

FILOSOFISCHE EN ETHISCHE VRAAGSTUKKEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

PROF. DR. IGNAAS DEVISCH



Eerste Bachelor
Kinesitherapie en Revalidatiewetenschappen

2020-2021



UNIVERSITEIT
GENT

INHOUD

INLEIDING

DEEL I. INLEIDING TOT DE WIJSBEGEERTE



DEEL II. MEDISCHE FILOSOFIE: een korte geschiedenis van onze omgang met ziekte en gezondheid



DEEL III. FILOSOFISCHE ASPECTEN VAN GEZONDHEIDSZORG: CAPITA SELECTA

UNIVERSITEIT
GENT

CAPITA SELECTA UIT DE MEDISCHE FILOSOFIE EN ETHIEK:

1. VERBETERKUNDE, VOORSPELENDE GENEESKUNDE EN TRANSHUMANISME
2. MEDICALISERING EN NORMALISERING
3. GEZONDE LEEFSTIJL EN INDIVIDUELE VERANTWOORDELIJKHEID
4. RECHTVAARDIGHEID, GELIJKE KANSEN EN CAPACITEIT
5. GEZONDHEID EN CULTUUR

BIBLIOGRAFIE

Een uitvoerige lijst is opgenomen achteraan het boek Inleiding tot de medische filosofie en Ziek van gezondheid

Inleiding

Het zou van grote overmoed getuigen om in een cursuspakket van 40 uur de hele titel van dit vak exhaustief en tot in detail te bespreken. Levensbeschouwelijk (of filosofisch), ethisch en maatschappelijk, dat zijn drie zeer omvattende terreinen en dan hebben we nog niet eens de gezondheidszorg aangeraakt. De gezondheidszorg, het zorgen voor gezondheid, is nochtans de scope waarop wij ons focussen. We zullen, zoals het in een dergelijk vak gepast is, nadenken en filosoferen over wat het betekent dat wij voor ziekte en gezondheid zorgen, waarom we dat doen op een specifieke manier en wat deze specificiteit over onze tijdsperiode en onze samenleving in het algemeen zegt.

Om die inzichten te verwerven, kunnen we niet anders dan ook terug te kijken hoe ons denken over ziekte en gezondheid is ontstaan, vanuit welke motieven zoets als gezondheidszorg is ontstaan, et cetera. Niet dat dit een historische cursus is, maar elke inleidende cursus die een actueel maatschappelijk terrein pretendeert te belichten, moet noodgedwongen enig historisch perspectief in acht nemen, wil het zichzelf gefundeerd of 'wetenschappelijk' weten.

De invalshoek en opzet van dit vak is uitdrukkelijk filosofisch van aard. We zullen 'aan filosofie doen' en één van onze eerste taken zal zijn om na te gaan wat we daar vandaag kunnen onder verstaan. Ook hier moeten we noodgedwongen een stapje terug in de tijd zetten, om tot een antwoord op die vraag te komen. En opnieuw geldt dezelfde opmerking: niet dat we de geschiedenis van de filosofie eventjes zullen overdoen en de gehele context van de filosofie vandaag uiteenzetten. Je kan dat natuurlijk doen of pretenderen te doen, maar ... ofwel vervalt men dan in oppervlakkigheden, ofwel ramt men de hele geschiedenis van de wijsbegeerte door de strot van een groep studenten, niet wetende waar deze vandaan komt of waarheen ze leidt.

Beiden hebben weinig tot niets te maken met filosofie, met *wijsbegeerte*, met het streven naar of begeren van wijsheid. In het eerste geval verkrijgt je een soort van non-kennis, een vaag beeld van iets waar je niet veel zinnigs mee kan aanvangen – en iets doceren waarmee studenten werkelijk niets kunnen aanvangen, dat zou pas een zinloze aangelegenheid zijn; in het tweede geval is het effect naar alle waarschijnlijk ergernis en misschien zelfs afkeer, terwijl elk vak toch interesse en reflectie zou moeten beogen (of het dat daadwerkelijk opwekt is nog een andere zaak). Daarom is in deze cursus geopteerd voor een zeer specifieke uitwerking van de 'historie van de wijsbegeerte', met name door ze uitdrukkelijk te bekijken vanuit de verwevenheid met het medische denken.

Eerder dan de hele traditie aan filosofen en theorieën te kunnen debiteren op de scène die het examen heet, kiezen wij bijgevolg om aan de hand van het filosoferen, een aantal denkkaders aan te reiken die het denken over mens en wereld, over lichamelijke, identiteit en techniek vandaag kunnen stimuleren, kanaliseren, enzovoort. Filosofie is het vak dat daarbij van dienst kan zijn, juist omdat het niet volstrekt te herleiden valt tot het terrein van het 'nuttige' of het 'bruikbare'. Niet dat men met filosofie niets kan doen. Wel integendeel, filosofie is steeds praktisch en nieuwe inzichten hebben steeds bepaalde handelingen tot gevolg. Maar denken dat een academische opleiding niveau zich geheel en al moet richten op het onmiddellijk bruikbare en tastbare voor het latere beroep, is een groot misverstand. Onderwijs is juist de enige luxeplaats waar een reflectie over dat beroep nog mogelijk is en die reflectie kan juist jonge beroepskrachten wapenen om zich met kritische afstand in het latere klinische werkveld met hun aangeleerde 'competenties' te positioneren.

Om aan filosofie te doen, is uiteraard een minimum kennis van die geschiedenis nodig, een strikte vereiste zelfs. Nu is deze cursus niet bedoeld om vakfilosofen op te leiden, dan wel om studenten binnen gezondheidswetenschappen kritisch te laten nadenken over zichzelf, over hun toekomstige functioneren in de gezondheidszorg en over de plaats daarvan binnen het bredere gegeven van onze samenleving.

Vooraleer we de medische filosofie induiken vertrekken we in deel I vanuit een algemene *Inleiding tot de Wijsbegeerte*.

Eens we een elementaire vertrouwdheid met filosoferen hebben verworven, verdiepen we ons diepgaand in het terrein van de medische filosofie. We gaan we daarbij uit van een inleidend werk op dit terrein: *De Roze billen van Renoir. Een Inleiding in de Medische Filosofie* (Acco, Leuven, 2008). Dit boek vormt de ruggengraat van dit deel en enkele hoofdstukken zullen uitvoerig worden toegelicht en besproken tijdens de colleges. Deze colleges dienen ertoe dit boek te verhelderen, de belangrijke punten aan te stippen, stellingen toe te lichten, ga zo maar verder.

In een derde en laatste deel wordt ingegaan op een aantal actuele problemen en vraagstukken met betrekking tot hedendaagse medische filosofie en ethiek. Hoewel minder voor de hand liggend voor de buitenstaander, is dit terrein van de gezondheidszorg wel degelijk voer voor filosofische analyse. Filosofische kernbegrippen zoals autonomie of verantwoordelijkheid, preventie en leefstijl, medicalisering, et cetera, komen aan bod.

De bedoeling van dit vak is dat je als student een elementaire vertrouwdheid opbouwt met het stellen van en leren omgaan met filosofische vraagstukken; dat je kritisch leert nadenken over evoluties in de gezondheidszorg en dat je de ethische aspecten van die evoluties voor ogen kunt houden. Dit vak bereidt bijgevolg voor wat verderop in de opleiding over ethiek en deontologie zal worden meegegeven.

Kinesithherapie en revalidatiewetenschappen. De beide terreinen worden in de opleiding afzonderlijk vermeld. Anders gezegd, een therapie wordt hier ingezet om mensen te laten revalideren van een dysfunctie. Een dysfunctie impliceert dat iemand zich in een kwetsbare situatie bevindt, dat hij of zij kwetsbaar is omdat het reguliere leven doorbroken wordt.

Een kinesitherapeutische scene raakt in die zin heel wat filosofische kernbegrippen aan: autonomie, verantwoordelijkheid, eindigheid en kwetsbaarheid, relationaliteit, et cetera. De specifieke beroepsmatige ethische geladenheid van die thema's bespreken we in de tweede bachelor. In deze cursus overlopen we wat we precies onder kinesithherapie kunnen verstaan en wat de basisuitdagingen ervan zijn op filosofisch en ethisch terrein. We doen dit aan de hand van wetenschappelijk tekstmateriaal. De student leest het best deze teksten vooraf door om goed mee te kunnen volgen tijdens de hoorcolleges.

Het examen van dit vak is schriftelijk met multiple choice vragen. Toelichting hierbij zal tijdens de laatste colleges worden gegeven. Vragen over deze syllabus zijn mogelijk voor, tijdens en na de hoorcolleges of tijdens een nog nader af te spreken spreekuur.

Bij het instuderen kun je naast het studiemateriaal ook beroep doen op de ppt gebruikt tijdens de hoorcolleges. Deze dienen om het materiaal verder te ordenen en structuur mee te geven maar maken als zodanig geen onderdeel uit van de leerstof, tenzij uitdrukkelijk anders aangegeven.

Aan te kopen boeken:

Ignaas Devisch, Inleiding in de Medische Filosofie, Acco, Leuven

Ignaas Devisch, Ziek van Gezondheid, De Bezige Bij, Antwerpen

Prof. Dr. Ignaas Devisch

DEEL I. INLEIDING TOT DE WIJSBEGEERTE

CURSUSMATERIAAL:

1. IGNAAS DEVISCH, *INLEIDING TOT DE MEDISCHE FILOSOFIE* (ACCO, LEUVEN, 2018): hoofdstuk 1

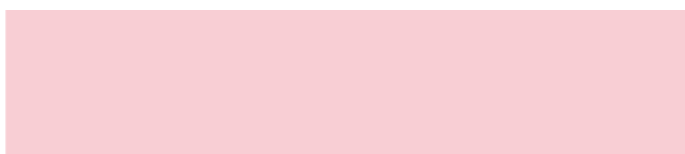
2. POWERPOINTPRESENTATIES



UNIVERSITEIT
GENT

DEEL II. MEDISCHE FILOSOFIE: een korte geschiedenis van onze omgang met ziekte en gezondheid

CURSUSMATERIAAL:



1. IGNAAS DEVISCH, *INLEIDING TOT DE MEDISCHE FILOSOFIE* (ACCO, LEUVEN, 2018): hoofdstukken 2, 3, 4 en 7

2. POWERPOINTPRESENTATIES



UNIVERSITEIT
GENT

DEEL III. FILOSOFISCHE ASPECTEN VAN GEZONDHEIDSZORG: CAPITA SELECTA UIT DE MEDISCHE FILOSOFIE EN ETHIEK

CURSUSMATERIAAL:

1. IGNAAS DEVISCH, *INLEIDING TOT DE MEDISCHE FILOSOFIE: hoofdstuk 8 en 9*

2. IGNAAS DEVISCH, *ZIEK VAN GEZONDHEID: proloog, hoofdstuk 1, 2, 4 en epiloog*

3. READER

1. Transhumanism, medical technology and slippery slopes (M J McNamee, S D Edwards, 2006)
2. Poverty, Obesity, and Malnutrition: An International Perspective Recognizing the Paradox (Tanumihardjo et al , 2007)
3. Pharma in the bedroom . . . and the kitchen. . . . The pharmaceuticalisation of daily life (Nick J. Fox and Katie J. Ward, 2009)
4. Denier, Y. (2007). "Over individuele verantwoordelijkheid & het recht op gezondheidszorg." *Ethiek & Maatschappij* 8(2-3): 38-53.
5. Prah Ruger, J. (2010). "Health Capability: Conceptualization and Operationalization." *Am J Public Health* 100(1): 41-49.
6. Jeffrey, P. B. (2004). "Modern Liberalism, Female Circumcision, and the Rationality of Traditions." *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 29(4): 473-497.

CAPITA SELECTA UIT DE MEDISCHE FILOSOFIE EN ETHIEK:

1. VERBETERKUNDE, VOORSPELENDE GENEESKUNDE EN TRANSHUMANISME

In dit hoofdstuk staan we stil bij het transhumanisme, een concept dat verschillende ethische vraagstukken doet oprijzen. Enerzijds zijn dit vragen over de aard of de natuur van de mens, anderzijds over de rol van medische en andere technologieën in onze opvattingen over het goede of over hoe de dingen zouden moeten zijn. De link tussen wetenschappelijke vooruitgang, technologische evoluties en de manier waarop we naar gezondheid en ziekte kijken, is onmiskenbaar.

Het transhumanisme is een beweging die de menselijke natuur datgene wat ons mens-zijn bepaalt als een *work-in-progress* ziet, waarbij de beperkingen of onvolmaaktheden van de mens moeten overkomen worden door middel van medisch-technologisch ingrijpen zoals genetic engineering, mechanische wisselstukken voor lichaamsdelen en medicijnen die ons beter doen presteren dan normaal (Bostrom, 2003).

Transhumanisme omvat een breed scala aan ideeën, waarvan het ene idee meer gematigd is dan het andere. Een gematigde strekking wil beperkingen aan de menselijke natuur verbeteren zoals onze vatbaarheid voor ziektes, de veroudering van ons lichaam, het gebrek aan controle over bepaalde emoties, enzovoort (Hauskeller, 2013; McNamee & Edwards, 2006). Een radicalere strekking wil daarnaast ook de capaciteiten van mensen verbeteren en dus de menselijke natuur overstijgen (McNamee & Edwards, 2006). Als alles mogelijk is voor de mens, dan heeft hij geen natuur meer omdat niets hem nog begrenst of bepaalt (Hauskeller, 2013). Het verschil tussen beide strekkingen wordt duidelijk aan de hand van volgend voorbeeld. Stel, er is een persoon die aan beide ogen een correctie van -7 heeft. Een aanhanger van een gematigd transhumanisme zal deze beperking willen verhelpen en deze persoon tot een normaal gezichtsvermogen brengen door een bril te ontwikkelen, door middel van een chirurgische ingreep of, indien we weten welke genen een negatieve invloed hebben op ons gezichtsvermogen, aanpassingen in het DNA aanbrengen. Een aanhanger van een radicaal transhumanisme zou een stap verder gaan en deze persoon (en eigenlijk alle personen) het gezichtsvermogen van een arend willen geven.

Liberaal voorstanders van het transhumanisme menen dat het verbeteren van de menselijke natuur een verlengstuk moet zijn van het ethische basisprincipe 'autonomie'. Een individu zou vrij moeten kunnen kiezen, volgens eigen standaarden, wat men aan zichzelf wil verbeteren (McNamee & Edwards, 2006). Andere voorstanders zien de toepassing ervan als een mogelijkheid om de kwaliteit van leven voor de mensheid te verbeteren (Harris, 2007), m.a.w. ze zien het als het nastreven van het algemeen goede (McNamee & Edwards, 2006). We kunnen dankzij moderne technologie het lijden verminderen, mensen gezonder maken en hen meer mogelijkheden geven om maximale voldoening te halen uit het leven. De

toekomst van de mensheid kunnen we in eigen handen nemen in plaats van die te laten afhangen van evolutieprocessen (McNamee & Edwards, 2006).

Tegenstanders van het transhumanisme uiten dan weer hun bezorgdheden over de mogelijke negatieve gevolgen van het toepassen van allerlei medisch-technologische ingrepen. Een van de bezorgdheden is dat het ontstaan van dure en dus niet universeel toegankelijke mogelijkheden op vlak van gezondheid zal uitmonden in een maatschappelijke tweedeling, meer bepaald een schisma tussen een klassiek humane en een zogenaamd posthumane groep. Deze laatste groep zou als superieur beschouwd kunnen worden en dus meer morele status genieten. De humane groep zou mogelijkerwijs niet kunnen volgen en dus falen in het voldoen aan de nieuwe norm. Daarnaast zijn er ook fundamentele vragen over wie er zal bepalen wat er aan de menselijke natuur moet verbeterd worden en de wijze waarop dit moet worden nagestreefd (Harris & Chan, 2008; McNamee & Edwards, 2006). Als een bepaalde karakteristiek op grote schaal als beperking of onvolmaaktheid wordt genormeerd, in welke mate zijn mensen dan nog vrij om te kiezen of zij zich hierin al dan niet willen laten 'corrigeren'? Hoe voorkomen we dat er een maatschappelijke druk is om bepaalde eigenschappen te verbeteren? Daarnaast brengt de idee van transhumanisme vragen met zich mee over het doel van de geneeskunde. Moet de wetenschap er naar streven om het menselijk functioneren voorbij een 'normale staat' van gezond zijn te brengen in plaats van een 'normaal' of 'acceptabel' niveau? Kunnen we in dat geval nog spreken van geneeskunde of moeten we onze terminologie aanpassen naar verbeterkunde en verbeteringszorg?

Tijdens de hoorcolleges zullen we aan de hand van het artikel "Transhumanism, medical technology and slippery slopes" van McNamee en Edwards (2006) de thema's transhumanisme en human enhancement verder uitdiepen. Eerst zullen we stilstaan bij een algemene definitie van transhumanisme omschreven door Max More, een voorstander van het transhumanisme. Vervolgens bespreken we meer in detail de argumenten voor en tegen dit gedachtegoed. Daarnaast staan we stil bij de argumenten van Nick Bostrom, die ingaat op wat hij noemt 'speculatieve kritieken' op het transhumanisme. Hij stelt zich voornamelijk de vraag of we het transhumanisme zonder meer moeten verwerpen omdat het mogelijks negatieve gevolgen met zich kan meebrengen. Ten slotte eindigen we met de vraagstelling of we kunnen bepalen welke transhumanistische ideeën toelaatbaar zijn.

Leerstof:

- Ignaas Devisch, Inleiding tot de medische filosofie: hoofdstuk 8 en 9
- Transhumanism, medical technology and slippery slopes (MJ McNamee, SD Edwards, 2006)
- Ppt

2. MEDICALISERING EN NORMALISERING

Onze gezondheidszorg gaat er steeds op vooruit. Ze slaagt erin om een toenemend aantal ziektes vroegtijdig op te sporen of zelfs te voorkomen. Er wordt massaal onderzoek gevoerd naar de oorzaken van ziektes en naar (betere) behandelingsmethoden. Het sterftcijfer daalt, de levensduur neemt toe en mensen leven een langere periode in goede algemene conditie. Kortom, de positieve evolutie die onze zorg de voorbije decennia doormaakte is onloochenbaar. In de analyse van ons hedendaags medisch denken valt echter op dat, naast deze positieve effecten, er ook neveneffecten zijn aan onze gezondheidscultuur. We zagen reeds in vorige hoofdstukken dat onze kijk op gezondheid en ziekte verschoven is. Vroeger waren we gezond tot we ziek werden. Waar ziekte vroeger als een noodlottige tegenslag of als een straf van God werd beschouwd, is het nu onze individuele verantwoordelijkheid om te streven naar gezondheid. Nu vragen we ons af of we toch niet iets mankeren, of er niet iets is waar we kunnen aan werken. Er wordt meer ingezet op voorspelling en preventie, waarbij we onze gezondheid constant in vraag stellen. Vanuit verschillende hoeken worden we overspoeld met adviezen over hoe we gezond moeten leven. Gezond zijn is een norm geworden en wat die norm precies inhoudt, lijkt steeds te verschuiven. Finaal wordt het bijgevolg onmogelijk om aan die norm te voldoen. De vraag die zich opdringt, is of we niet ziek worden door te streven naar gezondheid. Tijdens de hoorcolleges zullen we dieper ingaan op deze vraag aan de hand van volgende drie concepten: medicalisering, farmaceuticalisering en overdiagnosticering. Hieronder geef ik alvast kort wat uitleg over deze concepten.

Medicalisering wordt gedefinieerd als een proces waarbij niet-medische fenomenen omschreven worden als medische problemen in termen van ziektes en stoornissen, en bijgevolg een medische behandeling vereisen (Conrad, 1992). Meer en meer aspecten van ons leven worden door een medische bril bekeken, waaronder alledaagse kwaaltjes, psychosociale problemen en sociaal afwijkende gedragingen (Moynihan, Gotzsche, Heath & Henry, 2002; Verhaeghe, 2013).

Farmaceuticalisering kan omschreven worden als een proces waarbij lichamelijke, sociale of gedragsmatige condities van de mens – vanuit het standpunt van de arts of patiënt – behandeld (moeten) worden met medicijnen (Abraham, 2010). Medicijnen gebruiken doen we tegenwoordig niet louter omwille van medische motieven, want ook persoonlijke keuzes spelen meer en meer een rol. Bepaalde condities van ons dagdagelijks leven die we als storend ervaren, proberen we bijvoorbeeld te verhelpen met een pil. Bovendien wordt onze leefstijl in toenemende mate de focus voor de ontwikkeling van nieuwe medicijnen en deze vinden via on- en offline marketing gemakkelijk hun weg naar onze medicijnen-, koel- of nachtkast. (Conrad & Leiter, 2004; Fox & Ward, 2008). Voor farmaceutische bedrijven is het proces van ziektes 'uitvinden' om vervolgens de remedie aan te prijzen zeer winstgevend.

Bijgevolg legt de onderzoeksindustrie zich niet langer toe op traditionele ziektes (Bell & Figert, 2012), die nochtans wel behandeling behoeven en een grote impact hebben op onze algemene gezondheid, maar verschuift hun focus naar de ontwikkeling van medicijnen waar grote vraag naar is door een welgesteld en relatief gezond publiek. Daarnaast lobbyen de firma's om bepaalde condities van onze leefstijl te definiëren als medische problemen – ziektes en stoornissen - waardoor hun oplossing in de vorm van een pil gemakkelijker kan gelegitimeerd worden (Moynihan et al., 2002).

Het concept overdiagnostisering houdt in dat een persoon die gediagnosticeerd wordt met een bepaalde conditie, zelf geen voordeel haalt uit de diagnose (Hofmann, 2016), in die zin dat de vastgestelde conditie geen problemen zal opleveren in termen van symptomen, ziekte of overlijden (Welch, Schwartz, & Woloshin, 2011). We verklaren mensen, de zogeheten 'worried well', ziek terwijl ze eigenlijk niet ziek zijn (Devisch, 2014).

Leerstof:

- Ignaas Devisch, Ziek van gezondheid: proloog, hoofdstuk 1, 4 en epiloog
- Pharma in the bedroom . . . and the kitchen. . . . the pharmaceuticalisation of daily life (Nick j. Fox and Katie j. Ward, 2009)
- Ppt



UNIVERSITEIT
GENT

3. GEZONDE LEEFSTIJL EN INDIVIDUELE VERANTWOORDELIJKHEID

Onze vrijheid gaat gepaard met verantwoordelijkheid voor de keuzes die we maken. Waar vroeger ziekte gezien werd als een noodlottige tegenslag of een straf van God, wordt nu plaats gemaakt voor een individueel schuldmodel. Veel ziektes waarmee we in deze tijdsperiode geconfronteerd worden, zijn immers mee veroorzaakt door keuzes op vlak van levensstijl. Deze keuzes hebben niet alleen voor onszelf bepaalde implicaties, maar ook voor de maatschappij. Ze leggen een financiële druk op een gezondheidszorg die reeds gebukt gaat onder een chronisch geldtekort. We worden bijgevolg geresponsabiliseerd om gezondheidsrisico's te vermijden. In het belang van onze eigen gezondheid enerzijds, om de kosten voor de samenleving te drukken anderzijds (Leichter, 2003; Lupton, 1993).

De maatschappelijke aansporing om een gezonde levensstijl aan te nemen is gebaseerd op de aanname dat mensen de capaciteit en keuzevrijheid hebben om verstandige keuzes te maken aangaande hun gezondheid (Leichter, 2003; Wikler, 2002). De idee dat mensen aansprakelijk zijn voor hetgeen ze al dan niet doen om gezond te blijven heeft evenwel verregaande implicaties voor het gezondheidsbeleid (Wikler, 2002). Wie er niet in slaagt om, ondanks duwtjes in de rug, gezonder te leven, is van slechte wil, onverschillig ten opzichte van zijn medeburger en zelfs immoreel (Leichter, 2003). Ongezonde gedragingen zijn in strijd met het beeld van de goede, rationele, onafhankelijke en verantwoordelijke burger (Galvin, 2002). Het omgekeerde is ook het geval, individuen die gezonde keuzes maken en bovendien volledig inzetten op preventie zijn moreel bewonderingswaardig (Buyx & Prainsack, 2012; Van Hoyweghen, 2014). Ook al wijzen verschillende onderzoeken op de relatie tussen ziekte en socio-economische, genetische, culturele en omgevingsfactoren (Buyx & Prainsack, 2012; Tanumihardjo et al., 2007; Wikler, 2002), de opvatting dat we ziek worden door slechte keuzes te maken, domineert het hedendaags debat over ons gezondheidsbeleid (Leichter, 2003). Een complex gegeven blijft hoe het concept 'individuele schuld' zich verhoudt tot het solidariteitsbeginsel waarop onze sociale zekerheid gegrondvest is.

Solidariteit, in de ruime zin van het woord, is een praktijk die een collectieve betrokkenheid inhoudt om anderen te steunen door financiële, sociale, emotionele of andere kosten mee te dragen (Buyx & Prainsack, 2012). Het concept kwetsbaarheid is hierin een belangrijke notie. We steunen diegene die kwetsbaar zijn, wetende dat wijzelf ook kwetsbaar zijn voor aandoeningen waar we onszelf moeilijk of zelfs onmogelijk tegen kunnen beschermen (bijvoorbeeld: een niet-roker die longkanker krijgt). De focus op individuele verantwoordelijkheid daagt dit concept van solidariteit uit. We willen solidair zijn met diegene die pech hebben, maar niet met diegene die willens en wetens handelingen stellen die hun extra kwetsbaar maken voor ziekte of ongeval. Ook genetische risico's, waar we

voorlopig niet veel aan kunnen doen, kunnen op meer solidariteit rekenen dan niet-genetische risico's (Van Hoyweghen, 2014). Echter, als je kijkt naar het debat over de NIP-test, dan merk je dat onze solidariteit voor genetische risico's ook onder spanning komt te staan.

Binnen het gezondheidsbeleid luidt de vraag of we individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid in rekening moeten brengen bij de verdeling van middelen (Buyx & Prainsack, 2012; Feiring, 2007) en of we dus solidair moeten zijn met mensen die falen om hun individuele verantwoordelijkheid op te nemen. Wie er niet in slaagt om gezond te leven, loopt een hoger risico en moet zelf misschien ook de gevolgen dragen van zijn of haar risicovol gedrag. Dit kan de vorm aannemen van geheel of gedeeltelijk opdraaien voor medische kosten, hogere verzekeringspremies betalen (d.i. een logica die al geruime tijd wordt gevolgd door privé verzekeringsmaatschappijen, met name je verzekert je volgens de risico's die je loopt), een lagere prioriteitsbehandeling krijgen of geen toegang krijgen tot bepaalde aspecten van gezondheidszorg.

Een gezondheidsbeleid dat bij de toewijzing van de middelen de individuele verantwoordelijkheid van de persoon als criterium neemt, is om verschillende redenen problematisch. Een belangrijk gegeven is dat voorstanders van het individuele schuldmodel er van uit gaan dat er directe causale verbanden zijn tussen het risicovol gedrag en ziek zijn. Deze bewering is echter moeilijk vol te houden, omdat de meeste levensstijl gerelateerde ziektes veroorzaakt worden door meerdere factoren. Dikwijls spelen zowel genetische als niet-genetische kenmerken zoals sociale en omgevingsfactoren een rol. Individuele verantwoordelijkheid bekleedt een belangrijke rol in onze gezondheid en het is noodzakelijk dat individuen worden geïnformeerd over de mogelijke gevolgen van hun keuzes en dat ze daarnaast reële opportuniteiten hebben om gezonde keuzes te maken (Wikler, 2002), maar een overdreven focus op de individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid neemt de aandacht weg van structurele oorzaken van gezondheidsproblemen (Lupton, 1993). De vraag die we onszelf in de eerste plaats moeten stellen is niet zozeer of gezondheidsproblemen veroorzaakt worden door vrije en intentionele leefstijlkeuzes, maar welke rol sociale, economische en (bio)politieke ongelijkheden hebben op onze gezondheid. Een voorbeeld bij uitstek is de relatie tussen armoede, ondervoeding en obesitas (Tanumihardjo et al., 2007). Dat het aannemen van een gezonde levensstijl minder evident is voor wie zich in een socio-economisch benadeelde uitgangspositie bevindt, wordt al jarenlang door diverse onderzoeksgroepen onderkend. Een belangrijk argument tegen het individuele schuldmodel is met andere woorden dat niet iedereen dezelfde gezonde keuzes kan maken, omwille van een verschil in opleiding, een gebrek aan financiële middelen of het leven onder continue overlevingsstress, hetgeen de vatbaarheid voor ongezond voedsel en genotsmiddelen vergroot.

Leerstof:

- Poverty, obesity, and malnutrition: an international perspective recognizing the paradox (Tanumihardjo et al , 2007)
- Ine van Hoyweghen, Gezondheid als greencard voor een verzekering (Uit: Ziek van gezondheid, hoofdstuk 2)
- Ppt



UNIVERSITEIT
GENT

4. RECHTVAARDIGHEID, GELIJKE KANSEN EN CAPACITEIT

In het vorige thema van de capita selecta hebben we nagedacht over de invloed van individuele verantwoordelijkheid op onze gezondheid en bijgevolg welke rol die individuele verantwoordelijkheid moet krijgen binnen ons gezondheidsbeleid. Als we reflecteren over dat concept, is het bovendien noodzakelijk om vragen te stellen naar het wezen van de gezondheidszorg. Wat is het doel van onze gezondheidszorg? Wat houdt het recht op gezondheidszorg in? Wanneer spreken we van een rechtvaardige gezondheidszorg?

Het doel van onze gezondheidszorg is voorzien in een van onze fundamentele basisbehoeften: gezond zijn en daardoor kunnen leven vrij van pijn en lijden. Omdat “niet lijden” raakt aan de fundamentele basisbehoeften van de mens, is gezondheidszorg een universeel recht. Gezond zijn is noodzakelijk voor ons normaal functioneren en bepaalt voor een groot deel onze kansen in het leven. De behoefte aan gezondheidszorg is overigens niet gelijk verdeeld de ene persoon heeft meer nood aan zorg dan een ander persoon en deze verschillen zijn te wijten aan genetische, sociale, psychische en economische variabelen (Denier, 2007).

Het recht op gezondheidszorg heeft echter zijn grenzen. Er is immers een schaarste aan middelen en de overheid heeft naast gezondheidszorg nog beleidsopdrachten waarin ze moet voorzien. De meningen over hoe gezondheidszorg kan begrensd worden of wat een adequaat niveau van gezondheidszorg is, lopen ver uiteen. Daarnaast wordt de vraag gesteld of individuen, die kunnen genieten van het recht op een adequaat niveau van gezondheidszorg, op hun beurt ook plichten hebben, met name de plicht om ongezond handelen te vermijden. In haar artikel over individuele verantwoordelijkheid en recht op gezondheidszorg gaat Yvonne Denier (2007) in op deze vragen. Naast een weergave van de argumenten pro en contra om individueel gedrag in rekening te brengen (vooral argumenten die het hebben over de mogelijke gevolgen van deze strategie), vermeldt ze ook enkele principiële (filosofische) bezwaren. Tijdens de hoorcolleges zullen deze argumenten en principiële bezwaren aan bod komen. De conclusie is duidelijk: individuele verantwoordelijkheid is een belangrijke waarde binnen een gezondheidsbeleid, maar een rechtvaardig beleid voorziet dat iedereen gelijke toegang heeft tot gezondheidszorg.

In de literatuur is er rond de thema's rechtvaardigheid en gelijke toegang in de gezondheidszorg veel werk verricht (Beauchamp & Childress, 1989). De inzichten die hier uit voortkomen, kunnen we in een handvol hoorcolleges niet behandelen, maar we zullen wel stilstaan bij één specifieke theorie rond sociale rechtvaardigheid, namelijk de 'Capabilities Approach'. Deze theorie werd ontwikkeld door de econoom en filosoof Amartya Sen en werd

later verder uitgewerkt door de filosofe Martha Nussbaum. Capabilities of mogelijkheden gaan verder dan 'recht hebben op'. Ze gaan niet enkel over waar mensen wel en geen recht op hebben, maar over de mogelijkheden van individuen om in hun leven doelen na te streven die zij waarderen (Nielsen, 2015). Voor de overheid houdt deze benadering een appel in om positieve verplichtingen op te nemen; ze moeten niet louter een recht voorzien, maar actief stappen ondernemen om te verzekeren dat individuen de mogelijkheid hebben om van dat recht te genieten.

Voor de toepassing van het concept 'capabilities' op gezondheid en gezondheidszorg zullen we tijdens de hoorcolleges beroep doen op de tekst van Prah Rugher over "Health Capability: Conceptualization and Operationalization" (2010).

Leerstof:

- Denier, Y. (2007). "Over individuele verantwoordelijkheid & het recht op gezondheidszorg." *Ethiek & Maatschappij* 8(2-3): 38-53.
- Prah Ruger, J. (2010). "Health Capability: Conceptualization and Operationalization." *Am J Public Health* 100(1): 41-49.
- Ppt



UNIVERSITEIT
GENT

5. GEZONDHEID, ETHIEK EN CULTUUR

Binnen dit thema bespreken we de samenhang tussen gezondheid, ethiek en cultuur. We staan voor de uitdaging om een gezondheidszorg te organiseren in een multiculturele samenleving waarin verschillende opvattingen over wat goed en slecht is voor iemands gezondheid met elkaar in aanraking komen. De Westerse geneeskunde en medische wetenschap, haar waarden en normen inclusief, lijken voor ons evident, maar worden niet universeel aangenomen als 'de waarheid' inzake gezondheidszorg. Het voorbeeld bij uitstek is de culturele praktijk van vrouwenbesnijdenis in al haar verschillende vormen. Vanuit onze invalshoek is dit een handeling die alle 'regels' van de gezondheidszorg en het gezond verstand tart. Het is immers een praktijk die schade toebrengt aan de mentale en fysieke gezondheid van duizenden meisjes in verschillende landen. Vanuit het Westen beschouwen we de besnijdenis als een gewelddadige praktijk die de vrouw onderdrukt. Vanuit de invalshoek van culturen die vrouwenbesnijdenis uitvoeren, kom je uit bij een tegengestelde opvatting. Voor hen is deze traditie sociaal significant: het is verbonden met hoe zij cultuur, schoonheid, gezondheid, persoonlijkheid, moraliteit en iemands plaats in de samenleving opvatten. De praktijk van vrouwenbesnijdenis is met andere woorden meer dan louter datgene dat wij met onze Westerse medische bril er van vinden (Bishop, 2004). Hoe kunnen we hiermee omgaan? Moeten we tolerant zijn voor de opvattingen en tradities van andere culturen? Sommigen menen dat er geen objectieve morele waarheden zijn en dat juist en fout meningen weerspiegelen, dewelke variëren van cultuur tot cultuur (Rachels & Rachels, 2012). Dit gedachtegoed wordt uitgedrukt met de term "cultureel relativisme". Een cultureel relativist meent dat er geen cultureel onafhankelijke standaard bestaat om te oordelen dat morele code X beter is dan morele code Y, dat de ene superieur is en de ander inferieur. Omdat een dergelijke standaard ontbreekt, moeten we volgens het cultureel relativisme tolerant zijn ten aanzien van opvattingen en handelingen van culturen die verschillend zijn van de onze, met andere woorden: we moeten respect opbrengen voor andermans tradities. De traditie is immers logisch binnen de eigen culturele context. Buitenstaanders begrijpen de context evenwel niet en zijn het oneens met de argumentatie. Het is moeilijk tot zelfs onmogelijk om elkaar rationeel te overtuigen, gezien het gaat om normatieve oordelen die vanuit een andere invalshoek geveld worden.

Is het wenselijk dat we tolerant zijn voor een praktijk als vrouwenbesnijdenis? Als tolerantie inhoudt dat je iets toelaat dat je eigenlijk moreel fout of ontoelaatbaar vindt, is het dan goed om tolerant te zijn (Horton, 1996)? Als we anderzijds een praktijk zoals vrouwenbesnijdenis moreel verwerpen en verbieden, leggen we dan onze standaard niet op aan anderen? Beide houdingen zijn ontreikend als we substantiële verandering willen. In het artikel "Modern Liberalism, Female Circumcision, and the Rationality of Traditions" maakt

Bishop (2004) een analyse van het fenomeen vrouwenbesnijdenis en bespreekt hoe we er mee om kunnen gaan zonder te vervallen in relativisme en zonder dat we onze eigen standaarden opleggen aan een andere cultuur. Vooraleer bepaalde praktijken kunnen verdwijnen, is het volgens de auteur noodzakelijk om de traditie zelf te transformeren. Dit proces, dat eigenlijk een morele verandering teweeg brengt, neemt uiteraard tijd in beslag, maar het doorlopen ervan zorgt er voor dat de traditie kan veranderen op een manier die acceptabel is voor diegenen die de traditie aanhangen. Met andere woorden: de gewijzigde normen worden geïntegreerd vanuit de traditie zelf. Ze is met andere woorden niet met dwang opgelegd vanuit een andere traditie. De integriteit van een cultuur en haar eigen morele constructies kan op deze manier behouden blijven. Tijdens de hoorcolleges gaan we hier dieper op in.

Leerstof:

- Jeffrey, P. B. (2004). "Modern Liberalism, Female Circumcision, and the Rationality of Traditions." *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine* 29(4): 473-497.
- Ppt



UNIVERSITEIT
GENT

6. BRONNENLIJST

- Abraham, J. (2010). Pharmaceuticalization of Society in Context: Theoretical, Empirical and Health Dimensions. *Sociology*, 44(4), 603–622. <https://doi.org/10.1177/0038038510369368>
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1989). *Principles of Biomedical Ethics* (Vol. 3rd edition). New York: Oxford University Press.
- Bell, S. E., & Figert, A. E. (2012). Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: Looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 75(5), 775–783. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.002>
- Bishop, J. P. (2004). Modern Liberalism, Female Circumcision, and the Rationality of Traditions. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 29(4), 473–497. <https://doi.org/10.1080/03605310490503560>
- Bostrom, N. (2003). Human Genetic Enhancements: A Transhumanist Perspective. *The Journal of Value Inquiry*, 37(4), 493–506. <https://doi.org/10.1023/B:INQU.0000019037.67783.d5>
- Buyx, A., & Prainsack, B. (2012). Lifestyle-related diseases and individual responsibility through the prism of solidarity. *Clinical Ethics*, 7(2), 79–85. <https://doi.org/10.1258/ce.2012.012008>
- Conrad, P. (1992). Medicalization and Social Control. *Annual Review of Sociology*, 18, 209–232.
- Conrad, P., & Leiter, V. (2004). Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158–176.
- Denier, Y. (2007). Over individuele verantwoordelijkheid en het recht op gezondheidszorg. *Ethiek en Maatschappij*, 8e jaargang(2 & 3), 38–53.
- Devisch, I. (2014). *Ziek van gezondheid: Voor elk probleem een pil?* (Tweede druk). Antwerpen: De Bezige Bij.
- Feiring, E. (2007). Lifestyle, responsibility and justice. *Journal of Medical Ethics*, 34(1), 33. <https://doi.org/10.1136/jme.2006.019067>
- Fox, N. J., & Ward, K. J. (2008). Pharma in the bedroom...and the kitchen... The pharmaceuticalisation of daily life. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), 856–868. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2008.01114.x>
- Galvin, R. (2002). Disturbing Notions of Chronic Illness and Individual Responsibility: Towards a Genealogy of Morals. *Health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 6(2), 107–137. <https://doi.org/10.1177/136345930200600201>
- Harris, J. (2007). *Enhancing Evolution: the ethical case for making better people*. Princeton University Press. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt7t8vz>
- Harris, J., & Chan, S. (2008). Understanding the ethics of genetic enhancement. *Gene Therapy*, 15, 338–339.
- Hauskeller, M. (2013). Human Nature from a Transhumanist Perspective. *Existenz*, 8(2), 64–69.
- Hofmann, B. (2016). Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 19(2), 253–264. <https://doi.org/10.1007/s11019-016-9693-6>
- Horton, J. (1996). Toleration as a Virtue. In *Toleration* (pp. 28–43). Princeton University Press. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/j.ctt7rttc.7>
- Hunt, M. (2007). Taking culture seriously: considerations for physiotherapists. *Physiotherapy*, 93(3), 229–232. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2007.01.007>

- Leichter, H. M. (2003). "Evil Habits" and "Personal Choices": Assigning Responsibility for Health in the 20th Century. *The Milbank Quarterly*, 81(4), 603–626. <https://doi.org/10.1046/j.0887-378X.2003.00296.x>
- Lupton, D. (1993). Risk as Moral Danger: The Social and Political Functions of Risk Discourse in Public Health. *International Journal of Health Services*, 23(3), 425–435. <https://doi.org/10.2190/16AY-E2GC-DFLD-51X2>
- McNamee, M. J., & Edwards, S. D. (2006). Transhumanism, medical technology and slippery slopes. *Journal of Medical Ethics*, 32(9), 513–518. <https://doi.org/10.1136/jme.2005.013789>
- Moynihan, R., Gotzsche, P. C., Heath, I., & Henry, D. (2002). Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ*, 324(7342), 886. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7342.886>
- Nielsen, L. (2015). Why Health Matters to Justice: A Capability Theory Perspective. *Ethical Theory and Moral Practice*, 18(2), 403–415. <https://doi.org/10.1007/s10677-014-9526-8>
- Prah Rugher, J. (2010). Health Capability: Conceptualization and Operationalization. *American Journal of Public Health*, 100(1), 41–49.
- Rachels, J., & Rachels, S. (2012). *The Elements of Moral Philosophy* (Vol. seventh edition). New York: McGraw-Hill.
- Tanumihardjo, S. A., Anderson, C., Kaufer-Horwitz, M., Bode, L., Emenaker, N. J., Haqq, A. M., ... Stadler, D. D. (2007). Poverty, Obesity, and Malnutrition: An International Perspective Recognizing the Paradox. *Journal of the American Dietetic Association*, 107(11), 1966–1972. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2007.08.007>
- Van Hoyweghen, I. (2014). Gezondheid als greencard voor een verzekering. In *Ziek van gezondheid: voor elk probleem een pil?* (tweede druk, pp. 53–74). Antwerpen: De Bezige Bij.
- Verhaeghe, P. (2013). Medicalisering van psychosociale problemen: een verdoken vorm van disciplineren. In *Ziek van gezondheid: Voor elk probleem een pil?* (Tweede druk, pp. 27–51). Antwerpen: De Bezige Bij.
- Welch, H. G., Schwartz, L. M., & Woloshin, S. (2011). *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Boston, Massachusetts: Beacon Press.
- Wikler, D. (2002). Personal and Social Responsibility for Health. *Ethics & International Affairs*, 16(2), 47–55. <https://doi.org/10.1111/j.1747-7093.2002.tb00396.x>