performing health promotion: an analysis of epistemic and political technologies of accountability, *Critical Public Health*, te verschijnen 2019
- Mul, J. de (2006) *De domesticatie van het noodlot*. Rotterdam, Lemniscaat.
- Otterloo, A. van (1990) *Eten en eetlust in Nederland (1840-1990). Een historisch-sociologische studie*. Amsterdam, Bert Bakker.

Penders, B., Van Dam (Red.) (2012). *Ingrediënten van geloofwaardigheid - goed eten onder loep*. Den Haag: Boom/Lemma.

Visser, S. S. (2016) *Gewoon et'n: An ethnographic study of intergenerational perspectives on food practices, overweight, and obesity in Eastern Groningen, the Netherlands*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

Stigmatisering: sociaal onrecht of politiek incorrekte preventiestrategie?

Beatrijs Haverkamp

De voorgestelde maatregelen in het Preventieakkoord kunnen sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen. Maar sociale rechtvaardigheid gaat om meer dan gelijke gezondheid. De nadruk op leefstijl- en gedragsverandering geeft aanleiding voor de vraag in hoeverre de maatregelen (verdere) stigmatisering van sociaaleconomisch minderbedeelde groepen in de hand werken. En als ze dit doen, hoe erg is dat dan eigenlijk?

Ziekte en stigma: een goed huwelijk

Sinds jaar en dag kunnen mensen met (zichtbare) lichamelijke of geestelijke aandoeningen rekenen op sociale uitsluiting en oordelen als 'gevaarlijk', 'vies' en 'besmettelijk'. De verbanning van leprapatiënten uit gemeenschappen, soms verplaatst naar vergelegen oorden, is daarbij wellicht het meest sprekende voorbeeld. Stigmatisering van ziekten lijkt daarbij functioneel te zijn in zoverre het draait om het *gevaar* dat de zieke vormt voor anderen. Uitsluiting van mensen met overdraagbare aandoeningen als HIV/AIDS, lepra en tuberculose lijkt dus functioneel doordat dit een gemeenschap beschermt tegen besmetting. En het wegzetten van mensen met psychische gezondheidsproblemen valt evenzo op te vatten als een angst voor onvoorspelbaar en potentieel gevaarlijk gedrag.

Sinds de laatste decennia weten we dat ook mensen met zogenaamde 'leefstijlziekten' zoals diabetes II en ademhalingsaandoeningen zoals COPD in veel landen kunnen rekenen op sociale uitsluiting en veroordeling (e.g. Berger et al. 2011). Dergelijke stigmatisering heeft plaats in dagelijkse informele interacties (het vermijden van kennissen met COPD) en in bijvoorbeeld de

gezondheidszorg (veroordeled taalgebruik door diabetesspecialisten). Maar ook op de werkvloer en via (social) media lopen mensen met dergelijke aandoeningen kans discriminatie en sociale uitsluiting te ervaren.

Met uitzondering van het zogenaamde ‘meeroken’ van de roker, kan bij leefstijlziekten van ziekteoverdracht echter geen sprake zijn. Het ‘besmettingsgevaar’ lijkt hier economisch: de zieke is een smet op de economische gezondheid van de samenleving. Bovendien niet zomaar een smet, maar een die voorkomen had kunnen worden, had de zieke zich wat beter gedragen in de jaren voorafgaand aan zijn ziekte. Met name in landen waar (neo)liberale normen over individuele verantwoordelijkheid domineren, beperkt stigmatisering van leefstijlziekten zich niet tot de aandoening zelf, maar treft het ook eet- drink- en rookgedrag. Gedragingen die worden gezien als ten grondslag liggend aan ziekten worden verworpen en bestempeld als ‘onverantwoordelijk’. Daarmee is de dikke mens, de drinker en de roker niet enkel een gevaar, maar bovenal immoreel.

Dat stigmatisering weliswaar functioneel kan zijn, maar ook inherent onrechtvaardig is, wordt duidelijk als we kijken naar de machtsdynamiek die stigmatisering kenmerkt. In een invloedrijk artikel wijzen de sociologen Bruce Link en Jo C. Phelan (2001) erop dat stigmatisering, evenals andere vormen van discriminatie, alleen kan plaatsvinden bij ongelijke machtsverhoudingen: het stigma moet wijdverbreid herkend, erkend en geaccepteerd worden, wil het effectief zijn. Genoemde auteurs hebben het daarom over de definitiemacht (‘designation stick’) van de stigmatiserende partij over welke kenmerken mensen minderwaardig maken. Om een stigma effectief te laten zijn is dus invloed nodig in belangrijke maatschappelijke domeinen zoals de arbeidsmarkt, het onderwijs, de media, de huizenmarkt en de gezondheidszorg. Het is dan ook de vraag of rokende en dikke mensen ook gestigmatiseerd zouden worden als roken en ongezond eten geliefdere gewoonten zouden zijn geweest van, en leefstijlziekten meer zouden voorkomen onder hoogopgeleide en kapitaalkrachtige groepen met veel politieke en economische invloed.

Stigmatisering als preventiestrategie

Feit is dat er veel meer gerookt wordt door groepen met een lager inkomen en opleidingsniveau, en dat

overgewicht in die groepen veel meer voorkomt. Onder andere hierdoor kampen deze mensen met aanzienlijk meer geestelijke en lichamelijke problemen dan de sociaaleconomisch welgestelden. Deze gezondheidsverschillen worden over het algemeen erkend als onrechtvaardig. Wat nu als stigmatisering effectief is in het tegengaan van gezondheidsproblemen onder groepen met een lagere sociaaleconomische status? Wat als door de verbanning van rokers uit openbare ruimtes en een versterkte maatschappelijke veroordeling van ongezond eten en gulzigheid de gezondheidsachterstanden afnemen? Raymond Bayer (2008) betoogt dat stigmatisering van roken als preventiestrategie gerechtvaardigd kan worden, mits aan twee voorwaarden is voldaan: het moet duidelijk zijn dat individueel gedrag leidt tot ziekte, en dat stigmatisering van de ziekte en/of gedrag daadwerkelijk tot gedragsverandering leidt.

Aan deze eisen zal in de praktijk zelden tot nooit voldaan kunnen worden. Allereerst leidt individueel gedrag nooit zomaar tot ziekte. Het is niet nieuw om te constateren dat ziekten – zeker ook leefstijlziekten – resultaat zijn van een heel complex aan biologische en omgevingsfactoren. Dat in het publieke schrijven en spreken steeds weer wordt gewezen op eten, drinken, roken en bewegen als ziekteoorzaken, doet niets af aan de invloed van leefomgeving, behuizing, arbeids- en economische omstandigheden. Het vertelt ons vooral dat die laatste zaken moeilijker te veranderen zijn. En, waarschijnlijk, dat het evenrediger verdelen van die zaken niet zo aantrekkelijk is voor de mensen die doorgaans meer te zeggen hebben over die verdeling. Kritische beleids- en discoursanalisten spreken hier ook wel van een ‘lifestyle drift’ (e.g. Carey et al 2016): eerst wordt door beleidsmakers en politici de rol van het geheel aan ‘sociale determinanten van gezondheid’ erkend, vervolgens wordt gesteld dat aandacht voor die sociale determinanten van groot belang is, en tot slot worden leefstijl – en gedragsveranderingsmaatregelen voorgesteld die onderliggende sociale determinanten (grotendeels) ongemoeid laten. Deze neiging tot versmalling van volksgezondheidsbeleid tot leefstijlbeleid maakt stigmatisering van gedrag als preventiestrategie bij uitstek moreel problematisch. Stigmatisering van gedrag *terwijl onderliggende ongelijkheden en omgevingsfactoren ongemoeid blijven*, is

onrechtvaardig omdat het de roker, ongezonde eter of drinker generaliserend wegzet als onverantwoordelijk of immoreel. Een onterechte generalisering want de omstandigheden die het praktisch mogelijk maken om gezond te leven, zijn ongelijk verdeeld (zie Horstman en Meershoek in dit nummer).

Bayers tweede eis – dat stigmatisering daadwerkelijk tot ander gedrag leidt – is om meerdere redenen problematisch. Zo kunnen we ons afvragen hoe wenselijk het is dat mensen zich onder druk van sociale statusnormen anders gaan gedragen (zie de bijdrage van Hugo van Dijk). Maar ook als je daar geen kwaad in ziet, blijft het de vraag of stigmatisering van gedrag mensen écht kan helpen: wie zich schaamt voor zijn lichaamsomvang of verslaving zal niet geneigd zijn zich in trainingspak bij de sportschool te melden of hulp vragen om te stoppen met roken. Voor wie zich schaamt en schuldig voelt, is het makkelijker om binnen te blijven en niemand tot last te zijn. Het is dan ook niet verrassend dat ziek zijn niet alleen de kans op stigmatisering verhoogt, maar dat het ook – en vooral – andersom werkt: gestigmatiseerd zijn verhoogt de kans op ziek worden. Stigmatisering als preventiestrategie lijkt volksgezondheidsbeleid dus vooral in haar eigen staart te bijten.

Stigmatisering en het nieuwe Preventieakkoord

De cruciale vraag is nu of het nieuwe Preventieakkoord aanleiding geeft om verdere stigmatisering van leefstijlziekten en gerelateerde gedragingen te vrezen. Op de letter genomen natuurlijk niet: stigmatisering vindt doorgaans impliciet plaats via de werking van sociale statusnormen. Maar aan die laatste kunnen de maatregelen uit het akkoord wel degelijk bijdragen. Het creëren van rookvrije zones versterkt de ‘roken is verwerpelijk’-norm. Dit zal vast leiden tot een rookvrije generatie, maar wellicht ook aan verdere sociale uitsluiting van degenen die *nu* rookverslaafd zijn. De vraag is dan of laatstgenoemden verslavingszorg willen én kunnen vragen. Er is in dit verband al geweest op de noodzaak om stoppen-met-roken hulp aan te bieden in vormen die beter aansluiten bij rokers die minder individualistisch zijn ingesteld (Stronks, Harting en Schreuder 2019).

Ook wat betreft de maatregelen voor het terug-

brengen van overgewicht geldt in zijn algemeenheid dat de norm ‘dik is onwenselijk’ verder versterkt zal worden. Hier zal dus telkens aandacht moeten zijn voor hoe die norm wel of niet behulpzaam is voor dikke mensen: werkt ze motiverend om te gaan bewegen en gezonder te eten of versterkt deze gevoelens van schaamte en schuld?

Positief is dat onderzoek laat zien dat bekendheid met een gestigmatiseerde ziekte en haar oorzaken het stigma ervan doet afnemen. Bewustzijn van de diverse oorzaken van AIDS heeft ertoe geleid dat aidspatiënten in veel landen niet meer worden gediscrimineerd (hoewel dit op plaatsen zeker nog wel voorkomt). Als het met leefstijl-gerelateerde ziekten ook zo werkt dan is er hoop: het feit dat de sociale en materiële omgeving gedrag én gezondheid bepaalt, wordt ook in het Preventieakkoord ronduit erkend door o.a. aandacht voor de schoolomgeving. Toch laat het eerdergenoemde fenomeen van ‘leefstijl-drift’ zien dat het boven alles zaak is omgevingsfactoren en onderliggende sociale determinanten niet uit het oog te verliezen als het aankomt op de uitvoering van gezondheidsbeleid.

Samengevat komt het erop neer dat het nieuwe Preventieakkoord de stigmatisering van roken, ongezond eten en drinken – en daarmee van de sociaaleconomisch minder bedeelde – hoogstwaarschijnlijk zal versterken. En dat het er daarom op aankomt steeds aandacht te hebben voor twee vragen: 1) Hoe worden de maatregelen ervaren door de mensen voor wie ze (hoofdzakelijk) bedoeld zijn? 2) Hoe wordt een leefstijl-drift voorkomen en blijft (of komt) er werkelijke aandacht voor de invloed van o.a. economische, arbeids- en woonomstandigheden?

Dr. Beatrijs Haverkamp is postdoc onderzoeker en docent bij de filosofiegroep van Wageningen University & Research waar zij eerder promoveerde op rechtvaardigheidsvragen t.a.v. sociaaleconomische gezondheidsverschillen.

Literatuur

- Bayer, R. (2008) Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we? *Social Science & Medicine*, 67, pp. 463–472.
- Carey, G., Malbon, E., Crammond, B., Pescud, M., Baker, P. (2016) Can the sociology of social prob-

- lems help us to understand and manage 'lifestyle drift'? *Health Promotion International*, 32, pp. 755-761.
- Link, B.G. en Phelan, J.C. (2001) Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), pp. 363-385.
- Berger, B.E., Kappella, M.C., en Larson, J.L. (2011). The Experience of Stigma in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Western Journal of Nursing Research* 33(7), pp. 916-932.
- Stronks, K. Harting J. en Schreuder M. (2019). Om de leefstijl te verbeteren, moet het Preventieakkoord meer rekening houden met sociale verschillen. *Trouw*, 12 januari 2019.

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

Een verschuivend perspectief op gezondheid. Het belang van kansen en een multi-dimensionele gezondheidsbenadering.

Hinke Haisma

Net als een recent WRR rapport, beoogt het nieuwe Preventieakkoord gezondheidsverschillen te verminderen door het gezondheids-potentieel optimaal te benutten. Dit suggereert vernieuwing, maar de benadering lijkt meer van hetzelfde. Het lijkt tijd om het plaatje 180 graden te draaien. Wat als we ons minder richten op uitkomstmaten en meer op de kansen die mensen hebben en hoe we *die* zouden kunnen optimaliseren? Een 'capabilities' benadering kan hierbij richting geven.

Inleiding

Het nieuwe Preventieakkoord beoogt de gezondheid van ons land te verbeteren. Het bedient zich daarbij van de thema's roken, overgewicht en overmatig alcoholgebruik. Die thema's liggen voor de hand, want de gezondheid van rokers, mensen met overgewicht en overmatige drinkers laat te wensen over. Maar nieuw zijn de thema's niet. Al sinds jaar en dag staan deze onderwerpen hoog op de nationale en internationale agenda van de publieke gezondheidszorg. Het Preventieakkoord geeft aan het WRR-rapport over gezondheidsverschillen te volgen in het nastreven van het verminderen van die verschillen door zich te richten op die groep met het grootste gezondheidspotentieel. Het grootste potentieel ligt bij kansarmere mensen en bij de jeugd. Kansarmere mensen hebben gemiddeld

genomen een slechtere gezondheid en dus is er gezondheidswinst te behalen. Bij de jeugd is het potentieel groot, omdat ze nog een heel leven voor zich hebben en je als maatschappij wenst dat ze dat gezond doorbrengen. Het WRR-rapport expliciteert echter niet hoe deze gezondheidswinst valt te behalen.

Gezondheidsongelijkheid

In de tekst van het Preventieakkoord rapport komt het woord ongelijkheid niet voor. Dat geeft te denken. Wat zou er anders zijn als er vanuit het rechtvaardigheidsprincipe gewerkt zou worden waarin burgers recht hebben op een goede gezondheid (Venkatapuram, 2011)? De stip op de horizon kan hetzelfde zijn, namelijk het verminderen van gezondheidsverschillen, maar de weg er naar toe is essentieel anders. Na zoveel jaren gezondheid te hebben benaderd vanuit een biomedisch perspectief, zijn gezondheidsverschillen eerder groter dan kleiner geworden: de meest kansarme groepen worden niet bereikt. Zolang de focus is op “meten is weten” en biomedische uitkomstmaten worden gebruikt als indicator van succes van interventies, wordt de mens achter die cijfers te kort gedaan. De tijd lijkt dan ook rijp voor een rigoureuze andere perspectief. Een benadering gericht op luisteren (naar je doelgroep) en op kansen in plaats van uitkomsten, biedt mogelijkheden.

Een etnografische benadering

In een bijeenkomst van de Aletta Jacob's School of Public Health van de Rijksuniversiteit in Groningen op 5 april jl., stelden we onze huidige biomedische gezondheidsbenadering ter discussie. Klasien Horstman gaf een keynote presentatie getiteld “Where are the publics of public health? Reframing problems of reach”. Ze presenteerde twee voorbeelden van gezondheidsprogramma's: de eerste was het gezondheidspromotie programma Hartslag Limburg gericht op het verminderen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten (Schuit et al., 2006), een door experts bedachte interventie die na 5 jaar was afgelopen met een matig effect op de uitkomstmaten; de tweede was “de Laarbeek ervaring”: een burgerparticipatie project dat is gestart in 2010 en waarin vier dorpen in Limburg op eigen initiatief een gezondheidscompetitie ontwierpen. Gezondheid werd in dit project niet vooraf gedefinieerd,

maar ervaren gezondheid en subjectieve gezondheidswinst werden achteraf geëvalueerd aan de hand van interviews met de bewoners. Het project berustte op vertrouwen tussen de public health beleidsmedewerkers en de burgers, waardoor het initiatief bij burgers kwam te liggen. Dit bleek een goede basis voor continuïteit: inmiddels is er een versie 3.0.¹

Bij dezelfde bijeenkomst was er een workshop over “Benaderingen van gezondheid”. Hier spraken een etnografisch onderzoeker die zich richtte op de gezondheidsbeleving van oudere mensen met geheugenproblemen, een ervaringsdeskundige armoede en sociale uitsluiting en een Zen boeddhistische monnik. Alle drie sprekers presenteerden een bottom-up benadering van gezondheid. Allereerst was er de academisch etnograaf die beoogde het perspectief van de mensen zelf te laten zien. De ervaringsdeskundige was vervolgens tegelijkertijd onderzoeker en respondent, en liet zien dat er tussen het academische perspectief en de werkelijke ervaring toch nog vaak een groot gat gaapt. Hij vertelde over hoe hij van 50 euro “for food and fun” per week moest rondkomen en welke keuzes je dan maakt (roken). En ten slotte, stelde de Zen boeddhistische monnik voor aan gezondheidsonderzoekers om even niks doen. Hij vertelde ons zich geïntimideerd te voelen door de academische omgeving van de workshop en hoe weinig hij het gevoel had dat we als onderzoekers echt aansluiting vinden bij de beleving van mensen. Namelijk, op het moment dat we met onze lijst van vragen voor interviews bij respondenten aankomen, staat onze eigen agenda werkelijk contact in de weg. Deze stellingname veroorzaakte enige verwarring onder de aanwezigen bij de workshop. De monnik greep terug op “de Laarbeek ervaring” uit de eerdere presentatie van Klasien Horstman, waarin het initiatief uit de dorpen zelf was gekomen, uit de gemeenschap, waar gezondheidsonderzoekers en beleidsmakers een stap terug deden en hoe zelfs een vooraf bepaalde definitie van gezondheid niet nodig bleek om “succes” te behalen. Wat leren we hiervan? Is het tijd voor een andere benadering van gezondheid en gezondheidsonderzoek? Zou het goed zijn om als gezondheidsonderzoekers en gezondheidszorg een stap terug te doen? Dat wil zeggen: ruimte geven aan de burgers om zelf gezondheidsprogramma's te ontwikkelen? Waar zou dan de focus komen te liggen?

Zou de fysieke dimensie van gezondheid leidend zijn?

Capabilities benadering

Als jarenlang gezondheidsverschillen eerder toemen dan afnemen, dan verbaast het mij dat er in het nieuwe Preventieakkoord niet wordt gesproken over de mogelijkheid of noodzaak om op een andere manier naar de onderliggende concepten te kijken. Als we gezondheid en gezond gedrag nu eens niet waarderen op basis van het behalen van bepaalde uitkomstmaten (aantal sigaretten per dag, BMI, en aantal malen meer dan vijf alcoholische consumpties op een dag), maar in plaats daarvan naar de kansen van mensen zouden kijken? In het Fries is er een spreekwoord “Elts praat fan myn sûpen, mar nimmen praat fan myn toarst” (iedereen heeft het over mijn drankprobleem, maar niemand heeft het over mijn dorst). Wat ligt er onder gedrag? Gaat dat over of er sigaretten in de supermarkt liggen, waar ze liggen en hoe duur ze zijn? Gaat dat over de tax op alcohol en of kinderen op 16- of 18-jarige leeftijd mogen drinken? Door op zo’n eendimensionale manier naar gezondheidsproblematiek te kijken gaan we volledig voorbij aan de complexe realiteit waarin mensen dagelijks leven. Een “capabilities” benadering, zoals ontwikkeld door Amartya Sen en later verder ontwikkeld door Martha Nussbaum, stelt de kansen die mensen hebben om te zijn en doen wat zij waardevol achten in hun concrete omstandigheden centraal. Venkatapuram (2011) werkt deze benadering uit voor gezondheid. In dit gezondheidsconcept zijn de omstandigheden niet alleen “van invloed” op iemands gezondheid, ze zijn een dimensie van gezondheid, en maken derhalve deel uit van die gezondheid (Haverkamp et al., 2017). Een belangrijk concept in deze benadering is “agency”, te vertalen als “keuzemogelijkheden”. Om kansen te kunnen transformeren naar uitkomsten die mensen waardevol achten, is het nodig dat de omstandigheden zodanig zijn dat zij die transformatie mogelijk maken. Een voorbeeld kan dit verduidelijken: een jongen of een meisje uit een achterstandswijk met intergenerationele armoede kan door een gapende culturele afstand tussen haar realiteit en die van haar leeftijdsgenootjes uit een andere wijk geen aansluiting vinden op school, maakt niet de stap naar een beroeps- of hogere opleiding en mist daarbij dus de mogelijkheid om haar kansen ten

volle te benutten. Dit is een dimensie van gezondheid die zich niet onmiddellijk in standaard biomedische termen laat vatten: gezondheid heeft vele gedaantes. Dit wordt door gezondheidsonderzoekers, gezondheidsprofessionals en beleidsmedewerkers nog wel eens uit het oog verloren. Oplossingen worden vaak gezocht op basis van gezondheid als biomedische uitkomstmaat, simpel en eendimensionaal. Een focus op het luisteren naar deze bevolkingsgroep en gebruik maken van het initiatief (bijvoorbeeld door ervaringsdeskundigen) dat vanuit deze groep komt, kan heel andere inzichten opleveren. Het kan dan bijvoorbeeld gaan om het oplossen van schuldenproblematiek. Roken, alcoholproblematiek, en overgewicht hoeven dan geen extra aandacht.

Terug naar de interviews. De evaluatie van de “Laarbeek-ervaring” leert ons dat er naast fysieke fitheid, “gezelligheid” en “het hebben van een sociaal netwerk” andere belangrijke dimensies van gezondheid zijn (Wijenberg et al, 2013). Een multi-dimensionale gezondheidsbenadering waarin burgers zeggenschap en eigenaarschap hebben over welke dimensies voor hen belangrijk zijn, is belangrijk om gezondheidsongelijkheid in Nederland te verminderen. Context wordt in zo’n benadering onderdeel van het gezondheidsconcept wat een ander perspectief biedt op ongelijkheid.

Conclusie

Gezondheidspotentieel als focus in het WRR rapport en in het Preventieakkoord kan mogelijkheden bieden. Het is daarbij cruciaal verder te kijken dan het biomedische “meten is weten” paradigma. Een (filosofische) reflectie op doelen en middelen in de publieke gezondheidszorg (met inbegrip van “public health” onderzoek) is dringend nodig. Disciplines die zich bezighouden met kwalitatieve onderzoeksmethoden kunnen richting geven aan de invulling van een nieuwe benadering. Door middel van etnografie en een “capabilities” benadering kan een multi-dimensionaal gezondheidsperspectief worden ontwikkeld. Burgerinitiatieven (stimuleren), luisteren naar ervaringsdeskundigen en op basis daarvan onderliggende problematiek aanpakken, zijn voorbeelden van een nieuwe methodiek. Het is tijd om onze focus op uitkomsten te verleggen naar het scheppen van kansen.

Het vraagt om een grondige herinrichting van ons publieke gezondheidsapparaat. Alleen zo is het mogelijk om het potentieel genoemd in het Preventieakkoord te waarborgen en ongelijkheid te verminderen.

Prof. dr. ir. Hinke Haisma is adjunct hoogleraar population and child health aan het Population Research Centre van de Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen.

Noot

1. Zie: <https://www.laarbeekactief.nl/> (laatst geopend op 24 april 2019)

Literatuur

- Haverkamp, B., Verweij, M., & Stronks, K. (2017) "Gezondheid": Voor iedere context een passend begrip? Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen, 95(6), pp. 258-263. doi:10.1007/s12508-017-0070-5
- Schuit, A. J., Wendel-Vos, G., Verschuren, W. M. M., Ronckers, E. T., Ament, A., Van Assema, P., Ruland, E. C. (2006) Effect of 5-year community intervention hartslag limburg on cardiovascular risk factors. *American Journal of Preventive Medicine*. 30(3), pp. 237-242. doi:10.1016/j.amepre.2005.10.020
- Venkatapuram, S. (2011) *Health justice: An argument from the capability approach*. (PhD ed.). Cambridge: Wiley.
- Wijenberg, E., Dijkema, P.M.T., Schwillens, R. & Wagemakers, A. (2013) Gezondheidsrace Laarbeek. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*. 91. 10.1007/s12508-013-0008-5.

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

Vitaal en bevlogen werknemers? Een pleidooi voor etnografisch- participatief onderzoek

Klasien Horstman, Agnes Meershoek

Omdat we steeds ouder worden en langer door moeten werken, staat duurzame inzetbaarheid hoog op de agenda. Er wordt geïnvesteerd in programma's die ervoor moeten zorgen dat werknemers langer vitaal en gezond blijven. Maar waarom lukt dit voor hoogopgeleide werknemers beter dan voor andere werknemers? Is gangbaar wetenschappelijk onderzoek hier de oplossing of het probleem?

In de context van het Preventieakkoord is er veel belangstelling voor 'gezondheidsbevordering op de werkplek'. Iedereen moet langer werken en het is dus zaak dat mensen fit en vitaal blijven om duurzaam inzetbaar te zijn op de arbeidsmarkt. Het blijkt echter steeds weer dat gezonde leefstijl-interventies (sporten, stoppen met roken acties, gezonde kantine) vooral succesvol zijn in arbeidsorganisaties waar mensen werken die al leven volgens de normen van gezond leven. Lager opgeleide werknemers doen niet mee met activiteiten of stoppen snel (Burdorf et al., 2016; Teuscher, 2017). In organisaties met veel praktisch opgeleide werknemers en organisaties met kwetsbare werknemers zoals bijvoorbeeld Sociaal Werk-bedrijven kunnen gezondheidsprogramma's bij deze werknemers op weinig deelname en draagvlak rekenen.

Waarom bereiken we ze niet?

In de wereld van gezondheidsbevordering wordt dit fenomeen gezien als een 'problem of reach': de gedachte is dat er veel kennis over gezondheid en evidence-based interventies beschikbaar zijn, maar dat een be-

paalde groep daar niet mee wordt bereikt. Deze logica leidt dan tot een volgende stap: het bedenken van strategieën om deze werknemers wel te bereiken, en dan wordt bijvoorbeeld ingezet op motivatie-technieken of verbeterde communicatie (bijvoorbeeld Jip en Janneke-taal). Deze aanpak verhuult echter dat er meer aan de hand is dan 'moeilijke bereikbaarheid'. Het huidige gezondheidsdiscours belichaamt de leefwereld en ervaringen van hoger opgeleiden en past niet bij ervaringen van lager opgeleiden.

Er zijn verschillende, samenhangende, verklaringen voor dit 'probleem van bereikbaarheid'. Ten eerste is de wetenschappelijke kennis van de wereld van praktisch opgeleide werknemers uitermate beperkt. Vaak zijn kwantitatieve gezondheidsrisico-inventarisaties op basis van gezondheidsmetingen en voorgestructureerde vragenlijsten de basis voor gezondheidsinterventies. Een antropologie van gezondheid die aandacht schenkt aan de manieren waarop werknemers betekenis geven aan werk en gezondheid ontbreekt (Meershoek & Horstman, 2016). Ten tweede worden werknemers met weinig formele opleiding niet beschouwd als een serieuze gesprekspartner als het gaat om duurzame inzetbaarheid en ze worden niet betrokken bij de ontwikkeling van maatregelen die gezondheid, welzijn en duurzame inzetbaarheid bevorderen (Teuscher, 2017). Tenslotte zijn gezondheidsinterventies op de werkplek sterk gericht op individueel gedrag van werknemers en wordt weinig aandacht besteed aan de aard van het werk, de bedrijfscontext en het sociale leven van werknemers.

Het perspectief van werknemers

Onderzoek van Boeijsing et al (2016) laat zien hoe het anders kan. Zij starten bij het gegeven dat vrachtwagenchauffeurs (ca. 90.000 in Nederland) vaak een ongezonde leefstijl hebben: weinig beweging, weinig groente en fruit. Hun werkomstandigheden zijn uitzonderlijk: onregelmatig, vaak veel uren achtereen achter het stuur, onverwachte vertragingen, lang van huis. Het is niet verrassend dat onder deze groep overgewicht, hoge bloeddruk en hoge cholesterolwaarden relatief veel voorkomen. Interventies en voorlichting die beogen ontspanning, beweging en gezonde voeding te stimuleren, hebben echter weinig effect gesorteerd. Boeijsing startte daarom met een verkenning

van het perspectief en de ervaringen van vrachtwagenchauffeurs. Ze deed interviews met chauffeurs en – bijzonder – ze reed met hen mee. Uit haar onderzoek blijkt dat chauffeurs genieten van het werk, maar wijzen op de mentale belasting: het verkeer vraagt een continue alertheid. Ze zien wel de negatieve effecten op hun gezondheid, maar proberen deze - door zich te vergelijken met andere groepen - in perspectief te plaatsen en niet uit te vergroten: het kan nog erger. Ze zouden wel gezonder willen leven, motivatie is niet het probleem. Ze kunnen zich dan ook niet vinden in het clichébeeld van de vrachtwagenchauffeur met de gehaktballen, maar ze zien weinig mogelijkheden om te bewegen en ervaren veel fastfoodverleidingen. Toen Boeijsing meereed op een vrachtwagen, zag ze hoe vrachtwagenchauffeurs niet eenvoudig een ommetje kunnen maken als ze stilstaan omdat ze bijvoorbeeld op de auto moeten letten: er wordt veel ingebroken op parkeerplaatsen en het is dure vracht. Het onderzoek van Boeijsing laat zien dat veel interventies gebaseerd zijn op onterechte aannames over gebrekkige motivatie en kennis van lager opgeleide werknemers en niet gebaseerd zijn op goed onderzoek van de alledaagse realiteit van werknemers.

Geen interventies, maar dialoog

We zijn de afgelopen jaren in een pilot-onderzoek in gesprek gegaan met praktisch opgeleide werknemers in een fabriek met ploegendiensten en met werknemers met een afstand tot de arbeidsmarkt in een sociaal werkbedrijf (Aert, van 2018; E.Breugelmans 2017; M.Schroeters, 2017). In termen van het gezond levensdiscours gaat het hier om werknemers die niet voldoen aan de normen van gezond leven: er wordt relatief veel gerookt, relatief weinig bewogen, en er is relatief veel overgewicht. Toch waren gezondheidsbevorderende interventies in deze organisaties weinig succesvol. Dat was voor ons een reden om het perspectief van werknemers op werk en gezondheid te onderzoeken. Daarbij nemen we het sociologische Thomas-theorema als uitgangspunt: *"If men define situations as real, they are real in their consequences"*. Met andere woorden, het is belangrijk om te begrijpen hoe mensen betekenis geven aan hun wereld, omdat ze op basis daarvan handelen. Dat betekent niet dat deze betekenissen als een vast gegeven moeten worden gezien. Het Thomas-

theorema sluit niet uit dat betekenissen bevroegd kunnen worden en dat gebeurt in het alledaagse leven ook: in gezinnen en families en onder vrienden vindt continue uitwisseling plaats van betekenissen (Schnabel, 2003). Om een duurzame, gezonde maatschappij te creëren, moeten gezondheidsbevorderaars hun definitie van de situatie echter niet als vanzelfsprekend aannemen en aan anderen opleggen, maar ruimte creëren voor uitwisseling van ervaringen en gesprekken. Gezond leven is een *'contested concept'* en volgens Buchanan (2002) is 'de interventie' dan ook geen goed model voor gezondheidsbevordering en zou dat vervangen moeten worden door 'de dialoog'. Om zo'n dialoog over gezondheid op de werkplek mogelijk te maken, is het belangrijk om 'verschillende definities van de situatie' in beeld brengen.

Respect is belangrijk

Net als in het onderzoek van Boeiyinga laten interviews met werknemers in ons onderzoek zien dat gezondheid niemand onverschillig laat. Terwijl veel interventies zich richten op lichamelijke gezondheid, benadrukken veel werknemers ook het belang van mentale veerkracht. *"Ja, die balans moet er altijd zijn, als die er niet is dan heb je kans op ziektes. Krijg je verstoringen, blokkades, en blokkades veroorzaken altijd ziektes."* Een andere werknemer zegt: *"Als je je mentaal niet goed voelt, zul je ook meer lichamelijke klachten hebben en dat beïnvloedt je vitaliteit. Zo werkt dat."* Velen merken op dat ze lijden onder stress. Hoewel veel gezond-op-de-werkplek interventies zich richten op individueel gedrag zoals bewegen, roken en eten, hebben veel geïnterviewden het ook over werkomstandigheden. Zo wijzen sommige werknemers op *"een stoffige fabriek"* en anderen vertellen *"de hele dag zitten, daar krijg ik geen energie van. Steeds dezelfde houding, dan krijg ik een zere nek en zere schouders van. Veel mensen hier hebben rugpijn"*. Weer anderen vertellen over verveling en lang moeten wachten op nieuwe opdrachten.

Een onderwerp dat veel geïnterviewden aansnijden, is de werksfeer: werknemers vinden het fijn als collega's elkaar helpen, als een leidinggevende een luisterend oor biedt en als er gelachen wordt. Sociale verschillen zijn een teer punt. Praktische opgeleide en kwetsbare werknemers tonen een groot besef van sociale verschillen en sociale scheidslijnen. Het gevoel

niet serieus te worden genomen en niet gerespecteerd te worden, heeft naar hun idee veel invloed op hun welzijn en op de neiging om open te staan voor initiatieven van de werkgever. *"Ik vind, ook al werk je boven, dan kun je ons nog wel respecteren. Je kunt wel goeie morgen zeggen als je binnen komt. ... niet doen alsof we lucht zijn. Sommigen van kantoor hebben een air van, ik ben van kantoor en jij bent maar van de productie."* Voor het ontwerpen van duurzame gezondheidsbevorderingsinitiatieven op werkplekken voor mensen die praktisch zijn opgeleid, zijn deze inzichten cruciaal: ze zijn het startpunt om samen met deze werknemers experimentele activiteiten te bedenken, uit te voeren en te evalueren.

Slow science, no magic bullets

Deze pilotonderzoeken vormden de opmaat voor een groter etnografisch actieonderzoek dat nu wordt uitgevoerd.¹ Het huidige onderzoek heeft een etnografisch karakter: de werkplek wordt beschouwd als een plek waar verschillende *'tribes'* (Braun, 2015) elkaar tegenkomen en we moeten hun 'cultuur' goed kennen. Het onderzoek houdt in dat we - in werkkleding - meelopen in bedrijven om gevoel te krijgen voor de context van de werkplek, veel aanwezig zijn, veel informele gesprekken voeren en interviews afnemen. Het betekent dat we onze bevindingen delen en aanscherpen op basis van de feedback van werknemers, samen ideeën genereren voor activiteiten op het snijvlak van gezondheid, werk en sociale relaties en deze samen uitvoeren en evalueren. Deze methodiek resulteert niet in *'one size fits all'*, *'magic bullets'* en *'quick fixes'* voor gezondheid en vitaliteit. Ze draagt wel bij aan robuuste en realistische inzichten en aan instrumenten voor gezondheidsbevordering onder werknemers die gezondheid belangrijk vinden maar weinig boodschap hebben aan een gezondheidsdiscours dat van hun alledaagse leefwereld losgezongen is.

Prof. dr. Klasien Horstman is hoogleraar Filosofie van de Publieke Gezondheidszorg, Universiteit Maastricht. Zij onderzoekt de relatie tussen wetenschap, politiek en maatschappij in praktijken van gezondheidsbevordering, infectieziekten-bestrijding (preventie antibiotica resistentie & vaccinatie), zorgvernieuwing. www.klasienhorstman.nl, www.universiteitmetdebuurt.nl

Dr. Agnes Meershoek is universitair hoofddocent bij de vakgroep Metamedica van de Universiteit Maastricht. Zij doet onderzoek naar de relatie tussen werk, gezondheid, participatie en burgerschap, met specifieke interesse voor de (on)bedoelde consequenties van beleidsmatige en kennisgestuurde pogingen om die relatie te beïnvloeden en de normatieve dimensies daarvan.

getting individuals with low socioeconomic status of different ethnic origins: needs of the target group and research demands. PhD thesis. Maastricht: Maastricht University.

Noot

- ¹ <https://www.zonmw.nl/nl/onderzoek-resultaten/preventie/werk/programmas/project-detail/preventie-5-deelprogramma-3-werken-is-gezond/health-in-action-a-participatory-ethnographic-research-into-workplace-health-promotion-for-employee/>

Literatuur

- Aert, van C., (2018) *Workplace health promotion programs: bridging the 'gap of reach' among low SES employees*. Masterthesis. Maastricht: Maastricht University,
- Boeijinga, A. Hoeken, H., Sanders, J. (2016) Health promotion in the trucking setting: Understanding Dutch truck drivers' road to healthy lifestyle changes. *Work*, pp. 55385-397.
- Braun, D., Kramer, J. (2015) *The corporate tribe. Organisatielessen uit de antropologie*. Deventer: Vakmedianet Management BV.
- Breugelmans, E. (2017) *Taking off the Rose-Tinted Glasses: acknowledging discourse diversity within Workplace Health Promotion*. Master thesis. Maastricht: Maastricht University.
- Buchanan, D. R. (2000) *An ethic for health promotion*. Oxford: Oxford University Press.
- Burdorf, A., Robroek, S.J.W., Schuring, M. (2016) *Kennissynthese Werk(en) is Gezond*. Den Haag: ZONMW.
- Meershoek, A, Horstman, K. (2016) Creating a market in workplace health promotion: the performative role of public health sciences and technologies. *Critical Public Health*, 26, 3, pp. 269-280.
- Schnabel, P. (2003) *Het theorema van Thomas*. Den Haag: SCP
- Schroeters, M. (2017) *Workplace health promotion: bridging perspectives of employees and employer*. Master thesis. Maastricht; Maastricht University
- Teuscher, D. (2017) *A lifestyle intervention study tar-*

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

Vroege preventie van dementie: Ethische aspecten

Dorothee Horstkötter, Anke Snoek, Kay Deckers, Sebastian Köhler

Volgens onderzoek kan ongeveer een derde van alle gevallen van dementie mogelijk voorkomen worden door vroegtijdige veranderingen in de leefstijl en betere gezondheidszorg.

Dementie veroorzaakt veel lijden voor de patiënt en naasten. Als dit leed wellicht voorkomen kan worden, rijst de vraag of deelname aan preventieprogramma's niet moreel verplicht is. Of heeft deelname ook nadelen? Welke valkuilen en neveneffecten kunnen we verwachten?

Achtergrond

Dementie is een ernstige aandoening die veel voorkomt onder mensen van hoge leeftijd, en waaraan veel mensen overlijden. Naast de persoon met dementie zelf, ervaren ook hun naasten een grote ziektelast. In 2017 hadden ongeveer 270.000 mensen in Nederland een vorm van dementie, en waarschijnlijk zal dit aantal verdubbeld zijn in 2055 (Alzheimer Nederland, 2018). De zorgkosten voor dementie bedroegen in 2015 € 6.6 miljard (8% van de totale gezondheidszorgkosten), en naar verwachting zal dit stijgen naar € 15.6 miljard in 2040 (Rijksoverheid, 2018). Dementie hoort tot een van de meest gevreesde diagnoses in de Westerse samenleving (Roberts & Connell, 2000) omdat zij de mentale en cognitieve vaardigheden van mensen aantast en met name in latere fases kan leiden tot verlies van autonomie en tot veranderingen in persoonlijkheid.

Ondanks veelvuldig onderzoek naar oorzaken en het verloop van dementie is er tot op heden helaas geen behandeling voor gevonden (Alzheimer's Disease International, 2018; Makin, 2018). Wel is duidelijk dat het proces van dementie eerder begint dan

aanvankelijk gedacht werd, en dat er voor de eerste symptomen al voorbodes zijn van de aandoening. Onlangs beargumenteerde een commissie ingesteld door het tijdschrift *The Lancet* dat meer dan een derde van dementie te voorkomen zou zijn door negen veel voorkomende risicofactoren aan te grijpen. (Livingston et al., 2017) Zij bespreekt een reeks aan omgevings- en medische factoren die al vanaf jonge leeftijd positief beïnvloed moeten worden door leefstijl-interventies. Bijvoorbeeld niet beginnen of stoppen met roken, gezond eten, cognitieve uitdagingen aangaan en sociaal betrokken zijn. Maar ook een betere behandeling van gezondheidsproblemen zoals depressie, diabetes, hoge bloeddruk, gehoorverlies en obesitas, kunnen de kans op dementie verkleinen.

Deze inzichten bieden belangrijke handvatten voor nieuwe beleidsinitiatieven op het gebied van de vroege preventie van dementie. Hiermee bedoelen we levensstijl-aanpassingen ver voordat een eventuele dementie zich zou openbaren, en ook lang voordat duidelijk is of een bepaald individu überhaupt wel risico loopt.

'We zijn zelf het medicijn' en MijnBreincoach

Geïnspireerd door deze bevindingen heeft het Alzheimer Centrum Limburg begin 2018 een publiekscampagne gelanceerd, getiteld "*We zijn zelf het medicijn*" (www.wezijnzelfhetmedicijn.nl), die zich richt op de algemene bevolking vanaf middelbare leeftijd (ca 40-75 jaar). Door activiteiten (lezingen, workshops), advertenties, posters, sociale mediakanalen en een website wordt getracht een breed publiek bewust te maken van hun eigen mogelijkheden om in het dagelijkse leven hun risico op dementie te verkleinen. Op posters en in berichten op sociale media worden vragen gesteld als: "Verkleint museumbezoek de kans op dementie?" "Verkleint aubergine de kans op dementie?" of "Verkleint een hond de kans op dementie?" Lezers worden aangemoedigd om na het lezen van de vragen de bijhorende website met meer informatie over hersengezondheid en dementiepreventie te bezoeken. Bovendien werd een e-health platform (de app *MijnBreincoach*) ontwikkeld om mensen bij leefstijlveranderingen te ondersteunen. Gebruikers kunnen een test doen die aangeeft op welke leefstijlthema's (bijvoorbeeld voeding, beweging, roken, nieuwsgierig blijven in het leven) voor hun gezondheidswinst is te

halen. Vervolgens ontvangen zij dagelijkse meldingen over een thema naar keuze. Dit kan zijn in de vorm van een tip, een feit, een quiz of een gedragsuitdaging. Een voorbeeld van een uitdagings-bericht is bijvoorbeeld: ‘Probeer twee keer per week vette vis te eten in de komende week. Accepteert u de uitdaging?’ Degenen die de uitdaging accepteren krijgen dan hieraan gerelateerde recepten gepresenteerd die hun moeten helpen om de uitdaging aan te gaan. De *MijnBreincoach* app werd ruim 9000 keer gedownload in het afgelopen jaar.

Ethische vragen in het midden van het leven

Vroege preventie van dementie past goed bij het Nationaal Preventieakkoord en in de huidige trend om allerlei ziektes liever vroeg te voorkomen dan later te moeten behandelen. Vroege preventie van dementie onderscheidt zich daar echter in bepaalde aspecten ook van. Ze richt zich namelijk op universele preventie, dus op de algemene bevolking, zonder groepen met een verhoogd risico op dementie af te bakenen. Verder betreft het veranderingen in de dagelijkse routine van mensen gedurende een lange periode, voor de meeste mensen decennia voordat de mogelijke ziekte überhaupt te verwachten is en dus ruim voordat mogelijke positieve resultaten merkbaar zijn. Dergelijke activiteiten door mensen van middelbare leeftijd, bedoeld om op latere leeftijd dementie te voorkomen, roepen een reeks specifieke, en tot nog toe niet-gestelde ethische vragen op.

Eerder ethiekonderzoek naar dementie-preventie heeft zich vooral gericht op de biologische grondslag van dementie: genetische factoren of indicatoren in het lichaam die dementie kunnen voorspellen, zogeheten biomarkers. Terwijl dit belangrijke inzichten kan opleveren, is er ook een risico op een bepaalde kortzichtigheid als we ons vanuit ethisch perspectief enkel richten op de biologie van dementie, en de implicaties van sociale en maatschappelijke ontwikkelingen over het hoofd zien.

Tegen deze achtergrond zijn de auteurs van deze bijdrage, ethici in samenwerking met betrokken onderzoekers van het Alzheimer Centrum Limburg, van plan om de ethische aspecten van vroege preventie van dementie nader te onderzoeken. Dit willen we doen middels een literatuurstudie, maar

vooral ook aan de hand van een dagboekstudie bij de gebruikers van de *MijnBreincoach* app, en van kwalitatieve interviews met beleidsmakers en professionals die betrokken zijn bij de “*We zijn zelf het medicijn*” campagne.

De voordelen van preventie lijken evident: minder mensen ontwikkelen mogelijk dementie, meer mensen blijven autonoom en zelfstandig tot op hogere leeftijd en als positief neveneffect wordt er minder beroep gedaan op de zorg door familieleden en/of professionals en wordt het gezondheidssysteem uiteindelijk minder belast. Als de bevindingen van Livingston en collega’s (2017) inderdaad kloppen, en een derde van de gevallen van dementie voorkomen kan worden met leefstijlinterventies, dan lijkt preventie niet alleen mogelijk, maar zelfs een maatschappelijk of moreel vereiste.

Deze mogelijke ontwikkeling roept echter ook een aantal ethische vragen op. Bijvoorbeeld: Gaan wij als bevolking een (proto)dementie-identiteit ontwikkelen en onszelf zien als personen met mogelijke dementie in plaats van ons te blijven focussen op de behoeftes en mogelijkheden die wij hebben als gezonde volwassenen in het midden van het leven? Veranderen dergelijke preventie-initiatieven de wijze waarop mensen hun middelbare leeftijd ervaren wanneer ze nog fysiek en cognitief gezond zijn? Ontstaat er sociale druk om deel te nemen aan dergelijke programma’s? Welke complicaties zijn te verwachten als mensen jaren- maar vooral ook decennialang gezondheidsadviezen opvolgen zonder enige vorm van succes te kunnen waarnemen? In hoeverre gaat zo’n gezondheidsprogramma mensen confronteren met hun eigen risico op dementie en kan dit ook juist averechts werken door gevoelens van machteloosheid op te roepen? Of is wellicht het omgekeerde het geval en ervaren mensen juist een verhoogd gevoel van controle over hun eigen gezondheid op latere leeftijd? Maar wellicht geldt ook dat gezondheidsverschillen nog verder zullen toenemen tussen mensen met uiteenlopende gezondheidsvaardigheden? En wat gebeurt er met diegenen die ondanks alle inspanningen rondom dementiepreventie nog steeds dement worden? Worden zij hiervoor – moreel, maatschappelijk, economisch – verantwoordelijk gehouden en hoe gerechtvaardigd is dit?

Tot nu toe kreeg de toenemende belangstelling voor preventie van dementie door leefstijl vanuit ethisch perspectief nagenoeg geen aandacht en zijn de ethische en sociale implicaties ervan nog onbekend. Wij hopen met ons onderzoek een zich ontwikkelende praktijk op de voet te kunnen volgen en op basis hiervan ethische leidraden te kunnen ontwikkelen voor verdere wetenschappelijke ontwikkelingen, toekomstig beleid op dit gebied en nieuwe maatschappelijke en publieke toepassingen.

Dr. Dorothee Horstkötter is werkzaam als universitair docente bij de afdeling Health, Ethics and Society; School for Mental Health and Neuroscience (MHeNS) van de Universiteit Maastricht. Haar onderzoek omvat ethische en filosofische vragen op het terrein van de neurowetenschappen en de geestelijke gezondheid.

Dr. Anke Snoek is postdoctoraal onderzoeker aan de Universiteit Maastricht, afdeling Health, Ethics and Society. Haar onderzoek richt zich op vragen naar ervaren autonomie en identiteit bij neurobiologische aandoeningen.

Dr. Kay Deckers is werkzaam als postdoctoraal onderzoeker bij het Alzheimer Centrum Limburg; School for Mental Health and Neuroscience van de Universiteit Maastricht. Zijn onderzoek richt zich voornamelijk op risicoreductie van dementie en het bevorderen van de hersengezondheid.

Dr. Sebastian Köhler is universitair hoofddocent bij de afdeling Psychiatry and Neuropsychology, groep leider van de onderzoekslijn Neuroepidemiology van de School for Mental Health and Neuroscience, en senior onderzoeker van het Alzheimer Center Limburg aan de Universiteit Maastricht.

Literatuur

- Alzheimer's Disease International. (2018) *World Alzheimer Report 2018- The state of the art of dementia research*. <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2018.pdf>, bezocht: 19 april 2019
- Alzheimer Nederland. (2018) *Cijfers en feiten over dementie*. <https://www.alzheimer-nederland.nl/>

sites/default/files/directupload/factsheet-dementie-algemeen.pdf, bezocht: 19 april 2019.

Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., . . . Mukadam, N. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390 (10113), pp 2673-2734.

Makin, S. (2018) The amyloid hypothesis on trial. *Nature* (559), pp. S4-S7.

Rijksoverheid. (2018) Aanpak dementie. <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/dementie/aanpak-dementie>, bezocht op: 19 april 2019.

Roberts, J. S., & Connell, C. M. (2000) Illness Representations Among First-Degree Relatives of People With Alzheimer Disease. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 14 (3), pp. 129-136.

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

Als dit niet, wat dan wel? Gerechvaardigd paternalisme en het Nationaal Preventieakkoord over roken

Thomas Nys en Henri Wijsbek

*De rook kan elk te kennen geven,
De korthed van het aardsche leven'*

Van alle onhebbelijke gewoontes is roken de dodelijkste, en net als bij alle andere verslavingen is bij roken van autonomie van de gebruiker nauwelijks sprake. Redenen genoeg om niet alleen met de maatregelen die in het Nationaal Preventieakkoord worden voorgesteld in te stemmen, maar ook om hardere maatregelen te eisen.

Wat staat er in het Nationaal Preventieakkoord?

Roken is volgens het Nationaal Preventieakkoord (NP) de “nummer één te voorkomen doodsoorzaak.” Gegeven de ernst, geloven de auteurs van het NP dat “meer stevige maatregelen” (NP, 11) vereist zijn: de prijs van tabaksproducten substantieel verhogen, een rook- en tabaksvrije omgeving, effectieve en toegankelijke stopondersteuning, intensieve campagnes en product- en verpakkingseisen. (NP, 12)

Dit roept de vraag op of dergelijke ‘stevige maatregelen’ gerechtvaardigd zijn. Als mensen niet meer kunnen roken, of roken hun moeilijker gemaakt wordt, dan worden zij in hun vrijheid beperkt. Als vrijheid, zoals dat heet, een ‘groot goed’ is, dan moeten er zwaarwegende redenen zijn om dit goed te beperken. Misschien zijn er inderdaad mensenlevens te redden en misschien levert ons dat als samenleving meer geld op, maar bestaat het gevaar niet dat Nederland, door dit soort paternalistische maatregelen, opschuift naar een zogenaamde *nanny state* die haar burgers een versie van het goede leven opdringt?

Roken en paternalisme

Wat is paternalisme en kan het ooit gerechtvaardigd zijn? Filosofen zijn het over weinig eens, maar we kunnen de volgende definitie als uitgangspunt nemen. X handelt paternalistisch ten aanzien van Y door Z te doen (of te laten) indien:

- a) Z (of het nalaten ervan) de vrijheid of autonomie van Y beperkt,
- b) X dit doet zonder toestemming van Y en
- c) X dit doet enkel en alleen omdat zij gelooft dat Z (of het nalaten ervan) het welzijn of de belangen van Y ten goede komt.²

Als de maatregelen een efficiëntere gezondheidszorg als doelstelling zouden hebben, en als een preventief rookontmoedigingsbeleid efficiënter is dan behandeling van rookgerelateerde ziekten achteraf, zijn deze maatregelen niet paternalistisch. Aan de laatste voorwaarde uit de definitie is dan immers niet voldaan. Maar hoewel de kosten - 2.4 miljard - inderdaad vermeld worden in het NP, is de primaire doelstelling duidelijk de bevordering van de volksgezondheid, onafhankelijk van de daarmee gepaard gaande kosten. Hierdoor kan het NP de discussie vermijden of roken uiteindelijk de gezondheidszorg duurder of toch goedkoper maakt, maar niet de verdenking op paternalisme wegnemen.

Maar een paternalistisch motief (voorwaarde (c) in de definitie) is niet genoeg om een maatregel paternalistisch te maken. Om werkelijk paternalistisch te zijn, moet het invoeren van deze maatregel (a) de vrijheid of autonomie van personen beperken, (b) zonder dat ze toestemming voor die beperking hebben gegeven. We kunnen het erover eens zijn dat zorg om het welzijn van personen een nobel motief vormt, maar deze andere voorwaarden maken duidelijk wat er mis kan zijn met paternalisme. Dat brengt ons bij de mogelijke rechtvaardiging ervan.

Gerechvaardigd paternalisme

Wanneer mag je zonder de toestemming van een persoon haar vrijheid of autonomie inperken om haar welzijn te bevorderen? Een mogelijk antwoord is: nooit. Filosofen, anarchisten en vrijdenkers mogen hiervoor de subtielste argumenten in stelling brengen, maar de waarheid is dat wij - als po-

litieke gemeenschap - hier niet in geloven. Er gaan weinig stemmen op om autogordels of motorhelmen af te schaffen of om de voedselinspectie op te heffen. Soms mag de overheid blijkbaar iets verplichten of verbieden om dramatische (gezondheids)risico's te voorkomen.

Dat brengt ons bij een tweede antwoord. Soms zijn de risico's kennelijk zo groot dat de waarden van vrijheid en autonomie eenvoudig moeten wijken. Het belang dat mensen kunnen stellen in 'het vrije gevoel' in de auto of 'de wind door de haren' op hun Harley Davidson weegt niet op tegen het risico op blijvend letsel of zelfs de dood. Vrijheid is een groot goed, maar het is niet het enige goed; als vegetatief verkeersslachtoffer heb je er niet veel aan. Door politiecontroles en boetes maken we het waarschijnlijker dat mensen autogordels en motorhelmen dragen en belemmeren we hun vrijheid, maar dat is gerechtvaardigd omdat de risico's zo hoog zijn en de kosten voor het individu zo laag.

Zijn de risico's die met roken gepaard gaan dan voldoende om paternalisme op deze gronden te rechtvaardigen? Elk jaar sterven er 20.000 mensen aan de gevolgen van roken en de kans om longkanker te ontwikkelen is voor rokers 980% groter dan voor niet-rokers. In 1989 haalde de filosoof Robert Goodin onderzoek aan dat uitwijst dat 25% van de rokers zal doodgaan ten gevolge van dat roken. (Goodin, 1989: 588) In 2016 stelde Marcel Levi, voormalig bestuursvoorzitter van het AMC, dat maar liefst de helft van alle rokers eraan doodgaat.³ Conclusie: van roken ga je niet noodzakelijk dood; het is eerder zoals Russische roulette, maar de kans dat rokers doodgaan aan roken is veel groter dan de kans om in het verkeer om te komen (In 2018 vielen er 678 verkeersdoden in Nederland). Voldoende reden, zo lijkt het, om in te grijpen.

Er is echter nog een argument dat in onze ogen doorslaggevend is in het pleidooi voor paternalistische maatregelen tegen roken. Iedereen weet dat roken de gezondheid schaadt en zelfs longkanker veroorzaakt. Talloze campagnes en schokkende verpakkingen hebben hun effect wat dat betreft niet gemist. Kunnen we dan niet aannemen dat rokers een geïnformeerde en vrijwillige beslissing nemen die wij dienen te respecteren?

Er zijn minstens drie redenen om het autonome karakter van deze keuze in twijfel te trekken. Ten eerste begint een groot aantal rokers te roken wanneer ze minderjarig zijn (31% van de 16-jarigen heeft ooit gerookt en van de 16 tot 18-jarigen 51%) en paternalisme ten aanzien van minderjarigen is veel minder problematisch precies omwille van hun (verminderde) wilsbekwaamheid. Daarnaast is die keuze onderhevig aan *peer group pressure*, een reden te meer om te stellen dat er een vorm van druk of dwang bij komt kijken. De keuze om te beginnen met roken is dus vaak een minder-dan-autonome keuze.

Ten tweede is er - ook bij volwassenen - een verschil tussen weten en weten. Er bestaat een karrenvracht aan literatuur die de irrationaliteit van onze opvattingen en de daarop gebaseerde beslissingen aantoonde. Ook al weten we dat de kans 1 op 10 is om een nare ziekte te krijgen, we schatten onze eigen kans steeds kleiner in ("Mij zal het niet gebeuren"). We gaan ook niet dood aan de eerste sigaret, noch aan de volgende, net zoals je niet nat wordt van één regendruppel, maar door kortzichtig 'per sigaret' te redeneren, verliezen we het cumulatieve effect uit het oog. En we hebben sowieso een sterke neiging om ons onmiddellijk welbevinden voorrang te verlenen op ons toekomstig welzijn. Is een keuze waarin dergelijke *biases* zo'n grote rol spelen echt een vrije en geïnformeerde beslissing?

Een derde en laatste reden is dat 80% van de rokers aangeeft te willen stoppen (NP, 21). Het is niet zo dat alleen wij, de samenleving, of de beleidsmakers, vinden dat rokers irrationeel zijn; veel rokers zouden zelf liever niet-roker willen zijn. In de filosofische analytische literatuur wordt autonomie vaak gezien als het vermogen om afstand te nemen van je verlangens en ze te evalueren. Je bent niet autonoom als je alleen maar doet wat je sterkste verlangen je ingeeft, je moet je tevens identificeren met dat verlangen. Je moet het écht willen. Van veel rokers weten we dat ze liever van het verlangen naar een sigaret verlost zouden zijn, hoe sterk hun verlangen ook is. Nu dat zo is, is het opwerpen van barrières die het moeilijker maken om het verlangen naar een sigaretje te vervullen niet zozeer een beperking van hun autonomie, alswel een hulpmiddel om die autonomie te herstellen. We zouden door een verbod dan niet tegen hun eigenlijke wil ingaan.⁴

Conclusie

De in het NP genoemde maatregelen tegen het roken zijn te rechtvaardigen, omdat we met recht kunnen twifelen aan het autonome - vrijwillig en geïnformeerde - karakter van de keuze, en omdat het risico op ernstige gezondheidsschade zo groot is, groter dan in andere gevallen waar we paternalisme gerechtvaardigd vinden. In het licht van deze conclusie dringt zich een andere vraag op. Zijn de 'stevige maatregelen' die in het NP beschreven staan niet veel te slap om de beoogde resultaten te behalen? Op grond van een gerechtvaardigd paternalisme zou een verbod op de verkoop van sigaretten eerlijker, moediger en efficiënter zijn dan alleen een ontmoedigingsbeleid gericht op de consument. We hebben het hier tenslotte over de dodelijkste verslaving die er is (NP, 26), die tot een gruwelijke dood zal leiden bij 25% van de gebruikers, zelfs wanneer ze het product precies gebruiken zoals door de producenten bedoeld. (Goodin, 1989: 588)

Dr. Thomas Nys, universitair docent ethiek en dr. Henri Wijsbek, docent ethiek, zijn beiden verbonden aan de Universiteit van Amsterdam.

Literatuur

Goodin, Robert E. (1989) *The Ethics of Smoking*. *Ethics*, 99, pp. 574-624

Noten

- ¹ Gevelsteen boven de sigarenwinkel van Eduard Huf, Zoutsteeg 12, Amsterdam (1895)
- ² Deze standaarddefinitie komt van Gerald Dworkin en is te vinden op: <https://plato.stanford.edu/entries/paternalism/>
- ³ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/levi-edith-please-wees-fermer-tegen-roken.htm>
- ⁴ Indien een meerderheid van de rokers wil stoppen, dan kunnen we misschien stellen dat het beperken van hun vrijheid met hun instemming gebeurt en dus geen vorm van paternalisme is. Die claim hoeven we hier niet te verdedigen.

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

De morele betekenis van het Nationaal Preventie Akkoord

Marcel Verweij

Het Preventie Akkoord dat in het najaar van 2018 met meer dan 70 partijen werd gesloten samen met staatssecretaris Paul Blokhuis, roept de vraag op wat haar morele betekenis is. In een akkoord als dit regelen verschillende partijen wat ze van elkaar mogen verwachten, en in die zin is het bij uitstek een document met een normatieve betekenis.

In de tekst van het Preventieakkoord worden morele termen maar spaarzaam gebruikt. Het document beschrijft wat verschillende actoren gaan doen, niet zo zeer wat voor verantwoordelijkheden, plichten of rechten zij hebben. De term 'verplichting' komt alleen voor in passages over roken. 'Recht' wordt twee keer gebruikt: één keer als het recht van (GGZ) medewerkers op een rookvrije werkplek, en één keer in een voetnoot over het recht van zorgverzekeraars om gemaakte afspraken te heroverwegen bij een groter dan voorziene financiële impact. Termen als "rechtvaardigheid" of "solidariteit" ontbreken helemaal, maar "verantwoordelijkheid" wordt wel enkele malen genoemd, het meest prominent in deze passage:

"Dit is een complexe opgave, waar geen van de partijen in dit akkoord individueel voor verantwoordelijk kan zijn, maar iedereen een steentje aan bij kan dragen. Samen zetten we ons in om overgewicht en obesitas te voorkomen en terug te dringen. We zijn individueel verantwoordelijk voor de door ons ingebrachte acties, werken samen en spreken preken elkaar aan op de gezamenlijke doelstellingen die we ons zelf gesteld hebben." (p.36)

Maar hoe moeten we die verantwoordelijkheid nu eigenlijk begrijpen, hoe verhoudt deze zich tot de verantwoordelijkheid die ieder individu zelf heeft

voor de eigen gezondheid, en in hoeverre impliceren afspraken als deze dat partijen ook echt verantwoordelijk zijn, en die dus *behoren* te nemen?

Het Eutyphro dilemma

Als we ons afvragen wat nu precies de morele betekenis is van het Preventieakkoord dan stuiten we op een variant van het *Eutyphro*-dilemma. Dit dilemma verwijst naar de betreffende dialoog van Plato, waarin Socrates aan Eutyphro de vraag stelt of het doden van een moordenaar juist is omdat dat de goden behaagt, of dat anderzijds, dit de goden behaagt omdat die *handeling moreel juist is*. Het dilemma is een kernprobleem voor iedere theorie die het waarheidsgehalte van de moraal koppelt aan een Goddelijke wil of gebod (Timmons 2002). Het is toch eigenlijk alleen denkbaar dat God het juiste wil; maar als op andere gronden al beslecht is wat juist en onjuist is, waar hebben we die god dan nog voor nodig in de moraal? Analooq kunnen wij de vraag stellen of de overheid, het bedrijfsleven en andere maatschappelijke partijen een morele verantwoordelijkheid hebben om gezondheid te bevorderen omdat ze het Preventieakkoord hebben gesloten – of is het daarentegen zo dat het akkoord alleen een concretisering is van morele verplichtingen die zij sowieso al hadden?

Er valt veel voor te zeggen dat het laatste het geval is. In de eerste plaats is het wat vreemd om een akkoord tussen 70 partijen als een grondslag voor morele verantwoordelijkheid te zien, als de voorgestelde maatregelen uiteindelijk vooral het leven van burgers zullen beïnvloeden die zelf niet aan het akkoord konden of mochten deelnemen. Als het een echt ‘sociaal contract’ was, zouden wij allen ook als burger vertegenwoordigd willen zijn, en niet alleen via de bedrijven, scholen, sportclubs, verzekeraars, overheden, etc., aan wie we mogelijkerwijze als lid, klant of ingezetene gelieerd zijn.

Preventie als morele plicht

In de tweede plaats zijn er meerdere ethische argumentaties te geven voor een maatschappelijke verantwoordelijkheid – niet alleen van landelijke en lokale overheden maar ook van andere actoren zoals de voedingsindustrie, sportclubs, verzekeraars, etc. Mogelijke argumentaties voor verantwoordelijkheid voor

bescherming en bevordering van gezondheid zijn bijvoorbeeld:

- *De morele plicht om anderen niet te schaden*. De vrije markt en het zeer ruime aanbod van tabak, alcohol en ongezonde voedingsproducten werken gezondheidsschade in de hand. Dat is het meest duidelijk bij tabak (tabaksindustrie en –handel mochten dan ook niet eens meepraten) maar het geldt tot op zekere hoogte ook voor ongezonde voeding en zeker voor alcoholhoudende dranken. We leven in een obesogene maatschappij die mede wordt vormgegeven door de publieke en private partijen die ons figuurlijk voeden met ongezonde verleidingen (Dagevos & Munnichs 2007). Die partijen kunnen worden aangesproken op hun verantwoordelijkheid om mensen niet te schaden.
- Industrie, handel en overheid kunnen hier tegenoverstellen dat hun verantwoordelijkheid beperkt is omdat de markt de burger veel keuzevrijheid biedt waardoor die laatste zelf dus verantwoordelijk is voor zijn of haar (ongezonde) gedrag. Dat is echter niet helemaal terecht. Instituties, bedrijven en medeburgers hebben *een plicht om de autonomie van volwassen burgers te respecteren*, maar dat gaat verder dan hen keuzevrijheid te laten. Wanneer autonomie onder druk staat moet die juist bevorderd worden. In een ongezonde leefomgeving met een overaanbod aan vette en suikerhoudende voedingswaren is het voor velen lastig om keuzen te maken die ze zelf het beste en meest verstandig vinden. Dat impliceert een verantwoordelijkheid voor veel partijen om de autonomie van de consument te versterken, bijvoorbeeld aan de hand van voorlichting, *nudges*, en het wegnemen van verleidingen op plaatsen waar mensen het meest kwetsbaar zijn.
- De maatschappelijke verantwoordelijkheid voor gezondheid is ten slotte ook gefundeerd in overwegingen van *sociale rechtvaardigheid en het verkleinen van ongelijke kansen op een gezond leven*. Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld zo’n zeven jaar korter dan hun landgenoten met een hoge opleiding. De sociaal-economische ongelijkheden in gezonde levensverwachting zijn nog veel groter. Een overheid moet streven naar rechtvaardigheid en kan en mag dergelijke ongelijkheden niet aanvaarden. Welke gezondheidsverschillen bij uitstek onrechtvaardig zijn, is een lastige discussie, maar er kunnen wel degelijk enkele voorbeel-

den worden aangewezen van wat Amartya Sen (2009) *manifest injustices* noemt: bijvoorbeeld de verschillen die ontstaan door een ongezonde leefomgeving (sociaal, cultureel, fysiek) waaraan kwetsbare groepen zich niet redelijkerwijze aan kunnen onttrekken, of de grote sociaaleconomische verschillen in levensverwachting vanaf de leeftijd waarop armere en rijkere mensen met pensioen gaan (Haverkamp et al. 2018).

Verantwoordelijkheid is geen *zero-sum game*

Het Nationaal Preventie Akkoord doet niets af aan deze fundamentele ethische overwegingen. En of andere actoren nu wel of niet aan de afspraken deelnemen, of zij meer of minder doen dan wat afgesproken is, en of partijen halverwege uitstappen of niet: het maakt niets uit voor hun *morele* verantwoordelijkheid om bij te dragen aan een gezonde samenleving. Zelfs wanneer burgers hardnekkig ongezonde keuzen blijven maken, behouden overheden en maatschappelijke partners hun eigen *morele* verantwoordelijkheid tot preventie en bescherming van gezondheid op de hierboven genoemde gronden. Natuurlijk, de burger heeft als geen ander een verantwoordelijkheid om zijn of haar eigen welzijn te behartigen. Hij of zij heeft goede prudentiële en *morele* redenen om gezond te leven, al was het maar opdat hij of zij dan beter in staat blijft om verplichtingen na te komen jegens anderen voor wie zij ook weer zorg dragen: kinderen, familie, vrienden, collegae, werknemers, zakenrelaties, etc. Maar die gronden voor individuele verantwoordelijkheid staan los van de *morele* redenen die maatschappelijke actoren hebben om gezondheid van anderen niet te ondermijnen maar te versterken.

Het is dan ook niet zo dat als één partij, bijvoorbeeld de overheid, meer verantwoordelijkheid zou nemen, dit ten koste gaat van de verantwoordelijkheid van individuele burgers zoals Minister Schippers ooit in haar nota *Gezondheid Dichtbij* impliceerde (Ministerie Volksgezondheid Welzijn en Sport 2011). Verantwoordelijkheid voor gezondheid is geen *zero-sum game* (Verweij 2014). De *morele* redenen die wij als individuele burgers hebben om gezond te leven en de redenen die anderen hebben om gezondheid te bevorderen staan elkaar niet in de weg. En ook is het niet zo dat, als de overheid minder zou gaan doen aan gezondheidsbeleid, burgers en bedrijfsleven ook van

hun verantwoordelijkheid zouden zijn ‘verlost’. Het Preventieakkoord is geen afspraak van ‘als jij dit doet, dan moet ik dat doen’.

De betekenis van het Nationaal Preventieakkoord

Maar wat is de betekenis dan wel, als het geen *morele* basis legt voor wat we van al deze partijen mogen verwachten, en als het ook niet een wederzijdse afspraak is die de instemming en prestatie van de een als voorwaarde stelt voor wat van de ander verwacht mag worden?

Het Nationaal Preventieakkoord is in ieder geval zinvol als een brede erkenning dat gezondheid (en de bedreigingen door roken, alcohol en overgewicht) een maatschappelijke verantwoordelijkheid is waar vele partijen – en niet louter de individuele burger of ‘consument’ – een bijdrage aan moeten leveren.

Bescherming en bevordering is een taak van ons allemaal. Het valt de staatssecretaris te prijzen dat hij dit voor elkaar heeft gekregen. Het akkoord is ook geen wassen neus, omdat de verschillende partijen zich allemaal committeren aan concrete en meetbare volksgezondheidsdoelstellingen, die ook gemonitord gaan worden door het RIVM. De maatschappelijke verantwoordelijkheden werden al lang onderkend door *public health* professionals, wetenschappers en organisaties, maar het akkoord zorgt voor een bredere erkenning, en maakt ze ook meer concreet. In het akkoord verplichten de partijen zich om elkaar op hun prestaties – of hun tekortschieten – aan te spreken. Dat is winst: in een omgeving waarin mensen elkaar aanspreken op hun verantwoordelijkheid leren zij ook eerder om hun verantwoordelijkheid te nemen.

Er is ook een keerzijde aan de concrete acties die in het akkoord zijn afgesproken. Er is nogal wat kritiek geweest op wat in het akkoord gemist wordt: meer strikte maatregelen van de overheid zoals een suiker- of vettax, nog hogere accijnzen op rookwaren. Het RIVM rekende al uit dat de ambities met deze maatregelen niet gehaald gaan worden. Is dit nu alles? De ambities zijn stevig, maar alleen op het gebied van roken echt radicaal. Heeft een bedrijfstak die zich aan de afspraken houdt, haar *morele* verantwoordelijkheid voldoende genomen? De afspraken zijn het resultaat van onderhandelingen waarbij het voor de

staatsecretaris van groot belang was om de partijen aan tafel te houden. Sommige maatregelen zijn daarbij gesneuveld. Maar uiteindelijk zou wat moreel juist en verantwoord is, geen kwestie van onderhandelen moeten zijn. Het akkoord mag wat dat betreft als een minimum beschouwd worden; het voldoen aan de afspraken is niet identiek aan het vervullen van een maatschappelijke verplichting.

Prof. Dr. Marcel Verweij is hoogleraar Filosofie aan Wageningen University & Research en gespecialiseerd in de ethiek van volksgezondheid.

Literatuur

- Haverkamp, B., Verweij, B., Stronks, K. (2018) 'Why Socio-Economic Inequalities in Health Threaten Relational Justice. A Proposal for an Instrumental Evaluation'. *Public Health Ethics*. 11(3): pp. 311-324.
- Sen, A. (2009) *The Idea of Justice*. London: Allan Lane.
- Timmons, M. (2002) *Moral Theory. An Introduction*. Lanham: Rowman & Littlefield.
- Verweij, M. (2014) *Curiosity and Responsibility. Philosophy in relation to healthy food and living conditions*. Inaugurele rede, Wageningen University.
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2011). *Gezondheid Dichtbij*. Den Haag: VWS.

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

Evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden: een nieuw startpunt voor gezondheidsbeleid?¹

Karien Stronks en Marcel Verweij

Verschillen in gezondheid tussen sociaaleconomische groepen zijn al sinds decennia een zorg voor volksgezondheidsbeleid (Mackenbach & Stronks 2002). Alle ambities van nationaal en lokaal preventiebeleid ten spijt, zijn die verschillen in gezondheid in Nederland de afgelopen decennia niet kleiner geworden, zo wordt ook in het recente Preventieakkoord erkend. In een policybrief stellen wij voor dat dit beleid een nieuwe impuls gegeven kan worden door het concept 'evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden' als startpunt te nemen.

Waarom stagneert beleid ter verkleining van gezondheidsverschillen?

Vaak start beleid ter verkleining van gezondheidsverschillen met het benoemen van het gewenste einddoel. Zo heeft het toenmalige kabinet (2002) naar aanleiding van het rapport van de commissie-Albeda zich als doel gesteld het verschil in gezonde levensverwachting tussen de hoogst en laagst opgeleiden met drie jaar te reduceren (van 12 naar 9 jaar). Het ideaal dat eronder ligt is dat van 'gelijke kansen op gezondheid' - een ideaal dat in Nederland breed gedeeld lijkt te zijn. Maar wanneer een vertaling wordt gemaakt naar de maatregelen die nodig zijn om gezondheidsverschillen te verkleinen, blijkt de consensus broos: opvattingen over bijvoorbeeld de inkomensverdeling, of beïnvloeding van ongezond gedrag (bijv. roken) door de overheid, verschillen juist over het politieke spectrum. Gebrek aan

overeenstemming over dergelijke kwesties is één van de redenen voor het uitblijven van concrete maatregelen om gezondheidsverschillen te verkleinen.

Het Preventieakkoord lijkt hier misschien verandering in te brengen, daar het akkoord breed gedragen lijkt, en het sociaaleconomische gezondheidsverschillen erkent als een hardnekkig fenomeen *‘Door in dit akkoord te kiezen voor preventie op de thema’s roken, overgewicht en problematisch drinken, hebben we een direct aangrijpingspunt om de mensen met een structureel laag inkomen en een lage opleiding beter te bereiken.’* (p.4) Willen de maatregelen die in het kader van het Preventieakkoord worden genomen uiteindelijk tot een verkleining van sociaaleconomische gezondheidsverschillen leiden, dan is specifieke aandacht nodig voor groepen met een lagere sociaaleconomische positie (Stronks, Harting en Schreuders 2019). Onze verwachting is daarom dat ook in het kader van het Preventieakkoord het probleem van gebrek aan overeenstemming over gewenste maatregelen zich zal voordoen.

Consensus over evidente onrechtvaardige gezondheidsverschillen

Een alternatieve benadering om beleid te starten is door *evidente onrechtvaardigheden* (“*manifest injustices*”) te benoemen. Dit voorstel is van Nobelprijswinnaar Amartya Sen (2009), die onder meer hongersnood als gevolg van corrupt overheidsbeleid als voorbeeld geeft. Door concrete situaties in het hier en nu te benoemen waarover consensus bestaat dat ze ‘evident onrechtvaardig’ zijn, ontstaat een sterke basis voor gezondheidsbeleid dat in die situaties verandering kan brengen. We verwachten dat beleid beter van de grond komt dan wanneer het start vanuit het abstracte ideaal van verkleinen van gezondheidsverschillen.

Tegen deze achtergrond zijn we in een aantal focusgroepen op zoek gegaan naar voorbeelden van ‘evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden’. Die focusgroepen bestonden in totaal uit ca. 50 beleidsmakers, professionals en onderzoekers uit het veld van de publieke gezondheid, alsook politiek filosofen. In die groepen bleek het goed mogelijk om concrete voorbeelden van evident onrechtvaardige gezondheidsachterstanden te benoemen. Deze hebben we herleid tot de drie typen situaties, die we hieronder met enkele voorbeelden illustreren.

Een beperkte toegankelijkheid van voorzieningen waar iedereen recht op heeft

Preventieve voorzieningen zoals ondersteuning bij stoppen met roken zijn minder toegankelijk voor mensen die laaggeletterd zijn. Dit verklaart deels waarom deze groep relatief ongezond is.

In Nederland leven ca. 1 miljoen mensen in armoede. Inkomensondersteuning en andere voorzieningen om armoede te voorkomen, zijn voor hen blijkbaar onvoldoende toegankelijk. Dit vormt een deel van de verklaring voor de gezondheidsachterstand van deze groep.

Omdat voorzieningen zoals preventieve zorg of inkomensondersteuning in beginsel voor alle burgers gelijkelijk toegankelijk moeten zijn, wordt de gezondheidsachterstand als gevolg van een beperkte toegang als evident onrechtvaardig gezien.

Een ongezonde omgeving waaraan men zich redelijkerwijs niet kan onttrekken

De eerste 1000 dagen van een kind zijn cruciaal voor zijn/haar gezondheid als volwassene. Kinderen die in sociaaleconomische achterstand opgroeien, kennen een relatief slechte start, bijvoorbeeld als gevolg van blootstelling aan ongezonde voeding, stress, of psychische problematiek bij ouders.

Door de omgeving (gezin, school, wijk) waarin deze kinderen opgroeien, waar gezondheidsschadend gedrag als roken en ongezonde voedingsgewoonten relatief vaak voorkomen, hebben die kinderen op latere leeftijd ook meer kans op dergelijke leefgewoonten.

Omdat iemand zich redelijkerwijs niet aan zo’n ongezonde omgeving kan onttrekken, wordt de resulterende gezondheidsachterstand als evident onrechtvaardig gezien. Dit argument gaat in sterke mate op voor kinderen.

Een oneerlijke verdeling van baten en lasten van welvaartsproductie

Activiteiten die economische welvaart verhogen (bouw, infrastructuur etc.), hebben hun keerzijde in de vorm van gezondheidsrisico’s, zoals arbeidsongeschiktheid. Wanneer groepen die de meeste gezondheidsrisico’s lopen het minst van de welvaart profiteren – d.w.z. als er van een oneerlijke verdeling van baten en lasten sprake is – wordt de resulterende

gezondheidsachterstand als evident onrechtvaardig gezien. Voorbeelden hiervan zijn:

Bepaalde beroepsgroepen in de bouw hebben als gevolg van hun arbeidsomstandigheden een hoger risico op gezondheidsklachten, alsook op arbeidsongeschiktheid.

De mensen die in achterstandswijken wonen worden vaker aan milieurisico's zoals fijnstof blootgesteld, wat een deel van hun verhoogde kans op ziekten zoals hart- en vaatziekten en kanker verklaart.

Van evident onrechtvaardige

gezondheidsachterstanden naar acties

Beleid ter verbetering van de gezondheid van groepen met een lagere sociaal-economische positie kan een nieuwe impuls krijgen door te starten vanuit concrete gezondheidsachterstanden waarover consensus bestaat dat ze onrechtvaardig zijn. Uitgaande van de genoemde onrechtvaardigheden geven de volgende vragen richting aan (gezondheids)beleid:

Hoe kunnen we voorkomen dat sommige groepen onvoldoende toegang hebben tot maatschappelijke voorzieningen waar iedereen recht op heeft?

Hoe kunnen gezondheidsondermijnende factoren in de sociale en fysieke omgeving, waar individuen zich niet goed aan kunnen onttrekken, worden teruggedrongen?

Hoe kunnen de gezondheidsrisico's die voortvloeien uit welvaartsproductie en vooral neerslaan bij die maatschappelijke groepen die er het minst van profiteren, worden beperkt?

Recente ervaringen in het preventiebeleid ondersteunen de verwachting dat deze benadering op brede steun kan rekenen. Zo groeit de laatste jaren de steun voor een verbod op kindermarketing, vanuit de gedachte dat kinderen zich niet aan dit aspect van een obesogene omgeving kunnen onttrekken. Ook wordt de noodzaak om informatie over preventie (darmkankerscreening, vaccinatie) zo toegankelijk mogelijk te maken, alom erkend.

Een bredere consensus over beleid ter verbetering van de gezondheid van groepen met een lagere sociaal-economische positie lijkt dus mogelijk als we vertrekken vanuit concrete situaties die als evident onrechtvaardig worden ervaren. Wij roepen politici, beleidsmakers, professionals en wetenschappers op

om dit in de praktijk uit te testen.

Prof. Dr. Karien Stronks is hoogleraar Public Health aan het UMC Amsterdam (locatie AMC).

Prof. Dr. Marcel Verweij is hoogleraar Filosofie bij de filosofiegroep van Wageningen University & Research. De auteurs werkten samen aan het door NWO gefinancierde project 'Socioeconomic inequalities in health and quality of life: which indicators to use in research, and in health (care) policies?'.

Noot

- ¹ Deze tekst is in verkorte vorm verspreid als policy-brief, als uitvloeisel van het door NWO gefinancierde project 'Socioeconomic inequalities in health and quality of life: which indicators to use in research, and in health (care) policies?'.

Literatuur

Mackenbach, J.P. and K. Stronks. (2002). A strategy for tackling health inequalities in the Netherlands. *BMJ* 325(7371), pp. 1029-1032.

Sen, A. (2009). *The Idea of Justice*. London: Allan Lane.

Stronks, K. Harting J. en Schreuder M. (2019). Om de leefstijl te verbeteren, moet het Preventieakkoord meer rekening houden met sociale verschillen. *Trouw*, 12 januari 2019.

Boekbespreking

Albert Faber (2018) 'De gemaakte planeet. Leven in het Antropoceen'. Amsterdam University Press ISBN 9789463721219 Paperback, 384 pp.

Sjaak Swart

Albert Faber, onder andere werkzaam bij de Wetenschappelijke raad voor het Regeringsbeleid, pleitte in het laatste nummer van 2018 van het Podium voor Bio-ethiek voor een 'Antropoceen imperatief': we moeten de eigenwaarde en de zorg voor de leefomgeving als uitgangspunt nemen in het tijdperk van het Antropoceen. In 'De gemaakte planeet' dat in oktober 2018 verscheen zet hij zijn ideeën verder uiteen.

Het Antropoceen is een door klimatologen voorgestelde term voor het huidige tijdperk waarin de mens een wereldwijde invloed heeft op het fysieke aardsysteem. Een invloed die waarschijnlijk vele duizenden jaren zal duren. Geologen zijn het nog niet eens of het Antropoceen inderdaad als een geologisch tijdperk kan worden beschouwd maar Faber laat zien dat de term veel meer inhoudt dan een geologisch tijdperk. De term drukt de alom gevoelde invloed van de mens uit, niet alleen op het fysieke milieu maar ook op onze culturele en sociaaleconomische verbanden.

Die impact is al eeuwen, zo niet duizend jaren het geval maar vooral na de Tweede Wereldoorlog heeft er een duizelingwekkende versnelling plaatsgevonden van vele onderling gekoppelde ontwikkelingen zoals de groei van de wereldbevolking, de landbouw en de industrie. Daarmee nam onze welvaart enorm toe maar het heeft ook geleid tot grote milieuproblemen met de klimaat- en biodiversiteitscrisis als het meest naar voren springend.

Volgens de auteur is het verschil tussen natuur en cultuur in het Antropoceen verdwenen. Alles staat onder onze invloed; we zijn managers van de aarde geworden. Maar, degenen die de negatieve effecten vooral veroorzaken en kunnen beïnvloeden zijn veelal niet degenen die de negatieve effecten het meest ondervinden. Er zijn grote verschillen, ook in verantwoordelijkheid dat zich vertaalt in het hierboven genoemde

Antropoceen imperatief. Volgens de auteur impliceert dat de deugd dat "iedereen zijn best doet om tot een gebalanceerde verhouding met zijn of haar leefomgeving te komen, onafhankelijk van hoe anderen zich gedragen" (p. 167).

Gebruikmakend van een anekdote over een uit een bus gegooid colablikje tijdens zijn reis in Costa Rica, geeft hij aan dat die verhouding voor iedereen iets anders kan betekenen. De verschillende wereldbeelden en opvattingen over hoe vorm te geven aan het Antropoceen vergen daarom volgens de auteur een radicale democratie en een constructieve dialoog. Daartoe ziet hij talloze initiatieven. Een 'goed Antropoceen', een Antropoceen waarin we de aarde verantwoord beheren is volgens hem mogelijk. De auteur behoort zeker niet tot de doemdenkers al is hij kritisch over ecomodernisten.

In zijn overzicht gaat de auteur in op onder meer natuurbeelddiscussies, complexiteitstheorie, technologieontwikkeling en economische theorieën. Het lijkt of alles een aspect is van het Antropoceen. Misschien is dat zo, maar wordt het daarmee niet een leeg begrip? Veel onderwerpen en theorieën worden maar kort aangestipt. Het boek geeft echter wel een bijzonder brede introductie op de problematiek en stemt tot nadenken. Het boek is ook helder geschreven en voor hen die meer willen weten is er een uitgebreid notenapparaat en een lange lijst met referenties. Albert Faber maakt met zijn boek duidelijk dat een Antropocene ethiek verder strekt dan theoretisch bespiegelingen over goed en kwaad, het gaat vooral over de wereld, over politiek, democratie, instituties, afhankelijkheden, en ook wat je zelf kunt doen.

Centrum voor Ethiek en Gezondheid: aankondiging 7^e Els Borst Lezing

Ingrid Geesink

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) signaleert nieuwe ontwikkelingen op het snijvlak van ethiek, gezondheid en beleid. Het CEG brengt geregeld signalementen uit en organiseert bijeenkomsten, waarbij u uiteraard van harte welkom bent. De website van het CEG (www.ceg.nl) is een bron van informatie over ethische thema's. U vindt hier alle publicaties evenals actuele informatie over bijeenkomsten. In deze bijdrage geven wij een toelichting op lopende projecten en aankomende bijeenkomsten.

Aankondiging 7^e Els Borst Lezing

Op woensdag 27 november 2019 spreekt prof.dr. Carlo Leget de Els Borst Lezing uit in de Glazen zaal in Den Haag. In zijn lezing 'De prijs van de vrijheid' gaat Leget in op de positie van mensen met een licht verstandelijke beperking. Een terugkerend dilemma is in hoeverre mensen zelf hun leven in hun hand kunnen nemen en naar eigen wens en voorkeur inrichten (positieve vrijheid) tegenover wanneer anderen, zoals instanties of de overheid, zich ermee mogen bemoeien (negatieve vrijheid). Leget beargumenteert hoe we nieuwe begrippen nodig hebben om de balans te vinden tussen positieve en negatieve vrijheid.

Carlo Leget is hoogleraar Zorgethiek aan de Universiteit voor Humanistiek (UvH) in Utrecht en bijzonder hoogleraar zingeving en ethiek in de palliatieve zorg namens het Integraal Kankercentrum Nederland en de Associatie Hospicezorg Nederland.

De Els Borst Lezing is een initiatief van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) en wordt dit jaar voor de 7^e keer georganiseerd. Voor aanmelden en

meer informatie: <https://www.elsborstlezing.nl/>

Op de website www.ceg.nl kunt zich inschrijven voor de nieuwsbrief, zodat u optimaal op de hoogte blijft van de werkzaamheden van het CEG. Eventuele vragen kunt u richten aan info@ceg.nl.