Preadvies

Uitgebracht t.b.v. het jaarsymposium van de
Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek 7 december 2022

Rieke van der Graaf
Martine de Vries

Global health ethiek: lokale implicaties van een verbonden wereld

Waarom global health ethiek in de Nederlandse bio-ethiek meer aandacht behoeft

Nederlandse Vereniging
voor Bio-Ethiek

Uitgebracht t.b.v. het jaarsymposium van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek 7 december 2022

Global health ethiek: lokale implicaties van een verbonden wereld

Waarom global health ethiek in de Nederlandse bio-ethiek meer aandacht behoeft

dr. Rieke van der Graaf, UMC Utrecht
prof. dr. Martine de Vries, LUMC

Nederlandse Vereniging voor Bio-Ethiek

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

dr. Rieke van der Graaf, UMC Utrecht
prof. dr. Martine de Vries, LUMC

Global health ethiek: lokale implicaties van een verbonden wereld
Preadvies uitgebracht ten behoeve van het jaarsymposium van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek op 7 december 2022 – Utrecht Lunetten: Aristo meeting center
ISBN: 978-90-802594-8-5
Trefwoorden: rechtvaardigheid, global health ethiek, vaccine equity, migratievraagstukken, klimaatrechtvaardigheid
Omslagontwerp en lay out binnenwerk: Ger Palmboom
Omslagfoto: iStock (Stockfoto ID:119804067)
Copyright 2022, Rieke van der Graaf – Utrecht & Martine de Vries – Leiden

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de auteurs.

1 Inhoudsopgave

3 Introductie

13 Wat is global health ethiek?

17 Normatieve redenen om een global health ethiek perspectief in te nemen

21 Eerlijke kansen op gezondheid, de capability benadering en conversiefactoren

29 Eerlijke verdeling van vaccins

35 Migratievraagstukken

49 Klimaatrechtvaardigheid

55 Moet de bio-ethiek in Nederland veranderen in het licht van global health ethiek?

61 Referenties

67 Dankwoord

69 Over de auteurs

1 Introductie

Van oudsher is de bio-ethiek in Nederland een discipline waarin veel aandacht uitgaat naar ethische kwesties in het medische domein. De focus ligt in Nederland op medische ethiek, waarbij de arts-patiëntrelatie centraal staat en begin- en eindpunt is van het denken en handelen. Aanvankelijk nam de medische ethiek in Nederland vooral de vorm aan van een beroepsethiek, op wat een goede zorgverlener is en hoe een zorgverlener zich behoort te gedragen. Beroepscodes, zoals het "blauwe boekje" (Commissie Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 1959) reikten de arts gedragsregels en adviezen aan voor de omgang met patiënten (Van Leeuwen & Feenstra, 1989). Eind jaren zestig van de vorige eeuw kwam daarin een kentering, mede door de enorme medisch-technische vooruitgang die de relatie tussen arts en patiënt ingrijpend veranderde. De nadruk kwam te liggen op de vraag wat zinvol medisch handelen is. De stem van de patiënt werd daarin steeds belangrijker. Men ging zich een aantal vragen stellen: 'Moet alles wat (medisch-technologisch) kan?', 'Wat is zinvol medisch handelen en in hoeverre is het weldoen dat zorgverleners voor ogen hebben in lijn met wat de patiënt zelf wil?'.

In het *Leerboek Medische Ethiek* van Ten Have en zijn medeauteurs is te lezen dat met die focus op zelfbeschikking en de arts-patiëntrelatie ook de keuze is ingezet voor een focus binnen de medische ethiek op problematiek rondom de verschillende levensfases van patiënten, van geboorte naar volwassenheid, tot kwesties aan het einde van het leven zoals palliatieve sedatie en euthanasie (Ten Have et al., 2020). De medische ethiek kent dus traditioneel een nadruk op de individuele arts-patiëntrelatie (Benatar et al., 2005). In die arts-patiëntrelatie spelen ethische dilemma's vooral op het microniveau van interpersoonlijke relaties en individuele gezondheidszorg. Daarbij is de blik veelal naar binnen gericht, op de Nederlandse situatie.

Natuurlijk zijn er bio-ethici in Nederland die ook breder kijken dan het strikt medische en interpersoonlijke domein. Zij houden zich bijvoorbeeld bezig met ethische vragen rondom publieke gezondheid en vaccinatie, rechtvaardige verdeling van zorg en gezondheidsverschillen binnen Nederland. Of met ethische kwesties die voortvloeien uit hoe ons zorgsysteem is ingericht. Weer andere thema's zijn de ethiek van biotechnologische innovatie en de invloed daarvan op de samenleving als geheel; in het bijzonder de ethiek van *machine learning* en digitale gezondheid. Bij dat laatste wordt niet alleen gekeken naar de arts-patiëntrelatie maar bijvoorbeeld ook naar rechtvaardigheidsoverwegingen die te maken hebben met het gevaar van sociale vooringenomenheid (*bias*) bij het gebruik van kunstmatige intelligentie in de zorg (Parikh et al., 2019). In het geheel aan bioethische publicaties is aandacht voor andere thema's dan het strikt medische en interpersoonlijke domein vooralsnog echter in de minderheid, ook buiten Nederland (Bystranowski et al., 2022).

Globalisering zorgt ervoor dat die gerichtheid naar binnen steeds vaker gaat schuren. Landen en samenlevingen raken op steeds meer gebieden en intensiever met elkaar verbonden. Daardoor hebben gebeurtenissen en beslissingen in één deel van de wereld steeds vaker belangrijke gevolgen voor individuen en gemeenschappen in andere delen van de wereld. Dat gebeurt op tal van terreinen, zoals economie, technologie, cultuur, politiek en zorg.

Hieronder bespreken we drie manieren waarop globalisering de traditionele, lokale invulling van de medische ethiek in toenemende mate bevraagt. Ten eerste, doordat mensen buiten Nederland zorg gaan zoeken, of juist hier zorg vragen. Dat brengt met zich mee dat vaker vragen worden gesteld bij de traditionele Nederlandse visie op wat goede zorg en gezondheid is (paragraaf 1.1). Ten tweede, door de roep om een andere en bredere invulling van het principe van verdelende rechtvaardigheid (paragraaf 1.2). En ten derde, doordat de afstand tot degenen die we als de *'distant needy'* beschouwen door globalisering veel minder groot is geworden (paragraaf 1.3).

1.1 Grensoverschrijdende zorg

Nederland is geen geïsoleerd eiland en grensoverschrijdende zorg is aan de orde van de dag. Grensoverschrijdende zorg houdt in dat Nederlandse patiënten voor zorg naar het buitenland gaan of dat patiënten uit het buitenland in Nederland zorg vragen. De redenen waarom mensen in een ander land zorg vragen kun-

nen uiteenlopen. Het kan bijvoorbeeld financiële redenen hebben (als zorg elders goedkoper is), maar het kan ook het gevolg zijn van mondiale gebeurtenissen zoals oorlog of ziekte-uitbraken. Wat de redenen ook zijn, zorg die geografische grenzen overschrijdt, kan een nieuw licht werpen op morele grenzen in en rond de zorg. Het brengt namelijk met zich mee dat we ons moeten gaan verhouden tot een grotere diversiteit aan waarden en normen elders in de wereld. We geven enkele voorbeelden.

Sinds de uitbraak van de coronapandemie heeft Turkije minimaal vier ziekenhuispatiënten uit Nederland opgehaald bij wie het besluit was genomen te stoppen met een levensverlengende behandeling. In Turkije werden deze patiënten wel doorbehandeld. Het confronteerde de Nederlandse artsen met een andere omgang met ziekte en overlijden, niet alleen vanuit religieuze overwegingen, maar ook vanuit een cultuur waarin anders wordt omgegaan met collectiviteit en de rol van familie. Het voorbeeld laat ook zien dat verschillende perspectieven mogelijk zijn op wanneer behandeling nog als medisch zinvol wordt gezien.

In het voorjaar van 2022 besloot het Prinses Máxima Centrum hulp te bieden aan kinderen met kanker uit het door oorlog geteisterde Oekraïne. Door zorg te dragen voor kinderen uit andere landen in directe nood, verruimde het ziekenhuis de arts-patiëntrelatie. Tegelijkertijd leidde het bieden van deze zorg ook tot nieuwe vragen over wat goede zorg is. Zo dacht men verschillend over de noodzaak tot het gebruik van morfine, over verdoving voor het aanprikken van een infuus of over het naar huis laten gaan van patiënten tussen behandelingen door (Kuiper, 2022). Ook in dit voorbeeld werden Nederlandse hulpverleners geconfronteerd met een andere omgang met ziekte en overlijden.

In algemene zin houden technologische ontwikkelingen zich niet aan landsgrenzen. Ook regulering van medische technologie wordt mede beïnvloed door wat er aan de andere kant van de grens gebeurt. Zo worden we in de voortplantingsgeneeskunde geconfronteerd met andere waarden en normen elders in de wereld. Dat het Amerikaanse Hooggerechtshof recent het landelijke recht op abortus in de Verenigde Staten heeft geschrapt, heeft ook implicaties voor ons in Nederland en andere landen. Het recht op abortus, dat we in Nederland al decennialang ethisch eigenlijk nauwelijks meer ter discussie stelden, is weer een actuele discussie geworden.

Voortplantingstoerisme vanuit Nederland komt intussen veel voor (Shenfield et al., 2010). Nazorg voor moeder en kind in dergelijke trajecten wordt door-

gaans in Nederland gegeven. Dat betekent dat we ons minimaal moeten verhouden tot deze praktijken en de betrokken belanghebbenden. Dat zijn niet alleen de zwangere Nederlandse vrouwen die terugkomen in Nederland en die we wel of geen specifieke reproductieve zorg willen bieden. In sommige landen worden donoren en draagmoeders uitgebuit. Via voortplantingstoerisme worden we veel directer met dergelijke morele vraagstukken geconfronteerd (Salama et al., 2018).

Kortom, grensoverschrijdende zorg leidt ertoe dat onze eigen uitgangspunten onder druk komen te staan en er aanleiding is voor herbezinning op traditionele invullingen van medisch-ethische uitgangspunten. Belangrijk in dit proces van herbezinning is niet alleen te kijken naar andere normen en waarden die traditionele uitgangspunten onder druk zetten, maar ook welke factoren op mondiaal niveau bijdragen aan de noodzaak tot herbezinning. In de door ons genoemde voorbeelden gaat het daarbij om pandemieën, oorlogen en politieke bewegingen met implicaties voor waar op aarde men zorg zoekt en hoe die zorg moet worden vormgegeven en verdeeld. Beslissingen om bepaalde zorg voor specifieke patiënten al dan niet te leveren kunnen voor een bredere kring van betrokkenen grote consequenties hebben.

1.2 Nadere invulling van verdelende rechtvaardigheid

Vanuit de traditionele medische ethiek hebben met name vier medisch-ethische principes een rol gespeeld, namelijk weldoen, niet-schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid (Beauchamp & Childress, 2019). Echter heeft (verdelende) rechtvaardigheid als medisch-ethisch principe tot voor kort relatief minder aandacht gekregen. Daarvoor zijn diverse redenen aan te wijzen.

Allereerst is de vraag naar wat een rechtvaardige verdeling van middelen is niet eenvoudig te beantwoorden vanwege een gebrek aan consensus over wat rechtvaardigheid precies is. Beauchamp en Childress, de bedenkers van het raamwerk van de klassieke vier principes, gaven al aan dat er diverse rechtvaardigheidstheorieën zijn. Zo bestaan er libertaristische theorieën die nadruk leggen op sociale en economische vrijheid en egalitaristische theorieën die uitgaan van gelijke toegang tot bepaalde middelen die iedereen nodig heeft voor zijn of haar gezondheid. Maar, zo zeggen Beauchamp en Childress, elk van deze theorieën richt zich op een ander aspect van moreel juiste zorg.

Er is ook een tweede reden aan te wijzen voor de onderbelichting van rechtvaardigheid in de medische ethiek. Waar de medische ethiek zich vooral

heeft toegespitst op vragen bij de individuele arts-patiëntrelatie, heeft het principe van rechtvaardigheid vooral op macroniveau, en veelal financieel, verdere uitwerking gekregen. Zo zijn in de volksgezondheidsethiek (*public health ethics*) kosteneffectiviteitsanalyses gebruikelijk, bijvoorbeeld bij de bepaling van opname van vaccinaties in het rijksvaccinatieprogramma of bij vragen rondom opname van geneesmiddelen in het basispakket. Vragen over kosteneffectiviteit worden doorgaans juist vermeden in de spreekkamer. Uit de resultaten van een enquête onder bijna 1.600 KNMG-leden, die Medisch Contact in juni 2012 publiceerde, bleek dat bij 61% van de ondervraagden kosten nooit een rol spelen in de afweging om een patiënt te behandelen (Visser, 2012). In een onderzoek uit 2014 van de actualiteitenrubriek EenVandaag en van de Orde van Medisch Specialisten bleek ook dat medisch specialisten verdelings- en financieringsvraagstukken graag zoveel mogelijk buiten de arts-patiëntrelatie willen houden.

Desondanks dringen vragen rond kosten van de zorg en het toegankelijk houden van de geneeskunde steeds meer door in de spreekkamer. Bijvoorbeeld als het gaat om het verstrekken van dure geneesmiddelen. Daarbij wordt nu vaker de vraag gesteld wat een rechtvaardige verdeling van het beschikbare totale zorgbudget is en wat de doelen van de gezondheidszorg zouden moeten zijn. De klassieke benadering vanuit de individuele arts-patiëntrelatie biedt dan geen oplossing meer.

Integendeel, de casus Orkambi uit 2017 liet bijvoorbeeld zien dat te veel nadruk op individuele patiëntenzorg het maken van rechtvaardige keuzes bemoeilijkt (De Vries, 2018). Orkambi is een middel dat bij een klein deel van de patiënten met taaislijmziekte (*cystic fibrosis*) kan worden ingezet. In Nederland betreft het in totaal ongeveer 750 patiënten. Over vergoeding van geneesmiddelen uit het basispakket wordt in Nederland beslist door de minister van Medische Zorg, na zwaarwegend advies van diens wettelijke adviseur, het Zorginstituut Nederland. Dit Zorginstituut adviseerde in 2017 om Orkambi niet op te nemen in het basispakket omdat de gevraagde prijs veel te hoog was in relatie tot de betrekkelijk bescheiden effecten van het middel. Volgens het Zorginstituut was de kans op impliciete verdringing van andere kosteneffectieve zorg hoog, wat zou leiden tot gezondheidsverlies op populatieniveau (Zorginstituut Nederland, 2016). Toenmalig minister Schippers negeerde echter het advies van haar belangrijkste adviseur. Voor een groot deel had dat te maken met een succesvolle lobby die werd gevoerd voor Orkambi (Van Steenbergen & Wester, 2017). Patiënten

roerden zich in de media, en Tweede Kamerleden werden bestookt met e-mails en telefoontjes van individuele patiënten, de Nederlandse Cystic Fibrosis Stichting (NCFS), artsen, wetenschappers en lobbyisten. Door individuele patiënten een gezicht te geven werd ingespeeld op de emoties van Kamerleden. Orkambi werd ondanks de zeer matige resultaten vergoed, en het geld kon niet meer uitgegeven worden aan andere zorg die effectiever zou zijn (Versteegh, 2017). De nadruk op de individuele arts-patiëntrelatie bemoeilijkt een wijdere blik waarin ook onbekende of toekomstige patiënten meetellen, binnen of buiten Nederland.

De laatste jaren krijgt rechtvaardigheid in snel tempo tevens meer aandacht in de literatuur en daarbij begint de vraag naar globale rechtvaardigheid ook een belangrijke rol te spelen. In toenemende mate zien we dat de zorg die artsen aan patiënten verlenen en de gezondheid van deze patiënten nauw verbonden is met die van anderen. Met name de coronapandemie heeft deze onderlinge verbondenheid in zorg en gezondheid onderstreept en ons tegelijkertijd geconfronteerd met ongemakkelijke verdelingsvraagstukken die teruggrijpen op hoe we onze zorgsystemen wereldwijd hebben ingericht (Venkatapuram, 2022). Dat mensen in het mondiale noorden als eerste profiteren van coronavaccins en boostervaccins werd en wordt in grote mate als onrechtvaardig ervaren.

Naast de coronapandemie zijn ook diverse andere factoren aan te wijzen die de roep om meer aandacht voor rechtvaardigheid versterken, zoals de *Black Lives Matter* beweging die vooral de laatste jaren internationaal meer aandacht heeft gevraagd voor de achtergestelde positie van mensen met een donkere huidskleur, ook in de gezondheidszorg (Jaycox, 2016).

Tot slot is er in toenemende mate aandacht voor de sociale determinanten van ziekte zoals toegang tot schoon drinkwater, het hebben van een inkomen of gezonde voeding (Venkatapuram, 2022). Door een ongelijke verdeling van deze determinanten kan ongelijkheid in de zorgbehoefte van patiënten ontstaan. De focus voor de dokter in de spreekkamer zou zich daarmee niet alleen moeten richten op het wel of niet behandelen van de symptomen van een bepaalde ziekte, maar ook op de vraag in hoeverre sociale determinanten van ziekte en gezondheid een rol spelen in de zorgbehoefte van de patiënt of in het wegnemen van die zorgbehoefte. Daarmee verschuift de focus direct naar buiten de spreekkamer en naar buiten de individuele arts-patiëntrelatie, want die sociale determinanten gelden voor meer mensen dan die ene patiënt in de spreekkamer. Als vanzelf begeeft de arts zich dan in het publieke domein.

1.3 Afstand tot de 'distant needy' verkleint

Een derde manier waarop globalisering inbreekt in de traditionele invulling van de medische ethiek is dat de afstand tot degenen die we als de 'distant needy' beschouwen door die globalisering veel minder groot is geworden.

De filosoof Peter Singer beargumenteert al jaren dat onze morele plicht om de 'distant needy' te redden even groot is als het redden van een kind dat dreigt te verdrinken in een nabijgelegen modderige poel (Singer, 1972). Dat perspectief roept direct indringende vragen op: wat is een rechtvaardige verdeling als het gaat om onze inspanningen om anderen te helpen? Hoe ver moet men daarin gaan? Mag het eventueel ten koste gaan van iemand zelf en van zijn of haar directe naasten?' Singer heeft zijn perspectief op deze vragen de laatste jaren geconcretiseerd in de beweging van het zogeheten 'effectief altruïsme' (Singer, 2016). De plicht is ook genuanceerd door veel andere filosofen die stellen dat de plicht om anderen in nood te helpen vermindert met de afstand die we tot hen ervaren (o.a. Kamm, 2000).

Maar misschien boet deze filosofische discussie wel aan kracht in juist doordat de wereld globaliseert en de afstand tot anderen, ook hen die "behoeftig" zijn, verkleint. Door verschillende factoren leven de 'behoeftigen' niet louter meer 'op afstand'. Bijvoorbeeld door onze manier van reizen, het toegenomen gebruik van sociale media met continue, directe en indringende beelden van wat op andere plekken op aarde gebeurt, evenals de aanhoudende stroom vluchtelingen die naar de grenzen van de Europese Unie reist en zelfs in Ter Apel buiten op straat moet slapen omdat er een tekort aan opvangplekken is. De oorlog in Oekraïne is 'slechts' een dag rijden met de auto, bootvluchtelingen die het Griekse, Italiaanse of Turkse vasteland willen bereiken zijn op enkele uren vliegafstand van ons verwijderd en zijn voor goede medische zorg vaak afhankelijk van internationale niet-gouvernementele organisaties (ngo's).[1]

Globale problemen hebben ook lokale impact. Oekraïense vluchtelingen in Nederland leggen grote druk op de huisartsen, zowel door de medische zorg zelf als ook daarna door het moeten regelen van de financiële vergoeding.[2] Meerdere huisartsen geven aan deze zorg niet meer te kunnen bieden door de chaotische,

1 Zie bijvoorbeeld het jaarverslag 2021 van Stichting Bootvluchteling, https://bootvluchteling.nl/download.php?file=https://bootvluchteling.nl/wp-content/uploads/2022/07/Definitief-jaarverslag-2021-Stichting-Bootvluchteling.pdf. Geraadpleegd op 1 november 2022.

2 Zie bijvoorbeeld: https://www.lhv.nl/actueel/vluchtelingen-uit-oekraine/. Geraadpleegd op 1 november 2022.

complexe organisatie, de administratieve last om kosten vergoed te krijgen en het niet kostendekkend zijn van de vergoeding.[3] En dan is de organisatie van deze zorg nog goed te noemen in vergelijking met de crisis in de opvang van vluchtelingen uit andere oorlogsgebieden (Kuiper & Van der Poel, 2022). Zo greep Artsen zonder Grenzen (AzG) in augustus 2022 in bij Ter Apel om aan honderden mensen die zich bij het crisiscentrum wilden aanmelden "menswaardige leefomstandigheden te bieden". Maar dit ingrijpen door AzG werd niet door iedereen gewaardeerd, onder meer niet door (vertegenwoordigers van) mensen die al heel lang op de wachtlijst staan voor een medische behandeling in Nederland.[4]

De afstand verkleint in geografische zin niet alleen doordat mensen op de vlucht slaan voor rampen. De afstand wordt ook kleiner door de manier waarop mensen met elkaar verbonden zijn bij klimaatproblemen of tijdens ziekte-uitbraken. De toenemende achteruitgang van het milieu en het klimaat, die wordt veroorzaakt door onze consumptiepatronen, maakt dagelijks wereldwijd slachtoffers door overstromingen, mislukte oogsten, en droogte. Deze achteruitgang zette in 2021 de hoofdredacteuren van 230 medische tijdschriften wereldwijd aan tot een unieke gezamenlijke oproep om meer te doen tegen klimaatverandering en biodiversiteitsverlies om de hardst getroffen landen met de laagste inkomens en de minste veerkracht te helpen (Olde Rikkert et al., 2021).

Het steeds dichterbij komen van de 'distant needy' zorgt voor nieuwe medisch-ethische dilemma's. Deze dilemma's zijn niet louter beperkt tot de een-op-een arts-patiëntrelatie binnen Nederland. Ook zijn ze niet oplosbaar met het traditionele medisch-ethische kader. Ze vragen om nieuwe doordenking van de vraag aan wie hulp moet worden verleend, op grond waarvan en ook door wie. De bio-ethiek, met een focus op het medische domein en in engere zin de arts-patiëntrelatie, zal door deze ontwikkelingen noodgedwongen van reikwijdte moeten veranderen. Er moet ruimte komen voor *global health* ethiek *binnen* het medisch-ethische domein.

Anders dan de traditionele medische ethiek stelt global health ethiek vragen over problemen die doorgaans een hoge mate van complexiteit kennen,

3 Persoonlijke mededelingen in de Telegram-groep "Artsen voor Oekraïne".

4 Dit wordt bijvoorbeeld beschreven in de open brief van A. Baidjoe, directeur van het operationele en epidemiologisch onderzoeksteam van Artsen zonder Grenzen. Te vinden op: https://www.linkedin.com/posts/amrish-baidjoe-bb81534_een-beschaafd-en-welvarend-land-hoeft-geen-activity-6969230102635147264-wQFQ/?originalSubdomain=nl. Geraadpleegd op 1 november 2022.

waarbij vele actoren betrokken zijn, waar relatief eenvoudige oplossingen niet voorhanden zijn en die ons, zelfs als er een oplossing kan worden gevonden, opzadelen met een 'ongemakkelijk en onbehaaglijk' gevoel. Global health ethiek stelt vragen als: wie moeten we redden wetende dat we niet iedereen kunnen redden (Stapleton et al., 2014)? Welke mondiale problemen hebben we tot nu toe te weinig aandacht gegeven en hoe komt dat eigenlijk (Stapleton et al., 2014; Benatar & Brock, 2021)? En in welke tijdschriften moeten we publiceren over global health ethiek? In tijdschriften met een hoge *impact factor* of juist in lokale tijdschriften die ook plaatselijk – dat wil zeggen op de plek waar het ertoe doet – voor betekenisvolle impact kunnen zorgen (Morton et al., 2022)?

Deze vraagstukken kennen geen simpele antwoorden en worden gekenmerkt door problemen die voortkomen uit hoe samenlevingen wereldwijd hun economische, politieke en gezondheidszorgsystemen hebben ingericht, waarbij bepaalde groepen stelselmatig worden achtergesteld (Stapleton et al., 2014). Het zijn deze mondiale, structurele systemen die kunnen leiden tot een onrechtvaardige verdeling van gezondheid in de wereld en tot oneerlijke kansen op goede gezondheid wereldwijd. Daarmee staan wereldwijde rechtvaardigheid (*global justice*) en eerlijke kansen (*equity)* centraal in global health ethiek en bepalen deze begrippen de blikrichting (Robson et al., 2019; Benatar & Brock, 2021).

1.4 Intrinsieke en extrinsieke redenen

De hierboven beschreven en vele andere mondiale vraagstukken zouden een extrinsieke reden kunnen vormen om global health ethiek een grotere rol te laten spelen in de Nederlandse bio-ethiek, en dan vooral de medische ethiek. Maar de werkelijke kwestie die ons inziens voorligt is of er ook een intrinsieke reden is om de medische ethiek anders in te richten, en wel op zo'n manier dat global health ethiek zich niet louter van buiten opdringt, maar ook intrinsiek betekenis verleent aan het medische handelen. Daarvoor zullen we ons in dit preadvies de volgende vragen stellen: moet de medische ethiek ook global health ethiek omvatten? Zo ja, hoe kan global health ethiek binnen de medische ethiek een betekenisvolle rol spelen in het identificeren, begrijpen en omgaan met medisch-ethische dilemma's, met name die binnen de arts-patiëntrelatie?

2 Wat is global health ethiek?

Global health ethiek is een vrij jonge discipline. Echte aandacht ervoor ontstond eind jaren negentig van de vorige eeuw. Er ontstond een debat over de vraag of onderzoekers uit Europa en Amerika placebo-gecontroleerd onderzoek mochten uitvoeren in delen van Afrika en Azië wanneer dat in hun eigen werelddelen niet was toegestaan.[5] Deze vraag deed dusdanig veel stof opwaaien dat onder meer de Verklaring van Helsinki in 2000 een nieuwe positie innam ten aanzien van placebo-gecontroleerd onderzoek.[6] Vervolgens rees meer in het algemeen de vraag welke ethische regels en richtlijnen eigenlijk van toepassing zijn als onderzoekers uit het globale noorden onderzoek doen in het mondiale zuiden. Ethici kwamen wereldwijd met extra ethische normen die in dat kader aandacht verdienen, zoals het oprichten van samenwerkingsverbanden, participatie van onderzoeksgemeenschappen, onderzoek alleen verrichten als de lokale bevolking ook behoefte heeft aan onderzoek naar die vraag en daaraan prioriteit geeft[7] en een eerlijke verdeling van de opbrengsten van onderzoek. De internationale onderzoeksethiek (*research ethics*) is tot nu toe altijd een belangrijk onderwerp gebleven binnen global health ethiek.

5 De Europese Commissie heeft in 2018 een gedragscode (code of conduct) gepubliceerd om deze zogeheten "ethics dumping" tegen te gaan. Zie: https://ec.europa.eu/research-and-innovation/en/projects/success-stories/all/global-code-conduct-counter-ethics-dumping. Geraadpleegd op 1 november 2022.

6 De verschillende versies van de Verklaring van Helsinki zijn te vinden op de website van de World Medical Association: https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/.

7 Deze vereiste van het tegemoetkomen aan lokale gezondheidsbehoeftes en prioriteiten wordt de *responsiveness requirement* genoemd.

"Maar", zo zeggen David Hunter en Angus Dawson, "we moeten global health ethiek niet versmallen tot een discussie over het definiëren van de inhoudelijke onderwerpen die eronder zouden vallen". Met andere woorden, dat global health ethiek zou gaan over internationale onderzoeksethiek, infectieziekten, of gezondheidsverschillen. Niet alleen veranderen deze kwesties door de jaren heen, maar het wordt hiermee ook niet duidelijker wat global health ethiek nu daadwerkelijk is (Hunter & Dawson, 2021).

Hunter en Dawson zijn evenmin voorstander van het definiëren van global health ethiek aan de hand van geografische bepalingen, dus dat het zou gaan over kwesties die wereldwijd impact hebben of die alleen kunnen worden opgelost doordat de wereld gezamenlijk in actie komt. Voorbeelden van deze geografische bepaling zijn bijvoorbeeld de klimaatverandering of pandemieën. Een kernelement van global health ethiek is weliswaar dat de morele relevantie die in de praktijk aan landsgrenzen wordt toegekend, ter discussie wordt gesteld. Dit zagen we bijvoorbeeld in de discussie over vaccin-nationalisme tijdens de coronapandemie. Maar volgens de auteurs zou dit uiteindelijk tot een te smalle lijst onderwerpen leiden en tot een beperkte blik op kwesties die zowel regionaal als wereldwijd impact hebben.

Hunter en Dawson stellen daarom een geïntegreerde benadering voor en vinden die in een normatieve opvatting van global health ethiek. Ze schrijven:

> *"Global health ethics is to be committed and engaged in identifying global wrongs related to health, and seeking to have them redressed (…). We might take global health ethics to be an approach requiring us to address global injustice in regard to health, motivated by existing and historical wrongs characteristic of global trade, structural global inequalities, inequalities in global power [and other inequalities]."* (Hunter & Dawson, 2021, p. 99)

Met andere woorden, om gezondheidsverschillen tussen groepen mensen te adresseren zullen we ook naar de onderliggende processen moeten kijken die tot mondiale onrechtvaardigheden en oneerlijke kansen in gezondheid kunnen leiden. Dit soort onderliggende processen geven ons volgens Hunter en Dawson morele redenen om tot handelen over te gaan.

Dat in Nederland bijvoorbeeld relatief meer mensen met een Surinaamse achtergrond aan de gevolgen van een coronabesmetting overleden heeft men gerelateerd aan kolonialisme en structureel racisme (Brewster, 2020). Lizzy Brewster geeft aan dat we niet simpelweg genoegen moeten nemen met de vaststel-

ling dat er oversterfte is onder een bepaalde groep Nederlanders, maar dat we onszelf ook de vraag moeten stellen hoe het komt dat er oversterfte is onder Nederlanders met een Surinaamse achtergrond en of er mogelijkheden zijn om gezondheidsverschillen te verkleinen (*equity*) en om belemmeringen weg te nemen voor een gelijke uitkomst (*justice*) (Brewster, 2020).

Deze definitie heeft daarmee direct implicaties voor de manier waarop global health ethiek ingrijpt in de medische ethiek. Het is geen aparte discipline die naast de medische ethiek bestaat. Global health ethiek leert de medische ethiek te zien dat er patronen van onrecht kunnen zijn, ook binnen de arts-patiëntrelatie. Patronen waarop het noodzakelijk wordt te acteren, ook als deze patronen tot nu toe niet of nauwelijks bevraagd zijn. Daarmee wordt direct een belangrijke taak voor global health ethiek duidelijk: het kunnen geven van dwingende normatieve redenen om bezorgd te zijn over die (globale) ongelijkheden in gezondheidsuitkomsten en de blik te verbreden naar het verbeteren van mondiale gezondheid.

Deze definitie maakt ook duidelijk dat global health ethiek niet samenvalt met volksgezondheidsethiek (*public health ethics*) (Hunter & Dawson, 2021; Stapleton et al., 2014). Aan de basis van volksgezondheidethiek staat een sterke commitment aan gezamenlijke actie, als een middel om individuen en de samenleving te beschermen tegen schade en om gezondheid te bevorderen. Daarbij wordt steeds de vrijheid van het individu afgewogen tegen bredere maatschappelijke belangen. Global health ethiek is in de kern een normatieve discipline (Hunter & Dawson, 2021; Stapleton et al., 2014) waarin structurele onrechtvaardigheid centraal staat, die ofwel mondiaal herkenbaar is ofwel het gevolg is van mondiale (economische, politieke, historische) processen of mondiale rampen en uitbraken.

In dit preadvies kijken we specifiek naar migratievraagstukken, klimaatrechtvaardigheid en de coronapandemie. Hoewel we voor dit preadvies voorbeelden kiezen die global health ethiek tot een geografische interpretatie van het vakgebied lijken te versmallen – een definitie die Hunter en Dawson dus afwijzen – spreken ze ook tot de verbeelding, door de actualiteit en de impact ervan die ook in Nederland voelbaar is en is geweest. Daarom hebben we ervoor gekozen ons toch op deze voorbeelden te richten. In de discussie zullen we echter proberen te verbreden naar andere kwesties waarop de global health ethiek ook inbreekt in de huidige interpretatie van de arts-patiëntrelatie in Nederland.

3 Normatieve redenen om een global health ethiek perspectief in te nemen

Voordat we vanuit verschillende voorbeelden zullen kijken naar de rol die global health ethiek kan spelen in de Nederlandse bio-ethische context, moeten we eerst de vraag beantwoorden waarom we überhaupt geïnteresseerd zouden zijn in de gezondheid van anderen, en vooral van achtergestelde groepen. Wat kunnen dwingende normatieve redenen zijn om bezorgd te zijn over structurele, mondiale ongelijkheden in gezondheidsuitkomsten (Hunter & Dawson, 2021; Wolff, 2021)? We bespreken er vier.

Een eerste reden is welbegrepen eigenbelang. Het kan in ons eigenbelang zijn om als particulier of als land een breder perspectief te hebben op gezondheidszorg dan alleen bezien vanuit de lokale setting. De coronapandemie heeft ons geleerd dat *'we are all in this together'* (Bloom & Cadarette, 2021). De pandemie in Nederland is pas afgelopen als ook in de rest van de wereld de vaccinatiegraad op peil is en de kans op virusmutaties kleiner wordt.

Een tweede reden is de plicht tot weldoen. Zoals we hierboven al aangaven, strekt de plicht tot weldoen zich voor een filosoof als Peter Singer niet enkel uit tot degenen die dichtbij zijn, maar is het een mondiale plicht. Er zijn verschillende perspectieven mogelijk op de vraag hoe sterk deze plicht wordt opgevat. Wie meent dat rechtvaardigheidskwesties binnen de eigen landsgrenzen moeten worden opgelost, zal het adresseren van rechtvaardigheidskwesties buiten de landsgrenzen niet als een afdwingbare plicht zien, maar eerder als een humanitaire reden om goed te doen. Of als een Kantiaanse imperfecte plicht om goed te doen. Dit is een plicht die als verdienste wordt gezien als deze vervuld wordt en

waarvan men zelf over vervulling kan beslissen. Dit in tegenstelling tot een perfecte plicht om anderen niet te schaden (Hunter & Dawson, 2021).[8] Singer stelt daartegenover dat wie enig principe van onpartijdigheid, universaliseerbaarheid of gelijkheid accepteert, niet anders kan dan fysieke afstand – en daarmee landsgrenzen – te beschouwen als moreel irrelevant. Singer spreekt in dat kader over een vorm van onterechte discriminatie (Singer, 1972).

Ten derde spelen mensenrechten een belangrijke rol. Zo zegt het Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie (1946)[9]:

> *"Het genot van een zo goed mogelijke gezondheidstoestand is een van de grondrechten van ieder menselijk wezen zonder onderscheid van ras, godsdienst, politiek geloof, economische of sociale positie. De gezondheid van alle volken is een noodzakelijke voorwaarde voor het bereiken van vrede en veiligheid en is afhankelijk van de meest volledige samenwerking van individuen en Staten."*

En in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948) staat in artikel 25, lid 1:

> *"Eenieder heeft recht op een levensstandaard, die hoog genoeg is voor de gezondheid en het welzijn van zichzelf en zijn gezin, waaronder inbegrepen voeding, kleding, huisvesting en geneeskundige verzorging en de noodzakelijke sociale diensten, alsmede het recht op voorziening in geval van werkloosheid, ziekte, invaliditeit, overlijden van de echtgenoot, ouderdom of een ander gemis aan bestaansmiddelen, ontstaan ten gevolge van omstandigheden onafhankelijk van zijn wil."*[10]

Een laatste normatieve reden om een global health ethiek perspectief in te nemen is een plicht om onrecht dat voortkomt uit historische of actuele wandaden te compenseren. Veel gezondheids(zorg)problemen zijn een erfenis van kolonisatie, oorlogen of een gevolg van onrechtvaardige internationale handelsverdragen. Thomas Pogge stelt dat we onrecht door dit soort wandaden moeten proberen te voorkomen en dat we bij schade door wandaden het onrecht ook moeten

8 Een plicht wordt 'imperfect' of 'onvolmaakt' genoemd als deze uitzonderingen toelaat; de plicht geldt dan niet altijd volledig en onverkort. Ze laten enige flexibiliteit toe. 'Perfecte' of 'volmaakte' plichten daarentegen gelden altijd en laten geen uitzonderingen toe.

9 Beschikbaar via: https://wetten.overheid.nl/BWBV0005804/2005-09-15/, Geraadpleegd op 2 november 2022.

10 Universele Verklaring van de rechten van de Mens, New York, 10-12-1948. Beschikbaar via: https://wetten.overheid.nl/BWBV0001008/1948-12-10. Geraadpleegd op 2 november 2022.

compenseren (Pogge, 2005). Het aspect van schade voorkomen en compenseren maakt van die global health ethiek plicht ons inziens toch een absolute, perfecte plicht, die geen uitzonderingen toelaat. Probleem is natuurlijk wel dat het moeilijk zal zijn de causale keten van het ontstaan van deze schade te reconstrueren. Bovendien, hoeveel verantwoordelijkheid voor herstel hebben de huidige leden van een bepaalde groep of een bepaald land, nu die leden niet dezelfde zijn als de vroegere leden die de schade veroorzaakten?

Epistemische onrechtvaardigheid

Een bijzonder aspect van het hierboven beschreven historisch onrecht is epistemische onrechtvaardigheid (*epistemic injustice*). Dat is een vorm van onrecht die mensen wordt aangedaan wanneer iemands kennis of ervaring wordt onderschat of niet wordt meegenomen. Het is *"a wrong done to someone specifically in their capacity as a knower:* en *"to be wronged as a knower is to be wronged as a human being"*. Deze onrechtvaardigheid komt vaak voort uit vooroordelen.

Volgens Miranda Fricker, die de term geïntroduceerd heeft, zijn er twee soorten epistemische onrechtvaardigheid (Fricker, 2007). Ten eerste dat niet iedereen direct op zijn of haar woord wordt geloofd (*testimonial injustice*). Kennis die door lokale experts of gemarginaliseerde groepen wordt voortgebracht wordt vaak niet als legitiem genoeg gezien door bijvoorbeeld *peer reviewers*, redacteuren van tijdschriften of leden van dominante (onderzoeks)groepen (Bhakuni & Abimbola, 2021). We zien deze verschillen ook in hoe met verschillende groepen patiënten wordt omgegaan. Zo blijkt dat minderheden en vrouwen minder vaak op hun woord worden geloofd of serieus genomen worden in hun gezondheidsklachten. Dit soort mechanismen zijn geen bewuste afwegingen, maar hebben te maken met onbewuste vooroordelen binnen een cultuur.

Hieraan gerelateerd is een tweede vorm van epistemische onrechtvaardigheid: hermeneutische onrechtvaardigheid (*hermeneutical injustice*). Met hermeneutische onrechtvaardigheid doelt Fricker op het feit dat de ervaringen van sommige groepen mensen minder goed te begrijpen en over te brengen zijn in onze taal. Ervaringen van bijvoorbeeld vrouwen en etnische minderheden zijn lang ondervertegenwoordigd geweest in ons maatschappelijk discours waardoor hun ervaringen minder werden benoemd, onderzocht en bediscussieerd in het publieke domein. Ook de mensen die de ervaringen zelf hebben, kunnen worstelen met het genuanceerd onder woorden brengen van hun ervaringen omdat de

concepten die daarvoor nodig zijn niet goed ontwikkeld zijn en omdat er minder over wordt gesproken in het publieke domein. Bijvoorbeeld niet in kranten of boeken, op televisie of in de wetenschap.

Voordat het begrip 'seksueel grensoverschrijdend gedrag' bestond, konden vrouwen niet goed beschrijven wat hen overkomen was, noch konden daders gemakkelijk tot het inzicht komen dat hun handelingen fout waren. Hetzelfde geldt voor de gebeurtenissen die we nu classificeren als 'racisme', 'homofobie' en 'seksisme'. De uitvinding van deze begrippen maakt het mogelijk dat nu anders naar de praktijken die ze benoemen wordt gekeken.

Fricker benadrukt met haar theorie dat mensen op vele manieren onrechtvaardig behandeld kunnen worden. En belangrijker: ze geeft onrecht een prominente plek binnen ethische theorievorming. Fricker laat zien dat onrecht niet louter de afwezigheid van rechtvaardigheid is. Onrecht kent vele gedaanten.

4 Eerlijke kansen op gezondheid, de *capability* benadering en conversie-factoren

Global health ethiek draait in de kern dus om het adresseren van ongelijkheden en onrecht in zorg en gezondheid, en om de onderliggende processen die tot die ongelijkheden hebben geleid. Daarnaast streeft het naar een rechtvaardige en gelijkwaardige verdeling van gezondheid en gezondheidszorg. Ook speelt het begrip 'eerlijke kansen op gezondheid' (*health equity*) [11] een belangrijke rol.

4.1 Health equity

Wat bedoelen we met *health equity*? Iedere omschrijving omvat in elk geval het waarborgen van kansen voor iedereen om hun eigen hoogste gezondheidsniveau te bereiken (Braveman et al., 2011). Maar waarom wordt gezondheid eigenlijk zo belangrijk gevonden?

In 1981 publiceerde de invloedrijke Amerikaanse filosoof Norman Daniels voor het eerst zijn ideeën daarover (Daniels, 1981). Voortbouwend op de beroemde theorie over verdelende rechtvaardigheid van zijn leermeester, de Amerikaanse filosoof John Rawls (Rawls, 1971), bleek het antwoord ogenschijnlijk eenvoudig. Gezondheid, en dus gezondheidszorg, zijn zo bijzonder vanwege hun relatie met normaal functioneren en daarmee met wat Daniels noemt een 'fair equality of opportunity', oftewel een redelijke gelijkheid aan kansen. Ziekte of handicap kun-

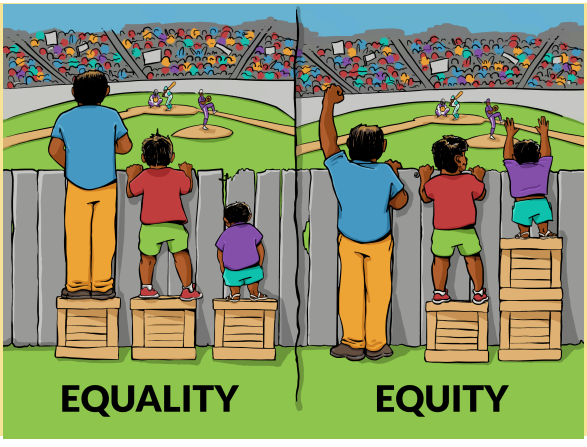
11 Er is voor dit begrip eigenlijk geen goede Nederlandse term.

nen de mogelijkheden die een individu normaal tot zijn beschikking zou hebben in het licht van zijn talenten en genetische opmaak, ernstig beperken. Gezondheidszorg heeft een bijzondere morele status omdat het iemands individuele potentieel kan beschermen of zelfs herstellen. De zorg is daarin trouwens niet uniek. Dat geldt bijvoorbeeld ook voor onderwijs, dat achterstanden in sociale omstandigheden kan corrigeren.

Health equity betekent overigens niet dat alle individuele verschillen tussen mensen moeten worden opgeheven. Het gaat erom dat iedereen gelijke kansen krijgt om zijn of haar basismogelijkheden te benutten, ook al zijn die van nature per mens verschillend. Deze focus op verdeling van middelen wordt wel een 'middelen-oriëntatie" genoemd (Ruger, 2004).

In het Engels lijkt het begrip health equity op health equality, en worden deze twee termen soms ook door elkaar gebruikt. Maar filosofen en ethici maken hiertussen veelal een verschil (Milken Institute School of Public Health, 2020). Een afbeelding die veel wordt gebruikt om het verschil tussen gelijkheid (equality) en eerlijke kansen (equity) aan te geven is die van een ouder met twee kinderen die een sportwedstrijd bekijken (zie Afbeelding 1).

De wedstrijd wordt gespeeld achter een hoog hek. De kinderen zijn te klein om zelfstandig over het hek te kunnen kijken. Met behulp van kistjes kunnen zij de wedstrijd toch zien. Hoe moeten de kistjes dan worden verdeeld? Bij verdeling op basis van gelijkheid (equality) zou iedereen evenveel kistjes krijgen. Op één kistje kan het kleinste kind de wedstrijd echter nog steeds niet zien. Dat probleem kan worden opgelost door het kleinste kind twee kistjes te geven. Dan heeft iedereen een eerlijke kans (equity) om de wedstrijd te zien.



Afbeelding 1: Het verschil tussen Equality en Equity. Bron: Interaction Institute for Social Change | Artist: Angus Maguire, https://interactioninstitute.org/illustrating-equality-vs-equity/

Van afbeelding 1 bestaan inmiddels diverse varianten. Velen geven aan dat alleen aandacht voor equity niet alles oplost. Een benadering gericht op rechtvaardigheid (justice) zou het hek helemaal weghalen en daarmee de oorzaken aanpakken waardoor mensen ongelijke kansen hebben. Denkers als Amartya Sen, Martha Nussbaum, Sridhar Venkatapuram en Fabienne Peter beargumenteren dat gezondheidsgelijkheid of -ongelijkheid grotendeels bepaald wordt door wat zij noemen 'sociale determinanten' van ziekte en gezondheid. Dat zijn de omstandigheden waarin mensen opgroeien, wonen, werken en leven. De verdeling van sociale determinanten verschilt tussen (groepen) mensen. Denk bijvoorbeeld aan verschillen in sociaaleconomische status, opleiding en werkgelegenheid. Het zijn onderliggende factoren als deze die bijdragen aan het kunnen hebben van een goede gezondheid (Venkatapuram, 2011).[12]

Sen, Nussbaum, Venkatapuram en Peter hebben – vergeleken met Rawls en Daniels – sterker een 'resultaats-oriëntatie' (Ruger, 2004). Om vergelijkbare gezondheidsresultaten te verkrijgen voor iedereen kan het daarom nodig zijn dat mensen juist ongelijk worden behandeld en dat sommigen dus meer middelen krijgen dan anderen. Net als in het eerdere voorbeeld van de wedstrijd. Zo is de beschikbaarheid van gezonde voeding in de supermarkt niet voldoende om obesitas tegen te gaan als mensen die voeding door armoede niet kunnen kopen.

Middelen (zoals voeding) hebben vanuit dit perspectief geen intrinsieke waarde. Ze zijn niet goed in zichzelf, maar zijn alleen goed voor zover ze daadwerkelijk het menselijk functioneren bevorderen (Sen, 1999). Sen en Nussbaum ontwikkelden hiervoor de zogeheten *capability approach* (verder: capability benadering).

4.2 De capability benadering

De capability benadering is een theoretisch raamwerk met twee normatieve claims. Ten eerste dat het van primair moreel belang is dat mensen vrijheid hebben om welzijn te bereiken. En ten tweede dat welzijn moet worden begrepen

12 Ook Fabienne Peter (Peter, 2006) geeft aan dat we juist naar onderliggende factoren (vooral de sociale determinanten) moeten kijken om gezondheid en gezondheidszorg eerlijker te verdelen. Ze schrijft dat een benadering gericht op gelijkheid (equality) kijkt naar wat een bepaalde streefnorm in de zorg zou moeten zijn die iedereen zou moeten kunnen halen, een soort gelijk speelveld (level playing field). Hierbij krijgt iedereen dezelfde ondersteuning qua middelen en goederen. De benadering die zij voorstaat is echter een benadering gericht op eerlijke kansen (equity). Het is namelijk mogelijk dat gelijke behandeling geen eerlijke situatie oplevert omdat niet-medische voorwaarden en omstandigheden (de sociale determinanten) tussen mensen verschillend zijn.

in termen van enerzijds mogelijkheden (*capabilities*) en anderzijds daadwerkelijk functioneren (functionings) van mensen (Robeyns & Byskov, 2021).

Capabilities zijn keuzemogelijkheden die mensen hebben om het leven dat ze wensen, te kunnen leiden. Functionings zijn de daadwerkelijke vormen van 'handelen' (bijvoorbeeld mobiel zijn) en 'zijn' (bijvoorbeeld goed gevoed of opgeleid zijn) die mensen waardevol vinden en willen bereiken. Door te focussen op wat mensen daadwerkelijk kunnen doen en zijn, in plaats van alleen op de verdeling van goederen en middelen, erkent de capability benadering dat mensen onderling sterk kunnen verschillen in het vermogen dat zij hebben om die middelen en goederen om te zetten in echte kansen en prestaties, oftewel het soort leven dat ze effectief kunnen leiden (Robeyns & Byskov, 2021).

Welke capabilities doen er dan toe? In haar boek *Creating Capabilities* (Nussbaum, 2011) beschrijft Nussbaum deze substantiële theorie van sociale rechtvaardigheid en presenteert zij een concrete lijst van 10 essentiële mogelijkheden (centrale capabilities) die elk land zou moeten nastreven voor haar burgers (zie Tabel 1).[13]

De centrale capabilities volgens Nussbaum

1. *Leven*: de mogelijkheid om een menswaardig leven van normale duur te leiden.
2. *Lichamelijke gezondheid*: de mogelijkheid tot een goede gezondheid, inclusief goede voeding, onderdak en voortplantingsmogelijkheden.
3. *Lichamelijke integriteit:* de mogelijkheid om zich vrij te kunnen verplaatsen, beschermd te worden tegen (seksueel en huiselijk) geweld en om zich seksueel tevreden te kunnen stellen.
4. *Gevoel, verbeeldingskracht en denken:* de mogelijkheid om op menselijke wijze gebruik te maken van gevoel, verbeeldingskracht en denken en om hierin onderwezen te worden. De mogelijkheid om artistieke, religieuze en wetenschappelijke werken te produceren en om vrij een eigen mening te kunnen uiten en religie te beoefenen. De mogelijkheid om plezier te ervaren en pijn te vermijden. De mogelijkheid op een vrij bewustzijn.
5. *Emoties*: de mogelijkheid om te houden van, te treuren en verlangen, dankbaarheid en gerechte woede te ervaren.

13 In dit preadvies nemen wij de insteek van Nussbaum als uitgangspunt. Er zijn ook andere benaderingen denkbaar. Zo formuleerde Sen geen uitputtende lijst van capabilities. Voor hem staat het lokaal vormgeven (via overleg) van capabilities voorop (Sen, 1999).

6. *Praktische rede:* de mogelijkheid om autonoom een eigen opvatting over het na te streven goede te vormen en om kritisch te reflecteren op je levensloop.
7. *Sociale verwantschap*: de mogelijkheid om met en naar anderen toe te leven; de mogelijkheid om je te begeven in sociale interactie en je in te leven in andermans situatie. De mogelijkheid tot zelfrespect en om behandeld te worden als waardig mens, waarvan de waardigheid gelijk is aan die van de ander. Dit behelst voorzorg tegen discriminatie op basis van ras, religie etc.
8. *Andere soorten:* De mogelijkheid om samen te leven met zorg voor en in relatie tot dieren, planten en de wereld van de natuur.
9. *Spel:* De mogelijkheid om te lachen, spelen en te genieten van recreatie.
10. Controle over de eigen omgeving:
    - *Politiek*: de mogelijkheid om doeltreffend te participeren in politieke keuzes die betrekking hebben op je leven en om vrij je mening te uiten en verbindingen aan te gaan.
    - *Materieel*: de mogelijkheid om over vermogen en bezit te beschikken. De mogelijkheid om te beschikken over gelijke rechten met betrekking tot vermogen, bezit en het zoeken naar werk.

Tabel 1: De centrale capabilities volgens Martha Nussbaum

De focus ligt dus op keuze en vrijheid voor het individu, in relatie tot welzijn. Het goede dat een samenleving zou moeten bevorderen voor haar burgers is een set aan mogelijkheden, of substantiële vrijheden (capabilities) die burgers dan wel of niet kunnen uitoefenen. De keuze is aan hen. Belangrijk daarbij is dat de vrijheid die mensen hebben om bepaalde vormen van 'handelen' of 'zijn' te bereiken (capabilities) niet vanzelf ontstaat door hen bepaalde middelen te geven, maar in belangrijke mate afhangt van persoonlijke, sociaal-politieke en omgevingsomstandigheden. In de capability-literatuur worden dit 'conversiefactoren' genoemd. De eerdergenoemde sociale determinanten van gezondheid zijn zo conversiefactoren die het makkelijker (positieve conversiefactor) of moeilijker (negatieve conversiefactor) kunnen maken om de vormen van 'handelen' (bijvoorbeeld mobiel zijn) en 'zijn' (bijvoorbeeld goed gevoed of opgeleid zijn) die mensen waardevol vinden en willen bereiken, daadwerkelijk te realiseren (functionings), als zij daarvoor kiezen. Figuur 1 geeft schematisch de relatie weer tussen capabilities, functionings, middelen en keuzes die we kunnen maken.

Ingrid Robeyns illustreert de relatie tussen capabilities en functionings met

Figuur 1: De relatie tussen capabilities, functionings, middelen en vrije keuze. Vrij naar Robeyns, 2005.

het voorbeeld van een fiets. Een gezond persoon die ooit als kind heeft leren fietsen, heeft een hoge conversiefactor om de fiets om te zetten in de mogelijkheid om efficiënt te bewegen. Iemand met een handicap daarentegen of iemand die nooit heeft leren fietsen heeft een lage conversiefactor. Een conversiefactor staat dus voor hoeveel functioneren iemand kan krijgen uit goederen of diensten (Robeyns & Byskov, 2021; Robeyns, 2005).

Drie soorten conversiefactoren

In de literatuur (Sen, 1999; Robeyns, 2005) worden conversiefactoren onderverdeeld in drie soorten:

- *Persoonlijke* conversiefactoren gebonden aan een persoon. Voorbeelden zijn iemands lichamelijke toestand, gender, leesvaardigheid en intelligentie. Zoals hierboven beschreven: iemand met een zware handicap zal waarschijnlijk weinig hulp ervaren van een fiets in het bevorderen van zijn of haar mobiliteit.
- *Sociale* conversiefactoren zijn factoren vanuit de maatschappij waarin iemand leeft. Voorbeelden zijn publiek beleid, sociale normen, praktijken die onrechtvaardig discrimineren, sociale hiërarchieën of machtsrelaties gerelateerd aan bijvoorbeeld etniciteit, gender en klasse.
- *Omgevingsconversiefactoren* komen naar voren in de fysische en gebouwde omgeving waarin iemand leeft. Tot aspecten van de fysische omgeving (ook wel: geografische ligging) behoren het klimaat, vervuiling, kans op aardbevingen en de aan- of afwezigheid van zeeën en oceanen. Tot aspecten van de gebouwde omgeving behoren de stabiliteit van gebouwen, wegen en bruggen, en transport- en communicatiemiddelen.

De drie soorten conversiefactoren benadrukken allemaal dat het niet voldoende is om te weten welke middelen een persoon bezit of kan gebruiken om het welzijn te kunnen beoordelen dat hij of zij heeft bereikt of zou kunnen bereiken. We moeten daarvoor veel meer weten over de persoon en de omstandigheden waarin hij of zij leeft. Capabilities verwijzen niet uitsluitend naar iemands

vermogen, maar naar een mogelijkheid die haalbaar is gemaakt of juist wordt beperkt door (een combinatie van) zowel interne (persoonlijke) als externe (sociale en omgevings-)conversiefactoren (Robeyns, 2005).

Beloftevolle benadering voor global health ethiek

De capability benadering zou ons inziens een beloftevolle aanpak kunnen zijn voor een global health ethiek. Niet alleen om (mondiale) problemen te duiden, maar ook om na te denken over hoe concreet om te gaan met die problemen. Voor zover conversiefactoren een uiting zijn van structurele onrechtvaardigheid en leiden tot (globale) gezondheidsachterstand zijn ze een goed aangrijpingspunt voor global health ethiek. Armoede is waarschijnlijk zo'n conversiefactor, omdat het vaak veroorzaakt wordt door structurele onrechtvaardigheid en het ook vrij direct onze lichamelijke gezondheid beïnvloedt. Nooit hebben leren fietsen is mogelijk geen belangrijke conversiefactor, behalve misschien als het geen vrije keuze was om niet te leren fietsen, maar een uiting van structurele ongelijkheid en het niet-fietsen leidt tot gezondheidsachterstand.

In hoofdstuk 5 tot en met 7 zullen we ingaan op drie cases: eerlijke verdeling van vaccins, migratievraagstukken en klimaatrechtvaardigheid. In de bespreking van deze voorbeelden zullen we steeds dit soort conversiefactoren beschrijven die maken dat het voor (groepen) mensen structureel moeilijker of zelfs onmogelijk is om een goede gezondheid te bereiken.

5 Eerlijke verdeling van vaccins

5.1 Inleiding

Bij het uitkomen van dit preadvies zijn wereldwijd ongeveer 13 miljard corona vaccindoses toegediend.[14] Daarvan heeft bijna driekwart van de mensen in hoge inkomenslanden tenminste een dosis ontvangen, en in lage inkomenslanden is dat een op de vier mensen.[15] Met name in Afrika en delen van Azië is het aantal toegediende vaccins nog laag.[16] Een jaar nadat wereldleiders in de coronapandemie de balans opmaakten, is er dus nog niet veel veranderd. Op 21 september 2021 waarschuwde de secretaris-generaal van de Verenigde Naties, Antonio Guterres, de wereld dat COVID-19 vaccins ongelijk werden verdeeld. Hij noemde deze verdeling een "obsceniteit" en hij gaf de wereld een "*F in Ethics*".[17] Eerder had de directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), Tedros Adhanom Ghebreyesus, ook al gezegd dat "ongelijke verdeling van vaccins het grootste obstakel is om de wereldwijde coronapandemie te beëindigen". Hij waarschuwde de wereld in januari 2021 voor "een catastrofale morele fout" (WHO, 2021). Deze wereldleiders lieten de geprivilegieerde positie van het Westen duidelijk zien. Er waren wel pogingen gedaan om de vaccins eerlijker te verdelen, maar die hadden de enorme ongelijkheid in de verdeling die in 2021 steeds zichtbaarder werd niet ongedaan kunnen maken. Een van deze voorstellen is en was COVAX.

14 https://covid19.who.int/. Geraadpleegd op 1 november 2022.

15 https://data.undp.org/vaccine-equity/. Geraadpleegd op 1 november 2022.

16 https://covid19.who.int/. Geraadpleegd op 1 november 2022.

17 Zie https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/un-chief-grades-world-vaccine-rollout-f-ethics-2021-09-21/. Geraadpleegd op 1 november 2022.

5.2 Eerlijke verdeling van vaccins via COVAX?

Al vroeg in de coronapandemie werd COVAX opgericht. COVAX staat voor COVID-19 Vaccines Global Access. Het is een samenwerkingsverband tussen de *Coalition for Epidemic Preparedness Innovations* (CEPI), de *Global Alliance for Vaccines and Immunization* (Gavi), de Wereldgezondheidsorganisatie en Unicef. Het idee was dat COVAX de ontwikkeling, productie en distributie van coronavaccins kon helpen versnellen en uiteindelijk eerlijker kon verdelen.

Rijkere landen hebben de gewoonte om bij nieuwe medische producten bilaterale overeenkomsten te sluiten met producenten. Dat geeft rijkere landen een voorsprong bij toegang tot die nieuwe producten. Tevens kan het bijdragen aan grotere achterstand voor andere landen. Het idee van COVAX was om die bilaterale structuur te doorbreken door gezamenlijk te investeren in de ontwikkeling van vaccins en zo armere landen ook meer kansen te geven om een potentieel succesvol vaccin in te kunnen kopen. In een volgend stadium zouden deze landen dan gezamenlijk kunnen optreden om de prijzen te verlagen. Als de vaccins eenmaal beschikbaar waren zou eerst 3% van de bevolkingen van de aangesloten landen worden gevaccineerd en vervolgens 20% van hun bevolking. Deze fase was gebaseerd op proportionaliteit. Daarna zou een fase volgen die was gebaseerd op behoefte.

Velen prezen COVAX voor het streven naar een eerlijke verdeling van coronavaccins. Maar het proportionaliteitscriterium bleek eerlijkheid op te vatten als 'alle landen evenveel', terwijl al van meet af aan duidelijk was dat landen verschillende behoeftes hadden, bijvoorbeeld door verschil in mogelijkheden om vaccins op te slaan. COVAX kwam vanwege haar opvatting van eerlijkheid dus eigenlijk direct onder druk te staan. Sommigen bestempelden het COVAX-beleid ook als naïef, omdat 'de wereld zo niet werkt' en omdat rijke landen nooit zouden accepteren dat slechts 20% van de eigen bevolking zou worden gevaccineerd als vaccins beschikbaar zouden zijn (Usher, 2021).

5.3 Van iedereen evenveel naar factoren die bijdragen aan health equity

Hoe goedbedoeld ook, COVAX laat zien dat het eerlijk verdelen van vaccins nog niet eenvoudig is. De Verenigde Naties gebruiken bijvoorbeeld zogeheten dash-

boards om *vaccine equity* te monitoren.[18] Het gaat dan om de mate van verdeling van vaccins in de wereld. De WHO stelt daarvoor streefnormen op en kijkt vervolgens in hoeverre de realiteit afwijkt van het ideaal.

Dashboards zoals die van de Verenigde Naties kunnen op zich een goede graadmeter zijn van de mate van verdeling van vaccins in de wereld, en een reden vormen om in actie te komen. Maar de streefnormen van de WHO helpen ons onvoldoende. We zien namelijk dat die streefnormen voortdurend zijn bijgesteld. Zo stelde de WHO dat halverwege 2022, 70% van de bevolking van de lidstaten van de WHO moest zijn gevaccineerd. Helaas werd ook die norm niet gehaald: slechts 58 van de 194 lidstaten haalde de streefnorm in juni 2022.[19] De werking die uitgaat van de streefnorm is dat die percentages niet worden gehaald en steeds moeten worden bijgesteld (Van der Graaf et al., 2022).

Belangrijker dan het kijken naar streefnormen is om te onderzoeken waardoor vaccins oneerlijk worden verdeeld, hoe vaccine equity er eigenlijk uitziet, en wie er wanneer iets aan kan doen. Zoals een van ons eerder heeft betoogd (Van der Graaf et al., 2022) is de onderliggende opvatting van health equity dan belangrijk. We moeten daarbij ook de factoren in ogenschouw nemen die tot ongelijke verdeling leiden. Dat brengt ons bij de conversiefactoren.

Conversiefactoren

Ten eerste lijken sociale conversiefactoren een rol te spelen in de discussie over eerlijke verdeling van vaccins. Historisch gezien hebben eerdere epidemieën, zoals HIV/Aids, Ebola en Zika vergelijkbare patronen laten zien die we ook nu weer tegenkomen in de discussie over COVID-19, waaronder discriminatie en wantrouwen ten opzichte van westerse hulpverlening (Baldassarre et al., 2020). Ten tweede spelen ook omgevingsconversiefactoren een rol. De eerste coronavaccins moesten op -70 graden Celsius bewaard worden, maar het mondiale zuiden had doorgaans geen dergelijke vriezercapaciteit. Deze voorbeelden laten zien dat health *in*equity rondom COVID-19 niet eenvoudig kan worden opgelost door om het even welk vaccin beschikbaar te stellen. Zo moeten de vaccins vervolgens wel veilig bewaard kunnen worden en moet er een vertrouwensbasis zijn om de vaccins te nemen.

18 https://data.undp.org/vaccine-equity/. Geraadpleegd op 1 november 2022.

19 https://www.who.int/campaigns/vaccine-equity. Geraadpleegd op 1 november 2022.

5.4 Implicaties voor de arts-patiëntrelatie

Het zal dus niet gemakkelijk zijn om het vraagstuk van eerlijke verdeling van vaccins op te lossen met een enkelvoudige insteek. Tegelijk kan zicht op de capabilities van een patiënt, hier bijvoorbeeld lichamelijke gezondheid via toegang tot een vaccin, aanleiding zijn om verder na te gaan welke negatieve conversiefactoren een rol spelen en wat daaraan kan worden veranderd. Het doordenken van de implicaties van vaccine equity kan dan bijvoorbeeld in de individuele arts-patiëntrelatie ertoe leiden dat ruimte wordt genomen voor het verkennen van de vraag waarom iemand een vaccin niet neemt. Deze keuze kan weloverwogen zijn geweest maar kan ook gebaseerd zijn op desinformatie, of op financiële of fysieke moeilijkheden met het bereiken van een vaccinlocatie.

Om een eerlijke verdeling van zorg en gezondheid te bereiken, moeten we niet alleen binnen maar ook buiten de directe arts-patiëntrelatie op zoek naar hoe een eerlijke verdeling kan worden bereikt.[20] Zo zagen we al in de corona-pandemie dat een online *portal* om een afspraak te maken voor een vaccinatie op zich een mooi idee is. Het is echter geen *one-size-fits-all* oplossing. Het werkt bijvoorbeeld niet of minder voor mensen zonder internettoegang of vervoer om naar een vaccinatielocatie te komen. Evenzo wordt een eerlijke verdeling van bedden op de intensive care niet gemakkelijk bereikt door het principe 'wie het eerst komt, die het eerst maalt'. Dit principe houdt geen rekening met mensen voor wie de afstand tot een ziekenhuis groter is, of die weinig mogelijkheden hebben om een ziekenhuis te bereiken, terwijl hun overlevingskansen groter kunnen zijn. Aandacht voor dergelijke factoren kan dus tot een andere verdeling van middelen leiden en heeft daarmee implicaties voor de vraag met wie de zorgverlener een behandelrelatie aangaat.

Individuele hulpverleners kunnen deze onderliggende problemen niet allemaal zelf oplossen, maar kunnen ongelijke toegang wel waarnemen en vervolgens op macroniveau meer aandacht vragen voor deze onderliggende problematiek die ertoe leidt dat ongelijkheden kunnen ontstaan.

5.5 Rol van de medisch-ethicus

De hiervoor genoemde en andere vragen kan de medisch-ethicus helpen stellen in een debat over vaccinongelijkheden en daarbij ook de implicaties daarvan

20 https://www.apha.org/topics-and-issues/health-equity. Geraadpleegd 1 november 2022.

voor de individuele arts-patiëntrelatie verder doordenken. Daarbij moet ook de medisch-ethicus dan in ogenschouw nemen dat er geen gemakkelijke en snelle antwoorden zijn op vragen naar vaccine equity. Sterker nog, de snelle ethische antwoorden die kwamen op vragen rond het verdelen van vaccins bleken geen mondiaal acceptabel antwoord te geven (Emanuel et al., 2020; Herlitz et al., 2021).

In verschillende stadia van de pandemie komen ook verschillende vragen op als het gaat over eerlijke verdeling van vaccins (Herlitz, et al., 2021; Van der Graaf et al., 2022). Zo is de vraag onder meer: met wie en waar ter wereld doen we eigenlijk onderzoek? Welke onderzoeksinfrastructuur en welke onderzoeksdesigns speelden in vorige uitbraken een doorslaggevende rol? Wie heeft toegang tot de onderzochte middelen en verkregen kennis na het onderzoek? Waarom worden zwangere vrouwen en kinderen vaak uitgesloten van deelname aan onderzoek in de eerste fase van een uitbraak en is dat wel terecht? Welke onderliggende oorzaken (armoede, laaggeletterdheid) spelen een rol bij ongelijke verdeling van middelen? In welke fase bevindt de pandemie zich precies en gaan de zorgen momenteel over eerlijke toegang tot vaccins of hebben ze meer te maken met ongelijkheid in toediening van vaccins? Zo is volgens de WHO momenteel het grootste probleem niet zozeer een tekort aan vaccins maar *"getting shots into arms"*.[21]

Ongemakkelijke vragen durven (blijven) stellen

Medisch-ethici die vragen naar vaccine equity aan de orde stellen, zullen merken dat deze vragen regelmatig op weerstand stuiten, onder meer van degenen die zeggen dat vooruitgang in de wetenschap belangrijk is en dat bio-ethici de soms hoge standaarden moeten versoepelen. Maar ook van bijvoorbeeld burgers die na een aantal jaar corona niet allemaal meer gelijk een boosterprik willen halen.

Het stellen van kritische, ongemakkelijke vragen in een debat dat iedereen aangaat, zal ook andere vaardigheden van de medisch-ethicus vragen. Hij of zij zal nu niet meer van een afstandje een ethisch dilemma analyseren en oplossingen aandragen, maar zich mengen in een maatschappelijk debat. De gevolgen van het stellen van ongemakkelijke vragen in het publieke debat kunnen soms heel persoonlijk zijn en gepaard gaan met bedreigingen (Van Heerde, 2021). De vraag kan dan zijn in hoeverre medisch-ethici zich moeten uitspreken als dat kan

21 https://www.who.int/campaigns/vaccine-equity. Geraadpleegd 1 november 2022.

leiden tot (persoonlijke) bedreigingen. Hij of zij zal dan hoogstwaarschijnlijk meer moed moeten tonen om ongemakkelijke vragen toch te blijven agenderen. De vraag is tegelijk hoever we daarin als medisch-ethici willen gaan en wellicht ook hoe men daarin kan worden geschoold of begeleid.

6 Migratievraagstukken

6.1 Inleiding

Vluchtelingen en migranten (voor definities, zie Tekstbox 1) uit verschillende windstreken reizen sinds jaar en dag o.a. naar Europa. Intussen wordt dit eeuwenoude fenomeen als crisis bestempeld, met ook aspecten die raken aan de gezondheidszorg. In dit hoofdstuk bespreken we de specifieke zorgbehoeften van asielzoekers in Nederland en aan de grenzen van Europa, en welke conversiefactoren bijdragen aan een slechtere gezondheid en ongelijke zorg voor migranten.

Oorzaken van migratie

Sinds 2014 is er een snelle toename van vluchtelingen en migranten die de gevaarlijke overtocht waagden naar Europa. De grootschalige uittocht uit Syrië zette een grote populatie wanhopige mensen ertoe aan steeds gevaarlijkere reizen te ondernemen. Vluchtelingen spoelden letterlijk aan op Europese stranden. En werden steeds vaker – illegaal – teruggeduwd buiten Europese territoriale wateren (de zogenoemde *pushbacks*).

Migratie kent vele oorzaken (Europees Parlement, 2020). Er zijn drie belangrijke zogenaamde push- en pullfactoren. Etnische, religieuze, raciale en culturele vervolging kunnen mensen dwingen om een land te verlaten. Dat is een pushfactor, want mensen vluchten weg van gewapende conflicten, schendingen van mensenrechten of vervolging, zoals uit Syrië, Irak, Afghanistan, Soedan, Eritrea, Ethiopië, Nigeria, Somalië en Mali. En recent natuurlijk Oekraïne. Daarnaast komt een deel van de migratie ook voort uit economische en demografische ontwikkelingen. Onder andere hogere lonen, betere arbeidskansen, een hogere levensstandaard en onderwijskansen zijn daarbij pullfactoren. Als de economi-

sche omstandigheden slecht zijn en het risico bestaat dat ze verder verslechteren, verhuizen mensen naar landen met betere vooruitzichten. Ten slotte zijn klimatologische veranderingen een pushfactor. Het milieu is altijd al een reden geweest voor migratie, omdat mensen vluchten voor natuurrampen zoals overstromingen, orkanen en aardbevingen. Klimaatverandering zal naar verwachting zorgen voor meer extreme weersomstandigheden, wat betekent dat meer mensen op de vlucht zullen slaan.

Geen gemakkelijke oplossingen, wel concrete en dringende vragen

Als het over (gedwongen) migratie gaat, wordt vaak gezegd dat men zich allereerst moet richten op het wegnemen van de onderliggende oorzaken van de migratie, zoals klimaatverandering, honger of oorlog in het land van herkomst. Vanuit een capability benadering is dat natuurlijk de ultieme oplossing, maar ook ongelooflijk complex. Tegelijkertijd ligt echter de concrete vraag voor hoe om te gaan met de asielzoekers die er op dit moment al zijn, in Nederland en aan de grenzen van Europa. Daarover gaat dit hoofdstuk.

De morele vraag die voorligt is wat wij verschuldigd zijn aan mensen die (om welke reden dan ook) gedwongen worden om hun thuisland te verlaten. Meer toegespitst op dit preadvies: op welke manier stelt global health ethiek de traditionele focus op de arts-patiëntrelatie hier ter discussie? Zijn er dwingende normatieve redenen om (extra) bezorgd te zijn over de gezondheid van migranten? Is er een verschil tussen (verschillende groepen) migranten in Nederland en migranten aan de grenzen van Europa? Welke onderliggende dynamieken en impliciete vooroordelen leiden tot ongelijke zorg voor migranten? En wat leren we daarvan als bio-ethici in de Nederlandse context?

Definitie van de begrippen vluchteling, asielzoeker en migrant

Vluchteling: je bent een vluchteling als je je land van herkomst ontvlucht vanwege gegronde vrees voor vervolging wegens je ras of nationaliteit, godsdienst, politieke overtuiging of het behoren tot een bepaalde sociale groep. Je kunt in je eigen land geen bescherming krijgen van de overheid tegen deze vervolging of de overheid is verantwoordelijk hiervoor. In tegenstelling tot een migrant is de definitie van een vluchteling vastgelegd in het internationaal recht: het Vluchtelingenverdrag (het Verdrag betreffende de Status van Vluchtelingen). Dit verdrag is gebaseerd op het principe van '*non-refoulement*' wat betekent

dat een vluchteling niet teruggestuurd mag worden als hij een land ontvlucht vanwege gegronde vrees voor vervolging. Zij die de vluchtelingenstatus krijgen worden beschermd door het Vluchtelingenverdrag en internationale overeenkomsten.

Een asielzoeker: is iemand op de vlucht die internationale bescherming zoekt, maar wiens beroep op een vluchtelingenstatus nog niet bepaald is. Een asielzoeker kan alleen bescherming aanvragen in het land van aankomst, wat betekent dat hij of zij een grens moet oversteken om asiel aan te kunnen vragen. Vervolgens moet men in staat zijn om te bewijzen dat zij voldoen aan de criteria om beschermd te worden als vluchteling. Soms worden mensen die arriveren aan een grens afgeschilderd als 'illegale' vluchtelingen of migranten, maar in werkelijkheid is het oversteken van een internationale grens om asiel aan te vragen niet illegaal, en zou volgens internationale afspraken iedere asielaanvraag op zijn minst gehoord moeten worden middels een asielprocedure.

Migrant: migratie is een brede term voor verhuizen van plek naar plek binnen of buiten landsgrenzen, bijvoorbeeld vanwege (seizoensgebonden) werk, opleiding of trouwen met een (buitenlandse) partner. De meeste migranten worden niet gedwongen hun thuisland te verlaten, maar vertrekken uit hoop en op zoek naar betere kansen. Zij zijn vrij om terug te keren naar huis wanneer ze willen. Veruit de meeste migratie verloopt via reguliere routes met geldige reisdocumenten en studenten- en werkvisa. Soms worden mensen die een grens oversteken onterecht als migrant bestempeld terwijl ze in feite asielzoekers zijn: zij leven met gegronde angst voor vervolging als ze naar huis terug zouden keren.

Milieumigrant: volgens de Internationale Organisatie voor Migratie (IOM), zijn milieumigranten "mensen die door plotse of geleidelijke veranderingen in hun omgeving, die hun leven of leefomstandigheden beïnvloeden, verplicht zijn om tijdelijk of permanent hun thuis te verlaten, en die ofwel binnen hun eigen land verhuizen of naar het buitenland gaan". Een milieumigrant of 'klimaatvluchteling' valt nu niet onder de definitie van 'vluchteling' uit het Vluchtelingenverdrag. Klimaatvluchtelingen kunnen dus geen bescherming inroepen op grond van dit verdrag, en worden bijgevolg beschouwd als reguliere migranten.

Bronnen: Europees Parlement (2020); WHO (2022); Verdrag betreffende de status van vluchtelingen (1951, art. 1(A)2); IOM (2022).

Tekstbox 1: Definitie van de begrippen 'Vluchteling', 'Asielzoeker' en 'Migrant'

6.2 Impliciete vooroordelen en 'othering': angst, woede en walging

In 2018 publiceerde Martha Nussbaum haar essay *The Monarchy of Fear* (Nussbaum, 2018). Het was een reactie op de verkiezing van Donald Trump in 2016 tot president. Ze beschrijft daarin hoe maatschappelijke ontwikkelingen zoals globalisering, oplopende kosten voor levensonderhoud en werkloosheid, gevoelens van machteloosheid en angst oproepen. Die leiden uiteindelijk tot walging, rancune en beschuldigingen richting uiteenlopende groepen zoals migranten, moslims en de culturele elite.[22]

Bij migratievraagstukken speelt deze dynamiek een belangrijke rol. Soms zijn daarbij angst, walging en rancune expliciet aanwezig. Bij de opening van nieuwe opvanglocaties wordt vaak letterlijk ingespeeld op angst voor terrorisme, crimineel gedrag of seksueel geweld (Rosman & Van Mersbergen, 2015). Raisa Blommestijn, presentatrice van het opinieprogramma Ongehoord Nieuws, zei recent tijdens een uitzending: "Ik maak me zorgen om mijn veiligheid". Dit omdat zij zou passen binnen het 'risicoprofiel' (lees: in handen zou kunnen vallen van een mannelijke asielzoeker). Asielzoekers worden ook vaak weggezet als profiteurs: ze teren op gemeenschapsgeld en pikken banen en huizen in. Zo worden asielzoekers gepresenteerd in een sfeer van angst, criminalisering, haat en wantrouwen.

Het gevolg hiervan is dat ze gereduceerd worden tot de 'ander', namelijk degene die problemen of overlast veroorzaakt. *Othering* is een gangbare praktijk waarbij bepaalde groepen worden gemarginaliseerd door ze als een bedreiging te presenteren, waardoor de bredere samenleving bang voor ze wordt en maatregelen accepteert om ze te beheersen of te onderdrukken (Foucault, 2003). De illegale pushbacks door EU grensbewaker Frontex aan de randen van Europa en het gebrek aan reactie vanuit individuele Europese landen of de Europese Commissie is een uiting van die acceptatie van 'beheersmaatregelen' (Maas, 2021).[23]

Buitenlanders buiten de deur houden werd zelfs een wereldwijde obsessie onder welvarende staten. Presidentskandidaat Donald Trump beloofde een muur te bouwen en Mexico ervoor te laten betalen. Hij beloofde ook moslims de toegang tot de Verenigde Staten te verbieden en mensen zonder papieren uit de Verenigde Staten te deporteren. Australië voerde marinepatrouilles op, en zorgde

22 Deze dynamiek beschreef Nussbaum natuurlijk niet als eerste. Ze steunt op uitgebreide literatuur uit de psychologie en de geesteswetenschappen, die ze in haar boek beschrijft.

23 Zie ook https://www.theguardian.com/global-development/2022/apr/28/revealed-eu-border-agency-involved-in-hundreds-of-refugee-pushbacks. Geraadpleegd op 1 november 2022.

ervoor dat eventuele ongeoorloofde bootaankomsten werden teruggedraaid ver voordat ze de kusten van het land bereikten. Intussen vindt ongeveer 45 procent van de mensen over de hele wereld dat de migratie naar hun land moet worden verminderd (Connor & Krogstad, 2018).

Othering delegitimeert ook eventuele klachten van de kant van 'de ander', inclusief aanspraken op veiligheid, gerechtigheid en waardigheid. Mensen worden niet langer als individuen gezien, maar als minderwaardig en soms zelfs nauwelijks als menselijk. Dit mechanisme maakt een rigide onderscheid tussen de 'gevestigden' en de vreemdelingen ("zij zijn niet een van ons").

Nussbaum wijst ons ook op minder expliciete haat en angst. Zij spreekt daarbij over impliciete vooroordelen (*implicit bias*): een vooringenomenheid over rollen en gedrag waarvan de houder zich niet eens bewust is. Vaak gaat het om onbewuste associaties die leiden tot een negatieve beoordeling van een persoon op basis van irrelevante kenmerken. Bijvoorbeeld: niet verwachten dat Nederlanders met een migratieachtergrond de taal goed beheersen, of verrast zijn als een vrouw een hoge positie heeft binnen een bedrijf. Nussbaum roept ons op, gezien het sterke psychologische bewijs dat deze vooringenomenheid diep in ons verankerd is, om zelfs als we in alle eerlijkheid denken dat we bijvoorbeeld geen racist zijn, daar extra hard tegenin te werken.[24]

6.3 Behandeling van asielzoekers in Nederland

Het jaar 2015 was een piekjaar in Nederland voor asielaanvragen, voornamelijk door de oorlog in Syrië. In dat jaar vroegen bijna 59.000 mensen asiel aan of reisden hun familie achterna. Na een flinke daling in het aantal asielaanvragen tussen 2017 en 2020 is er sinds 2021 een forse en blijvende stijging te zien.[25] De meest voorkomende nationaliteit van asielzoekers en nareizigers in Nederland is Syrisch, Afghaans, Turks, Jemenitisch, Eritrees of Somalisch.

De toegenomen instroom, gecombineerd met een stagnatie in de doorstroom van statushouders in asielzoekerscentra (azc's) door een tekort aan huisvesting,[26] leidt tot overvolle azc's. Met als ultieme consequentie dat vanaf

24 "Even when we believe in all good faith that we are not racist, we must work extra hard in the opposite direction" (Nussbaum, 2018, p.124).

25 https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-asiel-migratie-en-integratie/hoeveel-asielzoekers-komen-naar-nederland- Geraadpleegd op 12 oktober 2022.

26 https://www.coa.nl/nl/lijst/instroom-en-uitstroom. Geraadpleegd op 12 oktober 2022.

begin juli van dit jaar bijna dagelijks tientallen tot honderden asielzoekers buiten de poorten van het aanmeldcentrum in Ter Apel slapen. Het centrum heeft niet genoeg plek om alle mensen op te vangen, ook weer omdat er geen doorstroom is naar de azc's.

In augustus besloot de internationale hulporganisatie Artsen zonder Grenzen (AzG) hulp te gaan verlenen aan de mensen die buiten Ter Apel wachtten op registratie. Ter Apel leek volgens de organisatie op Lampedusa of Moria, op Lesbos. In juni schreven de Inspectie Justitie en Veiligheid en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd een brief aan de staatssecretaris van Justitie en Veiligheid om aandacht te vragen voor het welzijn en de veiligheid van kinderen in de asielopvang als gevolg van de aanhoudende problemen.[27] Door de gebrekkige doorstroom verblijven asielzoekers, waaronder gezinnen met kinderen en alleenstaande minderjarige vreemdelingen, weken en soms maanden langer op de centrale ontvangstlocatie in Ter Apel. Hierdoor hebben de kinderen geen toegang tot onderwijs, is er geen medische intake door jeugdgezondheidszorg en kan ook het rijksvaccinatieprogramma niet van start gaan. Deze voorzieningen starten namelijk pas op na afronding van het aanmeldproces. Vluchtelingen met een zorgbehoefte hebben vaak te maken met suboptimale randvoorwaarden voor zorg en welzijn, waaronder frequente verplaatsingen tussen noodopvangen en het ontbreken van adequate toegang tot zorg in de noodopvang.

Schril contrast

De opvang van asielzoekers in Ter Apel staat in schril contrast met de opvang van vluchtelingen uit Oekraïne. Vluchtelingen uit Oekraïne kunnen visumvrij reizen binnen de Europese Unie en hoeven dus geen asiel aan te vragen om in Nederland te mogen zijn. Daarnaast gelden voor hen speciale regels op grond van staatsnoodrecht en de Tijdelijke Beschermingsrichtlijn[28], die is opgesteld na het uitbreken van de oorlog in Oekraïne. In meerdere gemeenten openden opvangcentra die specifiek bedoeld zijn voor vluchtelingen uit Oekraïne. Ook namen veel burgers Oekraïense vluchtelingen in huis. Gezondheidszorg werd geregeld via huisartsen of in speciale gezondheidscentra in opvanglocaties.

27 https://www.igj.nl/publicaties/brieven/2022/06/20/kinderen-in-de-asielopvang. Geraadpleegd op 12 oktober 2022.

28 Tijdelijke Beschermingsrichtlijn, beschikbaar via: https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2022Z15205&did=2022D31546. Geraadpleegd op 1 november 2022

Opmerkelijk is dat er in de praktijk en volgens het recht een onderscheid wordt gemaakt tussen de opvang van asielzoekers enerzijds, en de opvang van vreemdelingen die de situatie in Oekraïne zijn ontvlucht en eveneens asiel moeten gaan aanvragen, anderzijds. Van deze opvangplekken voor vluchtelingen uit Oekraïne staan er nu duizenden leeg. Daartegenover staat dat voor de personen in het reguliere asielproces de toegang tot alle vormen van opvanglocaties ernstig verstoord is en de bezetting van de opvanglocaties veelal veel hoger is dan acceptabel. De lege plekken voor Oekraïners worden door gemeenten niet of nauwelijks voor de opvang van andere vreemdelingen gebruikt – ook niet voor statushouders – wegens "het ontbreken van lokaal draagvlak".[29]

Moeilijk te begrijpen

Vanuit een global health ethiek perspectief is deze ongelijke behandeling van gelijke groepen mensen, namelijk asielzoekers, moeilijk te begrijpen. Allereerst vanuit humanitaire redenen om goed te doen en het mensenrechtenperspectief (zie ook hoofdstuk 3). Zowel de vluchtelingen uit Oekraïne als elders moeten uiteindelijk asiel aanvragen om de beschermde status te verkrijgen.[30] In dat opzicht zijn de groepen gelijk en behoren zij gelijk behandeld te worden. Dat betekent dat iedereen, ongeacht land van herkomst tijdens de asielprocedure recht heeft op onderdak, medische zorg en juridische ondersteuning. Nederland heeft de plicht om de rechten die voortvloeien uit onder andere het Vluchtelingenverdrag en het kinderrechtenverdrag (IVRK) te eerbiedigen en te waarborgen (waaronder art. 22 IVRK over de rechten van vluchtelingenkinderen). Zonder discriminatie van welke aard ook, inclusief op grond van nationale, etnische of maatschappelijke afkomst (art. 2 IVRK).

Fundamentele verschillen in conversiefactoren

Men kan zelfs beargumenteren dat de asielzoekers uit landen als Syrië, Afghanistan en Eritrea een grotere aanspraak zouden moeten kunnen maken op onze hulp. Met het oog op gelijke kansen kan het zoals we zagen (zie paragraaf 4.1-4.2) nodig en gerechtvaardigd zijn om mensen verschillend te behandelen. Dit

29 https://www.igj.nl/publicaties/brieven/2022/06/20/kinderen-in-de-asielopvang.

30 Zie de Kamerbrief d.d. 30 maart 2022 over de aanpak opvang ontheemden uit Oekraïne. https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/03/30/tk-aanpak-opvang-ontheemden-uit-oekraine. Geraadpleegd op 1 november 2022.

is het geval als een bepaalde groep asielzoekers er in belangrijke (capability en functioning-relevante) opzichten slechter aan toe is, maar minder beroep kan doen op onze hulp.[31] Dat is hier het geval. Vluchtelingen van buiten Europa hebben een veel grotere kans op een slechte gezondheid en welzijn in algemene zin, vanwege een aantal conversiefactoren waarin ze fundamenteel verschillen van de vluchtelingen uit Oekraïne:

- De mentale toestand als negatieve persoonlijke conversiefactor. Asielzoekers van buiten Europa hebben een grote kans op mentale problemen. Voor deze groep asielzoekers geldt dat hun gezondheid niet alleen geschaad kan zijn door de situatie in hun thuisland (bijvoorbeeld door oorlog, onderdrukking en/of marteling), maar ook door de lange reis naar Europa (die mogelijk gepaard is gegaan met geweld door smokkelaars, seksueel geweld en/of uitbuiting), en soms door verblijf in vluchtelingenkampen aan de randen van Europa (Kingsley, 2016).32 De lichamelijke en vooral ook psychische toestand is een negatieve conversiefactor die het moeilijk maakt om de essentiële capabilities 'leven', 'lichamelijke gezondheid' en 'lichamelijke integriteit' (zie Tabel 1) om te zetten in daadwerkelijk functioneren. Onderzoek laat bijvoorbeeld zien dat juist vanwege de trauma's die zijn opgelopen tijdens het vluchten, de interviewgesprekken tijdens de asielprocedure zeer belastend zijn en daardoor moeizaam verlopen met als gevolg een vooringenomenheid tegen de asielzoeker, die niet wordt geloofd, niet alleen in zijn of haar vluchtverhaal, maar ook niet bij zorgvragen (Herlihy et al., 2012).[33]
- 'Othering' als negatieve sociale conversiefactor. Asielzoekers van buiten Europa worden steeds vaker gedehumaniseerd door de stelselmatige negatieve beeldvorming. Deze stereotypering en othering (zie paragraaf 6.2) komt niet alleen vanuit rechtse hoek. Geruchtmakend is de journalistieke blunder van het televisieprogramma Op1 door op locatie het live te hebben over de 'vluchtelingencrisis' (Lips, 2022). Op een gegeven moment kwamen vluchtelingen 'onverwachts' achter de hekken in beeld. Het 'wij-zij' beeld werd zo versterkt en het

31 Los hiervan kan de vraag gesteld worden of we niet (deels) verantwoordelijk gehouden moeten worden voor de migratiestromen door historisch onrecht en actuele (economische) ongelijkheden. Wat de consequenties daarvan zouden zijn voert te ver voor dit pre-advies.

32 Zie ook paragraaf 6.4.

33 Dit is ook een voorbeeld van testimonial injustice (zie hoofdstuk 3): door geen rekening te houden met de mentale trauma's tijdens de interviews worden asielzoekers niet op hun woord geloofd.

negatieve stereotype van vluchtelingen die aan de hekken van onze grenzen ongeduldig staan te dringen om toegelaten te worden, werd weer bevestigd. Het dehumaniseren heeft als gevolg dat vluchtelingen niet meer als individu worden gezien, maar als een overlast veroorzakend collectief, waardoor individuele zorgbehoeftes gemakkelijker over het hoofd worden gezien.

Vanuit de gedachte van de hierboven beschreven conversiefactoren zou de zorg zich juist veel intensiever moeten richten op de groep niet-Europese asielzoekers. De trauma's van de vlucht en het verblijf in vluchtelingenkampen kunnen niet ongedaan gemaakt worden, maar wel kan er persoonlijke aandacht zijn voor traumaverwerking. Bovendien kan er aandacht zijn voor de rol van testimonial injustice (zie hoofdstuk 3) en othering die de toegang tot zorg kunnen belemmeren. Dit leidt tot een concreet handelingsperspectief voor zowel zorgverleners als beleidsmakers, namelijk handelingsopties die deze specifieke negatieve conversiefactoren kunnen helpen wegnemen en op die manier kunnen bevorderen dat mensen de vormen van 'handelen' (bijvoorbeeld mobiel zijn) en 'zijn' (bijvoorbeeld goed gevoed of opgeleid zijn) die zij waardevol vinden en willen bereiken, daadwerkelijk kunnen realiseren (functionings), als zij daarvoor kiezen.

Daarbij is niet relevant of iemand een 'echte' vluchteling is, een 'economische vluchteling' of een 'gelukszoeker'. Allereerst is het onderscheid hiertussen flinterdun, aangezien existentiële armoede nauwelijks te onderscheiden is van oorlogsdreiging en vervolging als het gaat om de redenen om te vertrekken. Bovendien zeggen die categorieën weinig tot niets over de kans op een traumatische vlucht of eerste opvang.

6.4 Behandeling van migranten aan de grenzen van Europa

Aan de grenzen van Europa verblijven duizenden asielzoekers in vluchtelingenkampen. Op het Griekse eiland Lesbos bijvoorbeeld waren op het hoogtepunt van de migratiecrisis[34] 22.000 vluchtelingen aanwezig op het eiland (op een eilandpopulatie van 115.000 inwoners). Tot de grote brand op 9 september 2020 waarna het aantal vluchtelingen snel afnam. '*No more Morias'* klonk het in Europa. Het oude kamp was overvol, smerig en onveilig.

34 Met crisis bedoelen we vooral de morele crisis, die ontstond na de zogenaamde Turkijedeal in 2016, waardoor asielzoekers niet meer door konden reizen naar andere landen binnen Europa, maar (voornamelijk) op de Griekse eilanden hun asielprocedure moeten afwachten.

Het nieuwe kamp Mavrouvouni werd neergezet als 'tijdelijk' kamp om de eerste nood te ledigen. Er zou nu eindelijk een definitieve oplossing komen met betere spreiding van asielzoekers over Europa. Intussen zijn we 2 jaar verder, en gaat Mavrovouni steeds meer de vormen aannemen van een permanent kamp. Het nieuwe kamp is gebouwd op een voormalig militair terrein, een desolate plek pal aan zee, op een stenige ondergrond, zonder enig groen. Er is geen stromend water. Bij centrale punten kan men uit grote waterzakken water halen. Elektriciteit is er nauwelijks, alleen via een aantal aggregaten. Kwetsbare mensen met rolstoelen kunnen geen kant op door de stenige ondergrond. Vrouwen en kinderen zijn 's avonds en 's nachts niet veilig als ze naar het toilet moeten. Zomers is het er bloedheet, zonder enige schaduwplek. In de herfst en de winter is het er ijskoud, met de harde wind van zee en slagregens die het kamp doen overstromen.[35]

Ongelijkheid in conversiefactoren

Welke verantwoordelijkheid hebben wij voor de gezondheid en het welzijn van de asielzoekers in de vluchtelingenkampen aan de grenzen van Europa? Vanuit een global health ethiek perspectief kan eenzelfde soort argumentatie worden opgebouwd als bij asielzoekers in Nederland. Ook hier spelen humanitaire redenen en mensenrechten een rol (het Vluchtelingenverdrag geldt in heel de EU). Daarnaast geldt ook hier de mogelijke verantwoordelijkheid voor de migratiestromen door historisch onrecht en actuele (economische) ongelijkheden.

Ongelijkheid in conversiefactoren speelt tevens een belangrijke rol. Een aantal conversiefactoren is hetzelfde als hierboven beschreven voor asielzoekers in Nederland. De situatie in de kampen in de periferie van Europa maakt de omstandigheden echter vaak nog schrijnender.

Zoals eerder beschreven, hebben asielzoekers van buiten Europa een grote kans op lichamelijke en mentale problemen door ervaringen in het thuisland of tijdens de vlucht (mentale toestand als negatieve persoonlijke conversiefactor).

Daarbij komt dat de erbarmelijke omstandigheden in het kamp zelf en de schijnbare onverschilligheid van lokale en (inter)nationale bestuurders leiden tot toename van die lichamelijke en psychische schade ('othering' als negatieve sociale conversiefactor). In de migratie-literatuur wordt vaak gesproken over bureaucratisch geweld (*bureaucratic violence*), die leidt tot (het verergeren van) ernstige

35 Zie https://www.dw.com/en/greece-moria-refugees-new-camp-conditions/a-55053895. Geraadpleegd op 1 november 2022.

mentale problemen zoals posttraumatische stress-stoornis (PTSS), depressie, dissociatie en verslavingsproblematiek (Gordon & Larsen, 2021).

Ook aan de grenzen van Europa speelt dat asielzoekers van buiten Europa steeds vaker worden gedehumaniseerd door de stelselmatig negatieve beeldvorming (negatieve sociale conversiefactor). Het gevolg is dat de erbarmelijke omstandigheden steeds makkelijker worden genormaliseerd. Mensen worden niet langer als individuen gezien met een eigen geschiedenis en behoeftes. Ze worden beschouwd als amorfe groep die weggestopt moet worden in de periferie van Europa en die we het liefst ontkennen. Daarbij ontstaat een vicieuze cirkel: de door de EU geaccepteerde omstandigheden in het kamp en bureaucratisch geweld, waaronder het eindeloos moeten wachten op besluitvorming, leiden vaak tot ongeregeldheden en geweld in het kamp. Dat wordt vervolgens door bestuurders ingezet als bewijs dat de asielzoekers "minderwaardig" zouden zijn (othering). Dat maakt vervolgens dat makkelijker wordt geaccepteerd dat de geboden zorg van lage kwaliteit is, niet is toegespitst op de specifieke (mentale) behoeftes van de asielzoekers en eigenlijk volledig afhankelijk is van buitenlandse non-gouvernementele organisaties.

De locatie, ver weggestopt op een Grieks eiland, maakt dat de problematiek gemakkelijk ontkend kan worden (negatieve omgevingsconversiefactor). De asielzoekers zijn letterlijk weggestopt in de kampen, wat othering weer makkelijker maakt. Er wordt gewerkt aan nieuwe kampen die nog verder weg liggen van de bewoonde wereld en steeds meer het karakter krijgen van een gevangenis, waar asielzoekers nog maar beperkt uit kunnen en steeds geregistreerd worden met camera's en vingerafdrukken (Meerman, 2021). Deze conversiefactor maakt het bijna onmogelijk om de essentiële capabilities 'leven', 'lichamelijke gezondheid' en 'lichamelijke integriteit' (zie Tabel 1) om te zetten in daadwerkelijk functioneren.

Soms wordt de vraag gesteld of iemand als zorgverlener in een vluchtelingenkamp moet werken, als hij of zij daarmee niet alleen vluchtelingen helpt, maar ook een migratiesysteem in stand houdt waarin fundamentele mensenrechten worden geschonden die tot tal van gezondheidsproblemen leiden. Medische ngo's beantwoorden deze vraag door het formuleren van twee doelen: medische zorg en *advocacy*.[36] Oog in oog met het individuele lijden kan je niet anders dan hulp bieden. Het is de basis van de artseneed: Ik zal zorgen voor zieken, gezondheid bevor-

36 Zie bijvoorbeeld: https://bootvluchteling.nl/watwijdoen/advocacy/. Geraadpleegd op 1 november 2022.

deren en lijden verlichten. Maar de aanwezigheid van zorgverleners zorgt ook voor getuigenverklaringen die vervolgens op een hoger (bestuurlijk en politiek) niveau gebruikt kunnen worden. Het is juist hierdoor dat de vluchtelingencrisis een verhaal van mensen wordt, en niet van abstracties en van othering-ideologieën.

6.5 Implicaties voor de arts-patiëntrelatie

Al deze punten overziend, kan men er vanuit global health ethiek perspectief niet omheen dat sprake is van grote ongelijkheid die leidt tot gezondheidsschade. De capability benadering laat ons zien dat er sprake is van meerdere negatieve conversiefactoren die direct invloed hebben op de (mentale) gezondheid van asielzoekers. Het geeft ook direct handelingsperspectief voor zowel zorgverleners als bestuurders. Het blootleggen van de specifieke kwetsbaarheden van asielzoekers door een global health ethiek perspectief in te nemen maakt namelijk dat er concreet kan worden ingegrepen op fysieke en mentale zorgbehoeftes, daar waar die behoeftes eerder niet werden gezien en een asielzoeker derhalve ook niet als mogelijke (trauma)patiënt werd gedefinieerd.

6.6 Rol van de medisch-ethicus

Wij zien het als de rol van medisch-ethici om de bijzondere kwetsbaarheid van asielzoekers door trauma, othering, dehumanisering en bureaucratisch geweld te adresseren. Zij kunnen de interpretatie van bestaande medisch-ethische principes verrijken door het perspectief van eerlijke kansen (equity) en rechtvaardigheid (justice) meer toe te laten in medisch-ethische afwegingen. Zo kan beter zichtbaar worden dat bepaalde processen ertoe leiden dat zorg ongelijk wordt (of dreigt te worden) verdeeld tussen mensen.

De positie van de niet-Europese asielzoeker is daarbij niet uniek. Er zijn in Nederland talloze individuen die kwetsbaar zijn door ongelijke verdeling van positieve en negatieve conversiefactoren, zoals laaggeletterden, mensen die in armoede leven en mensen die slachtoffer zijn van institutioneel racisme (denk bijvoorbeeld aan de toeslagenaffaire).[37] Verrijking van de concrete medisch-ethische afwegingen zou volgens ons hand in hand moeten gaan met herijking op het niveau van onderwerpkeuze voor onderzoek en onderwijs. Dat geldt allereerst voor al bestaand onderwijs en lopende onderzoekslijnen. Is daar bijvoor-

37 Zie: https://nos.nl/artikel/2430805-kabinet-erkent-institutioneel-racisme-bij-deel-fiscus-heeft-velen-pijn-gedaan. Geraadpleegd 14 oktober 2022.

beeld sprake van impliciete bias die leidt tot ongelijke zorg? Wat is het beeld dat we impliciet schetsen door ons onderwijs over uiteenlopende minderheden (migranten, ouderen, *queers*)? Soms zijn groepen mensen totaal afwezig in het onderwijs. Dermatologie wordt bijvoorbeeld van oudsher en veelal nog steeds geïllustreerd op een witte huid. De anatomie wordt nog steeds geleerd vanuit atlassen waar vrouwen nauwelijks in vertegenwoordigd zijn (Parker et al., 2017). Ook worden er in onderzoek stelselmatig groepen mensen uitgesloten of vergeten bij het doordenken van de implementatie van nieuwe zorg(technieken) (Ladhani et al., 2020).

In *nieuw* onderzoek en onderwijs zal de focus ook moeten verschuiven naar thema's die expliciet principes als eerlijke kansen en rechtvaardigheid doordenken. Dat betekent naar ons idee onder meer dat we bij subsidieaanvragen meer dan voorheen aandacht zouden moeten vragen voor impliciete vooroordelen (*implicit bias*) en epistemische onrechtvaardigheid. Rechtvaardigheidsvragen spelen bijvoorbeeld niet pas na de ontwikkeling van een nieuw zorgproduct (voor wie wordt het beschikbaar?), maar moeten in het ontwikkelproces worden meegenomen, omdat de ontwikkeling zelf al niet waardevrij is en risico's meebrengt op het introduceren of bestendigen van bias (Obermeyer et al., 2019).

7 Klimaatrechtvaardigheid

7.1 Inleiding

Medische tijdschriften luidden vorig jaar de noodklok (Luttikhuis, 2021). Klimaatverandering vormt een serieus volksgezondheidsrisico. Ondertussen wordt de ecologische voetafdruk van de zorg in Nederland groter (Van Lonkhuyzen, 2022) en treffen de gevolgen van klimaatverandering vooral gebieden die in allerlei opzichten al substantieel slechter af zijn.

Opvallend genoeg is er binnen de bio-ethiek nog niet veel aandacht voor de bijdrage van de zorg aan de klimaatverandering en de gevolgen voor de (mondiale) gezondheid. Zo was op het 16de Wereldcongres van de Bio-ethiek (World Congres of Bioethics, WCB) dit jaar in Basel slechts een aantal voordrachten hieraan gewijd. Het beperken van de ecologische voetafdruk is ook verre van een vast principe in de zorg of in onderzoek. Ecologische duurzaamheid is geen begrip dat voorkomt in de Verklaring van Helsinki (versie van 2013) of in de Internationale ethische richtlijnen voor gezondheidsgerelateerd onderzoek met mensen uit 2016 van de *Council for International Organizations of Medical Sciences* (CIOMS, 2016). Ligt hier een taak voor de medisch-ethicus? Daarover gaat dit hoofdstuk.

7.2 Klimaatverandering en consequenties voor gezondheid: voor wie en door wie?

Het *2022 report of the Intergovernmental Panel on Climate Change* schetst een duister beeld van de toekomst van het leven op aarde, gekenmerkt door de ineenstorting van ecosystemen, het uitsterven van soorten en catastrofes zoals hittegolven en overstromingen (IPCC, 2022). Deze zijn allemaal geassocieerd met lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen, met als directe en indirecte

gevolgen een verhoogde morbiditeit en mortaliteit.

In september 2021 deden hoofdredacteuren van 230 medische tijdschriften wereldwijd een unieke gezamenlijke oproep om meer te doen tegen klimaatverandering en biodiversiteitsverlies. Nooit eerder werd door zoveel medische tijdschriften, waaronder *The British Medical Journal, The Lancet* en het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, op deze manier internationaal samengewerkt (Olde Rikkert, et al., 2021). De hoofdredacteuren riepen zorgprofessionals op om actief bij te dragen aan het vergroten van het draagvlak voor de ingrijpende maatregelen die noodzakelijk zijn om de gezondheid en het welzijn van het leven op onze planeet te behouden. Opvallend was dat deze oproep niet alleen het vergroenen van de eigen leef- en werkomgeving betrof, maar vooral ook het inzetten van medische kennis, kunde en autoriteit voor maatregelen die er wereldwijd toe doen. Maatregelen die kunnen voorkomen dat de planeet zelf, door een opwarming van meer dan 1,5 °C, de belangrijkste bedreiging van onze gezondheid wordt. Maatregelen die de hardst getroffen landen met de laagste inkomens en de minste veerkracht zouden helpen. Hoewel het Klimaatakkoord van Parijs van 2015 namelijk een wereldwijd actiekader schetste dat klimaatfinanciering aan lage- en middeninkomenslanden omvat (100 miljard dollar per jaar), moet deze steun nog werkelijkheid worden (UN, 2022).

Dit preadvies is niet de plek om uitgebreid in te gaan op onzekerheden in gegevens over klimaatverandering of op de argumenten van klimaatontkenners. De impact van klimaatverandering op gezondheid is ondertussen uitgebreid gedocumenteerd. Voor Nederland betekent klimaatverandering vooral hittegerelateerde gezondheidsrisico's (zoals hitteberoerte en cardiovasculaire ziekten), toename van water-, voedsel- en vectorgerelateerde infectieziekten en een toename van allergieën en luchtwegklachten (Quarsie et al., 2021). Wereldwijd gaat het ook vooral om een toename van infectieziekten, cardiovasculaire ziekten en longaandoeningen en om een significante toename in mortaliteit (Rocque et al., 2021; WHO, 2008).

De verdeling van deze gezondheidsrisico's is echter niet gelijk over de wereld. Het kwetsbaarst zijn de landen in het mondiale zuiden, die het minst hebben bijgedragen aan de problematiek en de minste middelen hebben om zichzelf te beschermen (IPCC, 2018; Watts et al., 2021). Noord-Amerika en Europa hebben sinds de industriële revolutie 62% bijgedragen aan de CO_2-uitstoot,

Afrika slechts 3%.[38] Maar in Afrika leiden de klimaatveranderingen nu al tot droogte, overstromingen, hittegolven en vernietigde oogsten (Zielinski, 2022). De acute en chronische gevolgen van de klimaatcrisis veroorzaken problemen zoals armoede, besmettelijke ziekten, gedwongen migratie en conflicten die zich via geglobaliseerde systemen verspreiden (World Bank, 2021). Wanneer we het laten gebeuren dat de gevolgen van de klimaatverandering vooral bij het mondiale zuiden terechtkomen, zal dit groeiende vluchtelingenstromen opleveren. Zo loopt ook het mondiale noorden al snel tegen de ernstige gevolgen van klimaatverandering aan. Boven de 1,5 °C temperatuurstijging neemt bovendien de kans toe dat natuurlijke systemen hun kantelpunt bereiken en de wereld in een acuut instabiele situatie belandt. We zouden dan geen enkele controle meer hebben over de natuur en het klimaat (Wunderling et al., 2021).

7.3 Verantwoordelijkheid van rijkere landen

De klimaatcrisis is een product van wereldwijde passiviteit en treft onevenredig hard de landen in het mondiale zuiden. Vanuit een global health ethiek perspectief zijn er voldoende argumenten om als rijkere landen verantwoordelijkheid te nemen voor het terugdringen van de opwarming van de aarde. Een (vrij cynisch) argument is het welbegrepen eigenbelang. De al aanwezige crisis in de armere landen zal zich eerder vroeger dan later verspreiden en alle uithoeken van de wereld bereiken via migratie, opkomende infectieziekten en conflicten (Wunderling et al., 2021). Maar vooral komt die verantwoordelijkheid vanuit het fundamentele onrecht dat de meest getroffen landen het minst hebben bijgedragen aan de wereldwijde cumulatieve uitstoot, die de klimaatcrisis en de steeds ernstiger gevolgen ervan veroorzaken. Daardoor zullen ook de klimaatvluchtelingen die een rechtstreeks gevolg zijn van dit onrecht in de toekomst een grote aanspraak maken op onze zorg.

Vanuit een global health ethiek perspectief is dus wel duidelijk dat er een taak ligt voor de landen in het mondiale noorden. Maar hoe moet die taak ingevuld worden? Wie bepaalt bijvoorbeeld wat de bijdrage van een regio is geweest aan de klimaatverandering en wat dit betekent voor de mate van verantwoordelijkheid en (financiële) bijdrage aan de oplossing? Het is niet voor niets dat de klimaatdoelen steeds maar niet worden gehaald. Een moreel appèl is iets anders

38 Zie https://ourworldindata.org/contributed-most-global-co2. Geraadpleegd op 1 november 2022.

dan daadwerkelijk grensoverschrijdend actie ondernemen. De medisch-ethicus kan de argumenten aandragen, maar echte invloed is vanwege het mondiale, complexe speelveld bijna onmogelijk. Maar kan de medisch-ethicus dichter op de werkvloer wel invloed uitoefenen?

7.4 De ecologische voetafdruk van de Nederlandse zorg: rol voor de medisch-ethicus?

De zorg heeft een grote ecologische voetafdruk. Onderzoeksbureau Gupta Strategists becijferde dat de zorgsector goed zou zijn voor 7% van de CO2-voetafdruk van Nederland.[39] Dit percentage komt tot stand door de gebruikte (wegwerp-) materialen, de gebouwen en de reisbewegingen van personeel en patiënten. In de jacht op efficiëntie, hygiëne, kostenbesparing en gemak gaat de allerkleinste medische handeling al gepaard met het weggooien van spullen, ook als dat voor de patiëntveiligheid helemaal niet hoeft. Spullen reinigen en hergebruiken is vaak duur, lastig en er is weinig aandacht voor. Verzekeraars betalen ziekenhuizen per behandeling, niet voor duurzaamheidsbeleid.

Ziekenhuizen en andere zorginstellingen hebben de afgelopen jaren twee landelijke akkoorden met elkaar gesloten: de *Green Deals* van de zorg.[40] De sector is daardoor wel in beweging, bijvoorbeeld met het vaker hergebruiken van plastics. Maar tot nu toe waren de afspraken altijd vrijblijvend – op niet of nauwelijks verduurzamen volgt geen sanctie. Versie 3.0 van de Green Deals is op 4 november 2022 verschenen. Opnieuw worden er geen consequenties verbonden aan het niet nakomen van afspraken.[41]

Bredere interpretatie van bekende medisch-ethische principes

Wat kan op het lokale niveau de rol van de medisch-ethicus zijn? Tot op heden is er geen medisch-ethisch vereiste om rekening te houden met duurzaamheid of ecologische implicaties die kunnen voortvloeien uit zorg of onderzoek.

Een bredere interpretatie van reeds bekende medisch-ethische principes zou die implicaties gewicht kunnen geven in het medisch-ethische discours. Het

39 Zie https://gupta-strategists.nl/storage/files/1920_Studie_Duurzame_Gezondheidszorg_DIGITAL_DEF.pdf.

40 Zie: https://www.greendeals.nl/green-deals/duurzame-zorg-voor-gezonde-toekomst. Geraadpleegd op 1 november 2022.

41 https://milieuplatformzorg.nl/documents/1._Green_Deal_Samen_werken_aan_duurzame_zorg_-_C-238.pdf. Geraadpleegd op 17 november 2022

ligt ons inziens voor de hand om dan te kijken naar een bredere interpretatie van rechtvaardigheid, die ook intergenerationele en mondiale rechtvaardigheid omvat. Venkatapuram beargumenteerde bijvoorbeeld al vanuit een global health ethiek perspectief het volgende:

> *'Het wordt… niet plausibel voor ons om een samenleving als goed of rechtvaardig te beschouwen zonder te overwegen hoe deze samenleving de gezondheid en levensduur beïnvloedt van mensen buiten haar grenzen, evenals van toekomstige generaties.'* (Vrij naar Venkatapuram, 2011).[42]

Als grootste veroorzakers van de klimaatverandering hebben rijkere landen een plicht om ook in de zorg duurzamer te zijn en om onrecht voor andere landen en toekomstige generaties tegen te gaan.

Duurzaamheidsoverwegingen kunnen echter ook andere medisch-ethische principes beïnvloeden. Zo zouden ze het respect voor autonomie kunnen kaderen (door een specifieke interpretatie van medische indicatie bijvoorbeeld waarbij geïndiceerde zorg per definitie duurzaam moet zijn), evenals invulling kunnen geven aan het principe van weldoen en niet-schaden (waarbij het ondermijnen van de voorwaarden voor een goede gezondheid van patiënten als het veroorzaken van schade zou kunnen gelden). Een interessante gedachte is ook of er ruimte is om een nieuw principe te introduceren, zoiets als 'het ecologisch voetafdruk principe'. Zou de ecologische voetafdruk een vast onderdeel kunnen worden van evaluatie van zorg en wetenschappelijk onderzoek? En zo ja, hoeveel gewicht zou dit principe mogen hebben? Moeten we dan ook bereid zijn om de overige standaardprincipes in de medische ethiek te herinterpreteren of op zijn minst af te wegen tegen dit nieuwe principe? Ook als dat lokaal bijvoorbeeld ten koste kan gaan van kwaliteit van de zorg, of de zorg duurder maakt? Dan heeft zo'n nieuw principe direct invloed op de arts-patiëntrelatie. Dit zijn precies de vragen die de medisch-ethicus kan gaan adresseren en onderzoeken.

42 Origineel: 'It is … becoming implausible for us to consider a society as being just or good without considering how it is affecting the health and longevity of people outside its borders as well as future generations.'

8 Moet de bio-ethiek in Nederland veranderen in het licht van global health ethiek?

In dit preadvies stond de vraag centraal: Moet de bio-ethiek, en dan in het bijzonder de medische ethiek, ook global health ethiek omvatten? En zo ja, hoe kan global health ethiek een betekenisvolle rol spelen in het identificeren, begrijpen en omgaan met medisch-ethische dilemma's, met name die binnen de arts-patiëntrelatie? In dit afsluitende hoofdstuk bieden we een eerste beantwoording van deze hoofdvraag en doen we concrete aanbevelingen hoe de medische ethiek kan worden 'verrijkt' en 'herijkt' vanuit een global health ethiek perspectief.

8.1 De medische ethiek moet het global health ethiek perspectief meer toelaten

We hebben bepleit dat er extrinsieke en intrinsieke redenen zijn om een global health ethiek perspectief meer toe te laten in de medische ethiek. Allereerst is er een extrinsieke reden: uitgangspunten die we in de medische ethiek hanteren, zullen door globalisering en de toenemende aandacht binnen de bio-ethiek voor (mondiale) rechtvaardigheidsvraagstukken een andere invulling krijgen. Artsen zullen binnen de arts-patiëntrelatie meer worden geconfronteerd met (rechtvaardigheids)vraagstukken die op mondiaal niveau spelen en met vragen buiten de directe arts-patiëntrelatie die ontstaan doordat de distant needy dichterbij zijn gekomen. Zo kan een Nederlandse arts de vraag krijgen of hij of zij in Ter Apel wil helpen bij het verlenen van acute zorg, terwijl er de volgende dag een

regulier spreekuur is dat ook gedraaid moet worden.

Het is belangrijk deze invloed van global health ethiek ook als intrinsiek waardevol te beschouwen: niet als een tijdelijke storm te zien die wel weer overwaait, maar als een stroming die serieuze aandacht van ons als medisch-ethici vraagt. In het denken over medische problematiek is tot nu toe weinig rekening gehouden met degenen die structureel achtergesteld zijn ten opzichte van andere, meer geprivilegieerde groepen in de (mondiale) samenleving. Een belangrijke factor hierin is dat zij die deze onrechtvaardigheden in de zorg aan de kaak moeten stellen, hiervoor niet altijd sensitief genoeg zijn. Dat komt bijvoorbeeld doordat ze als academici in een relatief beschermde omgeving opereren (Naidu & Abimbola, 2022). Ten Have geeft daarnaast aan dat de bio-ethiek in het publieke debat vaak gaat over aansprekende, maar uitzonderlijke casus en dat in mindere mate aandacht wordt gevraagd voor onderliggende factoren als rechtvaardigheid, solidariteit, discriminatie en racisme. De dominante benadering is individualistisch. Het gaat vaak over individuele personen die voor moeilijke beslissingen staan over hun eigen zorg, met nadruk op het principe van respect voor autonomie als het meest fundamentele principe in de bio-ethiek. Veel minder gaat het over pogingen om de ontplooiing van de mensheid als geheel te bevorderen (Ten Have, 2022. p.2-5).

Medisch-ethici, met scherp oog voor misstanden, ongelijkheden en visies op welzijn en welbevinden, zouden dus juist voorop kunnen lopen, en artsen en andere hulpverleners bij de hand kunnen nemen om kaders te helpen stellen voor het medische handelen waarin een global health ethiek perspectief nadrukkelijker aanwezig is en richting geeft. We kunnen en moeten als medisch-ethici zelf meer open staan voor vragen vanuit de global health ethiek die niet leiden tot eenvoudige oplossingen, voor vragen die ons een gevoel van onbehagen geven en ons wegrukken van dat wat we op relatief eenvoudige wijze kunnen helpen analyseren en oplossen. Denk bijvoorbeeld aan de vraag welke patiënt voorrang moet krijgen in een situatie die is veroorzaakt door ongelijkheid in het gezondheidszorgsysteem, of de vraag welke grenzen we moeten stellen aan medische zorg en onderzoek in het kader van duurzaamheid.

In hoofdstuk 5 tot en met 7 hebben we aan de hand van drie voorbeelden laten zien hoe een global health ethiek perspectief kan bijdragen aan het doordenken van de geschetste problemen, hoe dit ook nieuwe vragen kan oproepen en hoe dit perspectief zowel kwesties binnen de arts-patiëntrelatie kan verhel-

deren als nieuw handelingsperspectief kan bieden.

8.2 Wat moeten medisch ethici in Nederland nu concreet anders gaan doen?

Er is momentum voor de medische ethiek om zich te verrijken en herijken. Daarbij stellen we ons het volgende voor. Ten eerste moeten op het niveau van concrete morele afwegingen de medisch-ethische principes worden *verrijkt*. Het zal belangrijk zijn het perspectief van eerlijke kansen (equity) en rechtvaardigheid (justice) meer toe te laten in morele medische afwegingen, en de implicaties hiervan voor de arts-patiëntrelatie verder te doordenken alsmede er op een andere manier aandacht voor te vragen, bijvoorbeeld via de conversiefactoren. Met andere woorden, bij verrijken gaat het over onderwerpen waar bio-ethici, en dan vooral medisch-ethici, zich al wel mee bezig houden, maar anders moeten leren kijken, zoals naar de vraag wat goede zorg is en wie moet worden geholpen.

De medische ethiek zal zich ook moeten *herijken*. Bij herijken gaat het over het ontsluiten van totaal nieuwe terreinen binnen de medische ethiek die relevant kunnen zijn voor het vakgebied als geheel. De vraag is dan waar Nederlandse medisch-ethici nog niet of nauwelijks acteren maar waar dit wel noodzakelijk zou zijn om de problematiek waarmee de medische ethiek zich geconfronteerd ziet, het hoofd te bieden.

Verrijken van de medische ethiek

Het uitbreiden van het medisch-ethische discours naar een meer omvattende benadering waarin zowel het micro-, als het meso- en macroniveau een plek krijgen (een '*global state of mind*'), kan leiden tot de juiste instelling om gezondheid wereldwijd te bevorderen. Die instelling of *mindset* vereist een besef dat gezondheid, mensenrechten, economische kansen, vrede en ontwikkeling allemaal nauw verbonden zijn in een complexe, verbonden wereld. Een global state of mind moet daarbij niet verlammend gaan werken bijvoorbeeld omdat de complexiteit van de problematiek geen direct zicht geeft op handelingsperspectief. Het hanteren van een capability approach kan daarbij behulpzaam zijn. Door aandacht voor capabilities en de manier waarop gunstige of ongunstige conversiefactoren invloed hebben op het kunnen omzetten van een capability in een functioning kunnen er concrete aangrijpingspunten gevonden worden om de global state of mind ook daadwerkelijk om te zetten in concrete actie, ook op

individueel patiëntniveau. We gaven daartoe meerdere voorbeelden in hoofdstuk 5, 6 en 7.

Wat we ook hebben laten zien in de casuïstiek over vaccins, migratie en klimaat is dat een belangrijke component van verrijken de verdere doordenking van de thema's eerlijke kansen (equity) en rechtvaardigheid (justice) is. Zoals in dit preadvies aangegeven komen ongelijkheden vaak voort uit structureel racisme en discriminatie van bepaalde gemarginaliseerde groepen, waaronder raciale en etnische minderheden, en bevolkingsgroepen met een laag inkomen. Deze groepen zijn in het verleden onthouden van middelen die nodig zijn om gezond te zijn, en zijn onevenredig blootgesteld aan een combinatie van gezondheidsrisico's zoals armoede, geweld, slechte buurtomstandigheden en gevaren voor de gezondheid door het milieu. Een nadere verkenning van (epistemische) (on)rechtvaardigheid en impliciete bias zou beter zichtbaar kunnen maken dat en hoe bepaalde politieke besluitvorming, economische en historische processen en inrichting van het zorgsysteem ertoe kunnen leiden dat zorg ongelijk wordt (en/of dreigt te worden) verdeeld en ook welke ingrepen in deze systemen nodig zijn om zorg en gezondheid rechtvaardiger te verdelen.

Onder verrijking vallen tot slot ook meer meta-ethische vragen, waaronder de verhouding tussen vragen naar eerlijke kansen en rechtvaardigheid enerzijds en andere bio-ethische principes anderzijds, de verhouding tussen de medische ethiek en andere disciplines waarin wordt opgeroepen tot mondiale rechtvaardigheid (*global justice*), en hoe en of de invulling van global health ethiek kan verschillen per land.

Herijken van de medische ethiek

Tegelijkertijd is het belangrijk dat we ons als medisch-ethici herijken. Medisch-ethici zouden daartoe ten eerste nadrukkelijker met onderzoeksfinancierders in gesprek kunnen gaan over het belang van eerlijke kansen (equity) en rechtvaardigheid (justice) als medisch-ethisch thema, waardoor er structureel ook meer beursgeld naar deze thematiek kan gaan (Bhakuni et al., 2022). Medisch-ethici zouden daartoe hun invloed meer moeten laten gelden bij het bepalen van onderzoeksagenda's, bijvoorbeeld als lid van subsidiecommissies van onder meer ZonMW en NWO. Een medisch-ethicus kan in dergelijke commissies bijvoorbeeld de vraag aan de orde stellen in hoeverre Nederlands onderzoeksgeld altijd aan de Nederlandse burgers of de Nederlandse zorgcontext ten goede moet komen.

Recent nog keurde een grote Nederlandse subsidiegever een onderzoeksvoorstel af waarbij gekeken werd naar de effectiviteit en veiligheid van het in de huid toedienen (in plaats van in de spier) van een coronavaccin. Intradermale toediening heeft als voordeel dat er veel minder vaccin gebruikt hoeft te worden, en er dus met de schaarse hoeveelheid vaccins veel meer mensen gevaccineerd kunnen worden. De onderzoeksgroep had al goede ervaringen met het Gele Koorts vaccin (Roukens et al., 2012) en een pilotstudie toonde aan dat slechts een vijfde van de dosis coronavaccin nodig zou zijn voor een goede immuunrespons. Deze eerste resultaten kwamen beschikbaar op het moment dat er voldoende vaccins in Nederland waren, maar er wereldwijd nog een schreeuwend tekort was, vooral in het mondiale zuiden. Ter bevestiging van de eerste resultaten werd een grotere studie opgezet en werd subsidie aangevraagd. De subsidiegever wees de aanvraag echter af omdat het onderzoek te weinig relevant was voor de Nederlandse situatie (bron: persoonlijke communicatie). Uiteindelijk werd de studie gefinancierd via crowdfunding en twee filantropische organisaties.

Een tweede manier van herijken kan zijn om binnen grotere onderzoeksconsortia, waar de eerste vraag aan de medische ethiek wellicht niet een vraag over rechtvaardigheid is, nadrukkelijker wel dit perspectief mee te nemen. Uiteraard is het niet de bedoeling dat we geen aandacht meer vragen voor de klassieke medische ethiek, maar de thematiek waar we aandacht voor vragen kan wel vaker actief 'equity', 'implicit bias' *en* 'epistemische onrechtvaardigheid' vraagstukken opzoeken. Dat betekent dat we meer dan voorheen aandacht zouden moeten vragen voor thematiek uit de global health ethiek, en dat men dan niet alleen grijpt naar de gebruikelijke thema's als bijvoorbeeld informed consent (als invulling van respect voor autonomie) en weldoen of niet-schaden. Voor onderzoeksconsortia die zich bezighouden met nieuwe technologieën ligt er een heel concrete taak: het mitigeren van het risico dat de nieuwe techniek met zich meebrengt op het gebied van het introduceren of bestendigen van structurele uitsluiting en bias (Obermeyer et al., 2019).

Herijken is ten derde ook van belang voor het medisch-ethisch onderwijs. Een toenemend aantal studenten, coassistenten en medisch specialisten (in opleiding) werkt met gemarginaliseerde bevolkingsgroepen, vaak in lage- en middeninkomenslanden maar ook in Nederland. Medisch-ethici kunnen binnen gezondheids- en geneeskundecurricula zorgdragen voor een kritische kijk op wereldwijde gezondheidspraktijken, op ongelijkheden en op klimaataspecten

van hun toekomstige vak. Vragen die gesteld kunnen worden zijn: is er sprake van impliciete bias die leidt tot ongelijke zorg? Wat is het beeld dat we impliciet schetsen door ons onderwijs over uiteenlopende minderheden?

En voor herijking geldt ten slotte: "*practice what you preach*". Voor de global health ethiek geldt, zoals we in de casus hebben laten zien, dat bepaalde morele vaardigheden worden verlangd die uitstijgen boven analyseren en adviseren. Er zal om voorbeeldgedrag worden gevraagd als men fundamentele kritiek uit. Bij kritiek op het klimaatbeleid zal bijvoorbeeld horen dat een congresbezoek met het vliegtuig wordt heroverwogen. Medisch-ethici zouden ook het voortouw kunnen nemen in het laten zien van meer dankbaarheid en bescheidenheid voor onze geprivilegieerde westerse positie. Daarmee kan het bewustzijn vergroot worden dat we keuzes hebben die in andere delen van de wereld niet eens keuzes zijn, zoals de keuze voor een abortus, en de keuze tussen verschillende behandelingsalternatieven daar waar elders de standaardbehandeling soms niet eens verkrijgbaar is. Bescheidenheid kan ons laten zien dat de waarden en uitgangspunten die we als vanzelfsprekend beschouwen niet altijd gelijk zijn aan die van anderen en dat zij kunnen en mogen worden bevraagd (Benatar et al., 2003; Pinto & Upshur, 2009). Is de zorg die we tot nu toe volgens bepaalde medisch-ethische uitgangspunten hebben geleverd wel de juiste, en is daarop ook enige kritiek mogelijk?

Deze en andere vormen van verrijken en herijken maken de medische ethiek klaar voor de toekomst. Global health ethiek vraagt de medische ethiek zowel om voorbereiding op mondiale vraagstukken die nog gaan komen als om antwoorden op complexe morele dilemma's die het gevolg zijn van structurele (mondiale) processen, gebeurtenissen en onrecht. Deze toekomstbestendige medische ethiek is niet '*nice to have*' maar essentieel voor goed medisch handelen.

Referenties

Anand, S., Peter, F. & Sen, A. (2006). *Public Health, Ethics and Equity.* Oxford : Oxford University Press.

Baldassarre, A., Giorgi G., Alessio F., Lulli L.G., Arcangeli G., & Mucci N. (2020). Stigma and Discrimination (SAD) at the Time of the SARS-CoV-2 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health 17*(17): pp 6341.

Benatar, S., & Brock, G. (ed). (2021). *Global Health. Ethical Challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.

Benatar, S. R., Daar, A. S., & Singer, P. A. (2003). Global health ethics: the rationale for mutual caring. *International affairs 79*(1): pp. 107-138.

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2019). *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press.

Benatar SR, Daar AS, & Singer PA. (2005). Global health challenges: the need for an expanded discourse on bioethics. *PLoS Med 2*(7): pp. e143.

Bhakuni, H., & Abimbola, S. (2021). Epistemic injustice in academic global health. *Lancet Glob Health 9*(10): pp. e1465-e1470.

Bhakuni, H., van der Graaf, R., & Abimbola, S. (2022). Injustice in Bioethics Research Funding: Going Further Upstream. *The American Journal of Bioethics 22*(1), pp. 33-35.

Bloom, D.E., & Cadarette, D. (2021). Strengthening the Global Response to Infectious Disease Threats in the Twenty-First Century, with a COVID-19 Epilogue. In: Benatar S., G. Brock (eds). *Global Health. Ethical Challenges.* Cambridge: Cambridge University Press.

Braveman, P., Kumanyika, S., Fielding, J., LaVeist, T., Borrell, L., Manderscheid, R., & Troutman, A. (2011). Health disparities and health equity: The issue is justice. *American Journal of Public Health. 101*(S1): pp. S149-S155.

Brewster, L. (2020). 'Registratie naar etniciteit maakt onderzoek naar oversterfte mogelijk', *Medisch Contact*, 26 november, https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/registratie-naar-etniciteit-maakt-onderzoek-naar-oversterfte-mogelijk-.htm Geraadpleegd op 1 november 2022

Bystranowski, P., Dranseika, V., & Żuradzki, T. (2022). Half a century of bioethics and philosophy of medicine: A topic-modeling study. *Bioethics 36*, 902– 925.

Commissie Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. (1959). *Medische ethiek en gedragsleer.* 3e ed. Amsterdam: KNMG.

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). (2016). *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans* Geneva: CIOMS.

Daniels, N. (1981). Health Care Needs and Distributive Justice. *Philosophy and Public Affairs 10*(2): 146-179.

De Vries, M.C. (2018). *Elementary, my dear Watson!* Rede uitgesproken op 2 november 2018 bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar aan de Universiteit Leiden met als leeropdracht Normatieve aspecten van de geneeskunde.

Emanuel, E.J., Persad G., Kern, A., Buchanan, A., Fabre, C., Halliday, D., Heath, J., Herzog, L., Leland, R.J., Lemango, E.T., Luna, F., McCoy, M.S., Norheim, O.F., Ottersen, T., Schaefer G.O., Tan, K.C., Wellman, C.H., Wolff, J., & Richardson, H.S. (2020). An ethical framework for global vaccine allocation. *Science 369* (6509):1309-1312.

Europees Parlement (2020). 'De oorzaken van migratie onderzoeken – Waarom migreren mensen?', 30 oktober, https://www.europarl.europa.eu/news/nl/headlines/world/20200624STO81906/de-oorzaken-van-migratie-onderzoeken-waarom-migreren-mensen Geraadpleegd op 1 november 2022

Foucault, M, (2003, orig. pub. 1997). *Society Must Be Defended: Lectures at the Collège de France 1975–76*, trans. David Macey. New York: Picador.

Fricker, M. (2007). *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowledge.* Oxford: Oxford University Press.

Gordon, E., & Larsen, H. (2021). The violent inaction of the state and the camp as site of struggle: The perspectives of humanitarian actors in Moria Camp, Lesvos. *European Journal of International Security 6*(4), pp. 418-438.

Herlihy, J., Jobson, L., & Turner, S. (2012). Just tell us what happened to you: Autobiographical memory and seeking asylum. *Applied Cognitive Psychology 26*, pp. 661- 676.

Herlitz, A., Lederman Z., Miller J., Fleurbaey M., & Venkatapuram S., et al. 2021. Just allocation of COVID-19 vaccines. *BMJ Glob Health 6* (2), pp. e004812.

Hunter, D., & Dawson, A.J. (2021). *Is There a Need for Global Health Ethics? For and Against*. In: Benatar, S., & Brock, G. (ed). *Global Health. Ethical Challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.

Intergovernmental Panel on Climate Change. Summary for policymakers. (2018) *Global warming of 1.5°C. An IPCC special report on the impacts of global warming of 1.5°C above pre-industrial levels and related global greenhouse gas emission pathways, in the context of strengthening the global response to the threat of climate change, sustainable development, and efforts to eradicate poverty.* www.ipcc.ch/sr15/. Geraadpleegd op 1 november 2022.

International Organization for Migration (IOM). (2022). *Environmental Migration.* Environmental Migration Portal, https://environmentalmigration.iom.int/environmental-migration Geraadpleegd op 1 november 2022

Intergovernmental Panel on Climate Change. (2022). *AR6 Climate change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Working group II contribution of the IPCC sixth assessment report 2022*, AR6 Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability — IPCC Geraadpleegd op 1 november 2022

Jaycox, M.P. (2016). The Black Lives Matter Movement: Justice and Health Equity. *Health Prog 97*(6), 42-47.

Kamm, F. (2000). Does distance matter morally to the duty to rescue. *Law and Philosophy 19*, pp. 655-681.

Kingsley, P. *The new Odyssey. The story of Europe's refugee crisis*. London: Guardian Books 2016.

Kuiper, M., & Van der Poel, R. (2022). Deze crisis zag het COA al jaren aankomen. NRC, 29 juli. https://www.nrc.nl/nieuws/2022/07/29/deze-crisis-zag-het-coa-al-jaren-aankomen-a4137713 Geraadpleegd op 1 november 2022.

Kuiper, R. (2022). Oekraïense kinderen met kanker vinden een veilige haven in Nederland. *Volkskrant*, 6 augustus. https://www.volkskrant.nl/kijkverder/v/2022/oekraiense-kinderen-met-kanker-vinden-een-veilige-haven-in-nederland~v556891/. Geraadpleegd op 1 november 2022

Ladhani, M., Craig J.C., & Wong G. (2020). Obesity and gender-biased access to deceased donor kidney transplantation. *Nephrol Dial Transplant. 35*(1):184-189.

Lips, H. (2022). 'Daar sliepen ze' – wat wilde Op1 bereiken met een show vanuit Ter Apel? *Trouw*, 31 augustus.

Luttikhuis, P. (2021). 230 medische tijdschriften: opwarming grootste bedreiging gezondheid,

NRC, 6 september, https://www.nrc.nl/nieuws/2021/09/06/230-medische-tijdschriften-opwarming-grootste-bedreiging-gezondheid-a4057202 Geraadpleegd op 1 november 2022

Maas, M. (2021). Maatschappelijke organisaties: 'pushbacks' worden steeds normaler in Europa. *De Volkskrant*, 28 december. https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/maatschappelijke-organisaties-pushbacks-worden-steeds-normaler-in-europa~b84aabad/ Geraadpleegd op 1 november 2022

Meerman, E. (2021). Griekenland opent eerste afgesloten vluchtelingenkamp, *NRC*. 18 september, https://www.nrc.nl/nieuws/2021/09/18/griekenland-opent-eerste-afgesloten-vluchtelingenkamp-a4058806 Geraadpleegd op 1 november 2022

Milken Institute School of Public Health. (2020). *Equity vs. Equality: What's the Difference?*. The George Washington University. November 5. https://onlinepublichealth.gwu.edu/resources/equity-vs-equality/. Geraadpleegd op 1 november 2022

Morton, B., Vercueil, A., Masekela R., Heinz, E., Reimer, L, Saleh, S, Kalinga, C, Seekles, M, Biccard, B., Chakaya, J., Abimbola, S., Obasi, A., & Oriyo, N. (2022). Consensus statement on measures to promote equitable authorship in the publication of research from international partnerships. *Anaesthesia* 77(3):264-276.

Naidu, T., & S. Abimbola, S. (2022). How medical education holds back health equity, *The Lancet* 400 (10352): pp. 556 – 557.

Nussbaum, M.C. (2018). *The Monarch of Fear*. New York: Simon & Schuster.

Nussbaum, M. (2011). *Creating Capabilities. The human development approach*. Cambridge, MA : The Belknap Press of Harvard University Press.

Obermeyer, Z., Powers B., Vogeli C., & Mullainathan S. (2019). Dissecting racial bias in an algorithm used to manage the health of populations. *Science 366* (6464): pp. 447-453.

Olde Rikkert, M., Jambroes, M., & Opstelten, W. (2021). Zorgprofessionals voor het klimaat [Health professionals for the climate]. *Ned Tijdschr Geneeskd. 165*:pp. D6317.

Parikh, R.B., Teeple S., & Navathe A.S. (2019). Addressing Bias in Artificial Intelligence in Health Care. *JAMA 322*(24): pp. 2377-2378.

Parker, R., Larkin, T., & Cockburn, J. A visual analysis of gender bias in contemporary anatomy textbooks. *Soc Sci Med. 180*: pp. 106-113.

Phillip Connor, P., & Krogstad J.M. (2018). Many worldwide oppose more migration – both into and out of their countries. *Pew Research Center*, December 10, www.pewresearch.org/fact-tank/2018/12/10/many-worldwide-oppose-more-migration-both-into-and-out-of-their-countries/ Geraadpleegd op 1 november 2022

Pinto, A.D., & Upshur, R.E. (2009). Global health ethics for students. *Developing World Bioethics*, *9* (1): pp. 1-10.

Pogge, T. (2005). 'Human rights and global health: a research program'. *Metaphilosophy 36*: pp. 182-209.

Quarsie, J., Van de Pas R., Fanoy E., & Van den Hazel P. (2021). De impact van klimaatverandering op gezondheid in Nederland. *Ned Tijdschr Geneeskd 165*: D6245.

Rawls, J. (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Belknap Press.

Robeyns, I. (2005). 'The Capability Approach: a theoretical survey', *Journal of Human Development* 6(1), pp. 93-117.

Robeyns, I., & Fibieger Byskov, M.F. (2021). "The Capability Approach". In: Zalta, E.N. (ed.) *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2021 Edition). Beschikbaar via: https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/capability-approach/. Geraadpleegd op 1 november 2022

Robson, G., Gibson, N., Thompson, A. *et al.* (2019). Global health ethics: critical reflections on the contours of an emerging field, 1977–2015. *BMC Med Ethics 20*, 53.

Rocque, R.J., Beaudoin, C., Ndjaboue, R., et al. (2021) Health effects of climate change: an overview of systematic reviews. *BMJ Open 11*: e046333.

Rosman, C., van Mersbergen, s. (2015). 'Vluchtelingenvrees, maar waar zijn we bang voor?' *Algemeen Dagblad*, 25 september, https://www.ad.nl/buitenland/vluchtelingenvrees-maar-waar-zijn-we-bang-voor~a1fe208b/?referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F&cb=c549bb1694fefacb900aa3e37fa69996&auth_rd=1 Geraadpleegd op 1 november 2022.

Roukens, A.H., Gelinck, L.B., & Visser, L.G. (2012). Intradermal vaccination to protect against yellow fever and influenza. *Curr Top Microbiol Immunol 351*: pp. 159-179.

Ruger, J.P. (2004). Ethics of the social determinants of health. *Lancet 364(9439)*: pp. 1092-1097.

Sen, A.K. (1999). *Development as freedom*. New York: Knopf.

Singer, P. (1972). Famine, affluence, and morality. *Philosophy and Public Affairs* 1, pp. 229-243.

Singer, P. (2016). *The Most Good You Can Do How Effective Altruism Is Changing Ideas About Living Ethically.* New haven: Yale University Press.

Stapleton, G., Schröder-Bäck, P., Laaser, U., Meershoek, A., & Popa, D. (2014). Global health ethics: an introduction to prominent theories and relevant topics. *Glob Health Action* 7:23569.

Ten Have, H.A. (2012). Potter's notion of bioethics. *Kennedy Inst Ethics J. 22(1):* pp. 59-82.

Ten Have, H.A. (2022). *Bizarre bioethics. Ghosts, monsters, pilgrims.* Baltimore: John Hopkins University Press.

Ten Have, H.A.M.J., Ter Meulen, R.H.J., De Vries, M.C., & Ter Meulen, B.C. (2020). *Leerboek Ethiek in de Gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

UN. (2022). *The Paris Agreement*. Beschikbaar via: http://unfccc.int/files/essential_background/convention/application/pdf/english_paris_agreement.pdf. Geraadpleegd op 1 november 2022.

Usher, A.D. (2021). A beautiful idea: how COVAX has fallen short. *Lancet* 397(10292), pp. 2322-2325.

Van der Graaf R., Browne, J.L., & Baidjoe, A.Y. (2022). Vaccine equity: Past, present, and future. *Cell Rep Med 11*(3), 100551.

Van Heerde, J. (2021). 'Twitterende rechtsfilosoof Roland Pierik: Geef alleen gevaccineerden toegang tot de universiteit'. *Trouw*, 20 augustus, beschikbaar via: https://www.trouw.nl/binnenland/twitterende-rechtsfilosoof-roland-pierik-geef-alleen-gevaccineerden-toegang-tot-de-universiteit~b79db966/ : Geraadpleegd op 1 november 2022.

Van Leeuwen, E., Feenstra, L. (1989). Ethiek, geneeskunde en gezondheidszorg; het Handboek gezondheidsethiek. *Ned Tijdschr Geneeskd 133*: pp. 1370-1374.

Van Lonkhuyzen, L. (2022). 27 kiloafval van één operatie. De zorg heeft een enorm duuzaamheidsprobleem. *NRC Handelsblad*, 3 augustus.

Van Steenbergen, E., Wester, J. (2017). De keiharde lobby voor een extreme duur medicijn. *NRC Handelsblad,* 17 november.

Venkatapuram, S. (2011). *Health Justice.* Cambridge, UK: Polity.

Venkatapuram, S. (2022). Global Health Justice: Now Is the Time. *UN Chronicle*, 20 februari. Beschikbaar via: https://www.un.org/en/un-chronicle/global-health-justice-now-time. Geraadpleegd op 1 november 2022.Versteegh, M. (2017). Vaar niet op deernis voor enkelen bij duur medicijn. *NRC Handelsblad*, 13 oktober.

Visser, J. (2012). De arts staat in de behandelmodus. *Medisch Contact 22*, pp. 1326-1329.

Watts, N., Amann, M., Arnell, N,, et al. (2021). The 2020 report of The Lancet Countdown on health and climate change: responding to converging crises. *Lancet 397*: pp. 129-70.

WHO. (2022). High-level meeting on health and migration in the WHO European Region: jointly shaping the vision for the health of refugees and migrants. 17 maart. Beschikbaar via: https://www.who.int/europe/news-room/events/item/2022/03/17/default-calendar/high-level-meeting-on-health-and-migration-in-the-who-european-region--jointly-shaping-the-vision-for-the-health-of-refugees-and-migrants Geraadpleegd op 1 november 2022.

WHO. (2021). General's opening remarks at 148th session of the Executive Board. 18 januari. Beschikbaar via: WHO Director-General's opening remarks at 148th session of the Executive Board. Geraadpleegd op 1 november 2022.

WHO Europe. (2008). Protecting HEALTH in Europe from climate change. Editors: Bettina Menne, Franklin Apfel, Sari Kovats and Francesca Racioppi. Geneva: WHO.

Wolff, J. (2021). The Human Right to Health. In: Benatar, S., & Brock G. (eds). *Global Health. Ethical Challenges.* Cambridge: Cambridge University Press.

World Bank Group. (2021). *Climate change adaptation and economic transformation in sub-Saharan Africa.* Beschikbaar via: https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/36332/9781464818059.pdf?sequence=10 Geraadpleegd op 1 november 2022.

Wunderling, N., Donges, J.F., Kurths, J., & Winkelmann, R. (2021). Interacting tipping elements increase risk of climate domino effects under global warming. *Earth System Dynamics 12*: pp. 601-619.

Zielinski, C. (2022). COP27 climate change conference: urgent action needed for Africa and the world. *BMJ Health Care Inform 29(1):* e100690.

Dankwoord

De auteurs spreken hun dank uit aan het bestuur van de NVBe voor de uitnodiging om het preadvies te schrijven. NVBe-bestuursleden Marieke Bak en André Krom gaven gedetailleerde feedback op eerdere versies van het manuscript. Hun waardevolle suggesties verbeterden de analyses niet alleen aanzienlijk, maar vergrootten ook de leesbaarheid ervan.

Over de auteurs

Dr. Rieke van der Graaf is universitair hoofddocent medische ethiek, met in het bijzonder aandacht voor research ethics en global health ethics. Ze werkt bij het Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Ze is daar afdelingshoofd van de afdeling Bioethics and Health Humanities. Ze is werkzaam als ethicus in diverse commissies en adviesraden, waaronder de METC NedMec en de Gezondheidsraad. Ze adviseert ook regelmatig voor de WHO. Ze was de penvoerder van de International Ethical Guidelines for health-related research involving humans (2016) van de Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) en van de Ethical considerations in HIV prevention trials (2021) van de WHO/Unesco.

Prof. dr. Martine de Vries is als kinderarts verbonden aan het Willem Alexander Kinderziekenhuis van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en tevens hoofd van de Sectie Ethiek en Recht van de Gezondheidszorg in het LUMC. Haar bijzondere interesse gaat uit naar research ethics, de omgang met kwetsbare populaties en methodologie van ethiekonderzoek. Ze is werkzaam als ethicus in diverse commissies en adviesraden, waaronder de CCMO en de Gezondheidsraad. Sinds 2022 is ze voorzitter van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid. De Vries is mede-auteur van het *Leerboek Ethiek in de Gezondheidszorg*. In 2021 werkte ze als arts in het vluchtelingenkamp Moria op Lesbos, en in 2022 in een opvangshelter voor Oekraïense vluchtelingen in Krakau.

Preadvies

uitgebracht t.b.v. het jaarsymposium van de
Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek 7 december 2022

Over de NVBe

De Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek (NVBe) is opgericht in 1993 en wil bijdragen aan een open discussie over bio-ethische kwesties in samenleving en wetenschap. Ze doet dat door het contact te bevorderen tussen vertegenwoordigers uit verschillende vakgebieden, instellingen en organisaties die bij bio-ethische kwesties betrokken zijn, de bio-ethische reflectie in de relevante sectoren te stimuleren en bio-ethische discussiebijdragen te presenteren. Bio-ethiek houdt zich bezig met morele vragen die worden opgeroepen door allerlei ontwikkelingen betreffende het leven en de natuur.
De NVBe publiceert elk jaar een Preadvies over een onderwerp dat maatschappelijk actueel en wetenschappelijk uitdagend is. Vier keer per jaar verschijnt het Podium voor Bio-ethiek. Daarnaast organiseert de NVBe jaarlijks een Jaarsymposium en een Onderwijsmiddag. Het Preadvies wordt op uitnodiging van de NVBe geschreven door een wetenschapper. Het dient als aanleiding en katalysator voor een gedachtewisseling tijdens het Jaarsymposium en ook daarna in wetenschap en samenleving.
Voor meer informatie over de NVBe, eerdere Preadviezen, alle jaargangen van Podium en de voordelen en de kosten van het lidmaatschap (ook voor instellingen): zie de website www.nvbe.nl.

Nederlandse Vereniging
voor Bio-Ethiek