

NAAR EEN ETHISCH KADER VOOR GEZONDHEIDSPROMOTIE

*Hans Donckers*¹

1. Inleiding

Stel dat er een eenvoudige manier bestaat om het relationele geluk van een hele populatie te verhogen. Hebben we dan niet een pak goede redenen om dat te doen? Epidemiologisch onderzoek heeft immers al meermaals bevestigd dat een harmonieuze relatie een bijzonder positieve invloed heeft op iemands gezondheidstoestand. Welnu, het lijkt erop dat het amoureuze wondermiddel niet langer alleen een verzuchting is die de kop opsteekt in tijden van relationele wanhoop. Beate Ditzen, onderzoekster aan de Universiteit van Zurich, presenteerde in 2006 haar bevindingen inzake het effect van oxytocine, een hormoon dat onder andere wordt gebruikt voor het opwekken van wêeen, op de aanwezigheid in het lichaam van het stresshormoon cortisol. In een experiment diende Ditzen aan vijftientig heteroseksuele koppels oxytocine toe door middel van een neusspray. Wanneer deze koppels vervolgens werd gevraagd te discussiëren over een onderwerp waarover ze het vaak oneens zijn, dan bleken zij zich veel minder agressief te gedragen dan de koppels uit de controlegroep. (Ditzen et al 2006: 236)

Vanuit een strikt gezondheidsperspectief zou men kunnen oordelen dat het rationeel en mogelijks zelfs wenselijk is om ervoor te zorgen dat de gehele populatie de nodige hoeveelheden oxytocine binnenkrijgt, bijvoorbeeld door middel van apparaten op verschillende openbare plaatsen die de stof verstuiven. Het resultaat zal zijn dat de gezondheid van de populatie er op significante wijze op vooruit gaat en op de koop toe worden tal van andere problemen aangepakt. Zo zal een daling van het aantal scheidingen ertoe leiden dat er minder woningen en auto's nodig zijn, dat er minder uitkeringen moeten betaald worden, etc.

Wellicht zullen maar weinigen een dergelijke interventie steunen. Nochtans is het achterliggende principe niet zo uitzonderlijk. In veel, voornamelijk Angelsaksische, landen wordt er aan het leidingwater fluoride toegevoegd teneinde cariës te voorkomen.

Wat ik met het oxytocine-voorbeeld wil illustreren is dat er vanuit een enge gezondheidslogica bijzonder veel zaken zijn die zouden moeten aangepakt worden en dat het vaak ook relatief eenvoudig is om dat te realiseren. De voorgaande bijdragen in dit themanummer hebben echter aangetoond dat er enerzijds naast gezondheid ook heel wat andere waarden op het spel staan en anderzijds dat in het realiseren van legitieme gezondheidsdoelstellingen vaak uiterst bedenkelijke strategieën worden gehanteerd.

Het voorliggende artikel is een poging om op basis van de bestaande literatuur inzake ethiek van gezondheidspromotie te komen tot een aantal reflectievragen en richtlijnen. Deze zouden gezondheidswerkers in staat moeten stellen om te anticiperen op eventuele ethische valkuilen. De voorgestelde lijst van vragen en richtlijnen claimt echter in geen geval exhaustief te zijn. Ten eerste is het daarvoor nog te vroeg. Zowel gezond-

¹ De auteur is verbonden aan het Instituut voor Recht, Ethiek & Maatschappij van de Universiteit Gent.

heidspromotie als de ethische studie ervan zijn relatief jonge domeinen waarop nog heel wat braakliggend onderzoeksterrein ligt en waarin nog veel ervaring moet verworven worden.² Ten tweede mag een ethische analyse nooit definitief zijn. De samenleving verandert voortdurend zodat ook waarden en normen steeds aan een dynamiek onderhevig zijn.

2. De ethische aspecten van gezondheidsdoelstellingen

Het oxytocine-voorbeeld moet aangetoond hebben dat uit een epidemiologische ‘is’ niet zomaar een ‘ought’ kan afgeleid worden. Uiteraard is het goed om bij het formuleren van gezondheidsdoelstellingen zich te baseren op objectieve gegevens maar die gegevens op zich bieden geen antwoord op de vraag hoe de situatie er zou moeten uitzien. Elke doelstelling is, met andere woorden, steeds geworteld in een ideaalbeeld over hoe de samenleving er zou moeten uitzien. Dat is op zich niet verkeerd maar elk ideaalbeeld, hoe nobel het ook moge wezen, vraagt om een verantwoording.

Bestaat er een voldoende ruim maatschappelijk draagvlak voor de betreffende gezondheidsdoelstelling?

Gezondheidswerkers gaan er snel van uit dat gezondheid een universele waarde is en dat zij – tezamen met overheden en actoren op de diverse niveaus – de verantwoordelijkheid dragen die waarde te realiseren. Deze neiging kan vanuit twee perspectieven verklaard worden. Ten eerste zijn er de talrijke wetenschappelijke inzichten die de medische en paramedische praktijk schragen. Epidemiologen leveren voortdurend objectief materiaal dat niet zelden onrustwekkend is, de medische wetenschap heeft de voorbije decennia spectaculaire vorderingen gemaakt zowel wat verklaringen als wat therapieën betreft, sociologen komen steevast tot de vaststelling dat bepaalde bevolkingslagen geen toegang vinden tot de juiste medische zorgen en begeleiding etc. Het is uiteraard niet verwonderlijk dat al deze bevindingen gezondheidsbevorderaars doen besluiten dat op vlak van gezondheid de realiteit veraf staat van datgene wat heden haalbaar blijkt te zijn. Ten tweede is er ook een grote kloof tussen de realiteit en het ideaalbeeld dat door organisaties als de WHO en Unicef wordt verdedigd. De voorbije decennia is het concept gezondheid in zekere zin geëvolueerd van een descriptief naar een normatief idee. De vermelde organisaties – en samen met hen vele anderen – zijn er in geslaagd gezondheid als één van dé fundamentele mensenrechten op de politieke agenda te zetten. Een deel van de ontstaansgeschiedenis van gezondheidspromotie kan overigens aan de hand van dat rechtendiscours worden verteld.

Terloops dient opgemerkt dat heel wat bezwaren kunnen worden gemaakt bij het poneren van gezondheid als recht. Net zoals er eigenlijk geen recht kan bestaan op ‘intellectuele ontwikkeling’, laat staan op intelligentie, maar wel één op onderwijs en vorming,

² De laatste jaren hebben een aantal ethici pogingen ondernomen om de ethische onderzoeksagenda met betrekking tot ‘public health’ in het algemeen en gezondheidspromotie in het bijzonder op te stellen. Een aantal van de meest waardevolle aanzetten daartoe zijn die van Buchanan (2000), Kass (2001), Childress et al (2002) en Bayer & Fairchild (2004). Al deze werken zijn in meer of mindere mate een inspiratiebron geweest bij het schrijven van de voorliggende tekst.

zo zou het ook beter zijn te spreken van het recht op medische zorgen en ondersteuning in plaats van het recht op gezondheid.

Gezondheidsbevorderaars dragen echter een bijzondere verantwoordelijkheid in het vastleggen van gezondheidsdoelen. Zij bekleden namelijk vaak posities waarin zij een tastbare impact kunnen hebben op het beleid inzake gezondheid. Maar in tegenstelling tot het wetenschappelijk bedrijf dat registreert, en de ngo-wereld die bepaalde opvattingen en praktijken aan de kaak wil stellen, dient het beleid wel steeds rekening te houden met de heersende opinies binnen haar bevolking. Het uitvaardigen van maatregelen omdat die nu eenmaal wetenschappelijk zinvol of moreel wenselijk blijken te zijn leidt tot technocratie of theocratie en dus tot de ondergang van de democratie. Men kan met andere woorden niet eender welke gezondheidsdoelstelling formuleren zonder dat de publieke opinie daarin wordt gehoord.

Uiteraard impliceert dit niet dat de publieke opinie te allen tijde de beste regelgever is. Bovendien zal die publieke opinie zelden tot nooit eenstemmig zijn. Niet alleen koesteren mensen of groepen van mensen onderling zeer verschillende opvattingen over het goede leven en de plaats die gezondheid daarin inneemt, bovendien worden die opvattingen in grote mate bepaald door de concrete situaties waarin mensen zich bevinden en door de daaruit voortvloeiende noden en belangen. In een democratisch systeem betekent dat dan dat die belangen vaak in ongelijke mate zullen verdedigd worden. Bepaalde groepen hebben nu eenmaal, omwille van getal of positie, een grotere invloed op het beleid dan anderen. Gezondheidswerkers hebben in deze voor een stuk een democratiecompenserende verantwoordelijkheid, in die zin dat zij niet alleen of niet altijd de wil van de dominante stemmen moeten uitvoeren, ook al zijn die in de numerieke meerderheid. Zij moeten er evenzeer over waken dat de belangen van sociaal zwakkere groepen behartigd worden. Het zogeheten ‘mattheüseffect’ moet in deze context bijzondere aandacht krijgen. Verderop zullen we daar dieper op ingaan.

Het is natuurlijk zo dat het merendeel van de gezondheidspromotoren maar zelden effectief mee rond de tafel zit waar algemene gezondheidsdoelstellingen worden bepaald. Niettemin heeft de sector als geheel een impact – hoe groot of hoe klein die ook moge wezen – op beleidsbeslissingen en bijgevolg draagt zij als sector een niet te miskennen verantwoordelijkheid over die politieke agenda.

Richtlijnen:

- Maak gebruik van sociaal onderzoek naar waarden van mensen inzake hun gezondheid.
- Creëer fora waarop je doelgroep inspraak kan hebben.
- Wees alert voor de noden van (democratisch) kwetsbare groepen.
- Laat interventies waarvoor geen maatschappelijke consensus bestaat voorafgaan door sensibilisering.

Zitten er impliciet bepaalde waardeoordelen vervat de gezondheidsdoelstelling?

Elke gezondheidsdoelstelling houdt per definitie een waardeoordeel in. Dat is althans zo indien men de stelling aanvaardt die zegt dat gezondheid geen objectief gegeven is maar steeds draait om de waardering van een geheel van factoren. David Seedhouse (2004) onderscheidt twee mogelijke opvattingen van gezondheid die beide een radicaal

verschillende visie op gezondheidspromotie impliceren. De zogeheten *categorische gezondheidspromotie* vertrekt van de volgende premissen:

1. Gezondheid is een objectieve toestand.
2. Het is zowel praktisch als moreel goed om gedragingen te stellen die de gezondheid ten goede komen.
3. Gegeven 1 en 2 zouden gezondheidspromotoren in staat moeten zijn om te oordelen of een bepaalde praktijk categorisch goed dan wel categorisch slecht is voor de gezondheid.
4. Het is ethisch om gezondheid te bevorderen omdat gezondheid een universele waarde is.

Hypothetische gezondheidspromotie, de visie die Seedhouse zelf onderschrijft, wordt geschraagd door volgende aannamen:

1. Er is geen objectief ware opvatting van gezondheid
2. Alle categorische oordelen die stellen dat handeling A goed is voor de gezondheid, praktijk B slecht voor de gezondheid en zo verder, zijn niets meer dan logische extensies van onbewijsbare veronderstellingen over de aard van gezondheid.
3. Verschillende individuen en volkeren houden er verschillende opvattingen op na over hoe het best te leven. In het licht van die sociale realiteit zou het van een onredelijk imperialisme getuigen om alleen die gedragingen als werkelijk gezond te bestempelen die stroken met de gezondheidsopvatting van een particuliere gezondheidspromotor. (Seedhouse 2004, pp. xi-xiii)

Seedhouse' definitie van gezondheidspromotie is behoorlijk radicaal en doet denken aan de radicale postmoderne kritieken uit de jaren '70 van filosofen als Michel Foucault, Ivan Illich en, in ons eigen taalgebied, Hans Achterhuis en Abram de Swaan, op de medische en aanverwante instellingen. Echter, ook indien men er een meer gematigde opvatting op na houdt kan men er niet naast kijken dat er in de praktijk van gezondheidspromotie gewerkt wordt rond aspecten van gezondheid die niet onmiddellijk passen in de praktijk van de medische diagnostiek en die niet zomaar objectief als problematisch kunnen worden beschouwd.³ Denken we daarbij bijvoorbeeld aan preventie van zelfdoding of tienerzwangerschappen.

Wat zelfdoding betreft kan er geen eenduidig en sluitend antwoord gegeven worden op de vraag of het hier per definitie over een medische pathologie gaat dan wel dat zelfdoding ook een gevolg kan zijn van een redelijke en weloverwogen beslissing. De medische wetenschap is het er wel min of meer over eens dat suïcidaal gedrag in bepaalde gevallen als een symptoom van diverse (psychiatrische) pathologieën kan worden beschouwd, waarvan depressie wellicht het bekendste en meest voorkomende voorbeeld is. Er zijn evenwel ook gevallen denkbaar waarbij zelfdoding het gevolg is van bewuste keuze. Ik wil hier niet het proces van 'de zelfdoder' voeren en evenmin

³ Cf. Dennis Raphael (2000) Raphael volgt de analyse van Seedhouse maar stelt dat het hebben van waarden en zelfs het nastreven van bepaalde waarden in gezondheidsinterventies niet problematisch hoeft te zijn indien die waarden voldoende en expliciet worden gecommuniceerd.

heb ik de pretentie om wetenschappelijke verworvenheden in twijfel te trekken. Een kanttekening bij de overtuiging van vele wetenschappers, beleidsmakers en gezondheidsagogen dat zelfdoding voorkomen moet worden waar dat mogelijk is, is echter wel op zijn plaats. In een tijd waarin mensen steeds meer het leven en de dood kunnen en mogen bepalen hoeft het niet te verwonderen dat voor meer en meer mensen een definitieve controle over het leven een handelingsoptie wordt. Zeker in onze contreien is de aanvaarding van euthanasie en andere levensverkortende technieken bij het levenseinde de laatste jaren sterk gegroeid. Een belangrijke invloed is uitgegaan vanuit de medische praktijk en de publieke opinie daaromtrent. Vandaag zijn we in België zelfs zo ver dat de autonome beslissing van mensen, al dan niet voorafgaandelijk formeel geformuleerd, volstaat om het leven vroegtijdig te beëindigen. Dat dit vooralsnog enkel wettelijk toegestaan wordt in geval van uitzichtloos fysiek lijden is voor velen een onlogische en onterechte beperking van het recht. Echter, niet alleen de wet trekt die grens, ook verschillende dominante stemmen binnen de medische sector opperen dat andere argumenten dan dat uitzichtloze fysieke lijden levensverkorting niet kunnen legitimeren. Meer nog, door vele medici en paramedici wordt zelfdoding beschouwd als ‘ongezond gedrag’ waar een remedie voor gevonden moet worden.⁴ Het lijkt me niet geheel onterecht te stellen dat deze houding niet alleen wordt ingegeven door wetenschappelijke inzichten dienaangaande maar tevens door een arbitrair oordeel over welke motieven moreel aanvaardbaar zijn voor levensverkorting en welke niet. Daarnaast speelt waarschijnlijk ook de visie dat psychisch welzijn één van de fundamentele vormen van het goede leven een cruciale rol, een visie waarvan overigens kan gesteld worden dat deze niet geheel vrij is van enige morele ambiguïteit. Sommige critici betogen zelfs dat een dergelijke visie ultiem leidt tot de verplichting gelukkig te zijn.⁵ Met Beauchamp en Childress kunnen we ons afvragen of er wel zoiets bestaat als “a moral right to decide about the acceptability of suicide and to act unimpeded on their convictions. (Beauchamp & Childress 1994: 285) Er zullen heel wat gevallen zijn waarbij interventie gelegitimeerd is maar evenzeer zullen er gevallen zijn waarbij enige terughoudendheid en respect voor de autonome beslissing aangewezen zijn.

De les die uit deze korte analyse dient getrokken te worden is tweërlei. Vooreerst lopen gezondheidsbevorderaars het gevaar dat ze een bepaald fenomeen niet neutraal aanschouwen maar beoordelen vanuit een specifieke morele interpretatie van de zaken. Hierdoor wordt een correcte inschatting van de mate waarin het betreffende fenomeen een objectief probleem vormt voor de samenleving bemoeilijkt. Daarenboven leiden acties ter voorkoming van suïcide er mogelijk toe dat alle zelfdoders door de publieke opinie over dezelfde kam geschoren worden en er dus in de hoofden van de goegemeente geen plaats meer is voor de aanvaarding van zelfdoding als een weloverwogen en autonome daad.

Campagnes met betrekking tot tienerzwangerschappen, een domein waarop onder andere de Britse NHS de laatste jaren bijzonder actief is geweest, zijn in hetzelfde bedje ziek. Ongetwijfeld geldt voor heel wat tienermoeders dat de situatie waarin zij zich bevinden bezwaarlijk het resultaat kan genoemd worden van autonome, geïnformeerde en weloverwogen keuzes. Echter, nog minder dan in het geval van zelfdoding kan met betrekking tot tienerzwangerschappen gesteld worden dat het hier een zuiver gezond-

⁴ Cf. de Vlaamse gezondheidsdoelstellingen.

⁵ Cf. Pascal Bruckner, *L'euphorie perpétuelle. Essai sur le devoir de bonheur* (2000)

heidsprobleem betreft. Als tienerzwangerschappen (die niet het gevolg zijn van gedwongen seksuele handelingen) al een probleem vormen, dan heeft dat in de eerste plaats te maken met het feit dat jonge meisjes daardoor mogelijks maatschappelijke kansen ontlopen en, bijgevolg, dat hun kinderen eventueel niet de zorgen en de opvoeding zullen ontvangen waar ze nood aan hebben. Echter, indien een tienermeisje voldoende autonoom beslissingen kan nemen en sociaal en financieel ondersteund wordt waar nodig, dan hoeft er niet *per se* van een probleem gesproken te worden.

De les is dus andermaal dubbel. Vooreerst dienen gezondheidswerkers die zich laten inschakelen in de strijd tegen tienerzwangerschappen zich bewust te zijn van het feit dat ze meewerken aan een project dat voor een groot stuk een moraliserend project is. Daarenboven dienen ze te beseffen dat elke boodschap die ze uitsturen een bepaald moreel beeld zal creëren en dat de publieke opinie in haar beeldvorming wellicht onvoldoende onderscheid zal maken tussen tieners voor wie het ouderschap een zware last betekent enerzijds en tieners die goede en gelukkige ouders zijn anderzijds, met alle gevolgen qua sociale uitsluiting en stigmatisering van dien.

Gezondheidsdoelstellingen houden nog op een andere manier waardeoordelen in. Elke samenleving maakt namelijk een onderscheid tussen gezondheidsrisico's die ze aanvaardt en gezondheidsrisico's die ze veroordeelt. Uiteraard zijn er gezondheidsrisico's waarvoor mensen niet verantwoordelijk worden gesteld wanneer ze gebeuren in functie van het welzijn van anderen of van de gemeenschap. Denk hierbij aan brandweerlieden, politieagenten of toevallige voorbijgangers die een kanaal inspringen om een drenkeling te redden. Er zijn echter ook risico's die geen altruïstische grondslag hebben maar die we wel aanvaarden of zelfs belonen. Zo zetten vele topsporters of entertainers (stuntmannen, circusartiesten, etc.) vaak hun gezondheid en zelfs hun leven op het spel zonder dat de samenleving hen hiervoor berispt of hun vrijheid beknot. Dat is vanuit een gezondheidsperspectief zeker niet altijd correct. Immers, wat is het verschil tussen een topsporter die op een paar jaar tijd zijn lichaam uitput en iemand die een zittend en Bourgondisch leven leidt? Beiden stellen hun lichaam bloot aan risico's die op lange termijn hun gezondheid ernstig kunnen aantasten. Wat is het verschil tussen Dixie Dansercourt die met zijn expedities zijn gezondheid en zelfs zijn leven op het spel zet en een amateurskiër die af en toe de afgebakende pistes verlaat? Beiden lopen een grote kans op ernstige lichamelijke letsels maar de eerste wordt door de samenleving bejubeld, ook wanneer hij in de problemen geraakt en gered moet worden, terwijl de laatste veroordeeld zal worden voor roekeloos gedrag.

De samenleving zal altijd een arbitrair onderscheid maken tussen zij die het recht krijgen zich dwaas te gedragen⁶ en zij die dat niet mogen en wellicht zijn dergelijke opdelingen een cruciaal element van de sociale realiteit.⁷ Het behoort dan uiteraard ook niet tot de taken van een gezondheidspromotor om dit trachten te veranderen. Wel mag men van hem of haar verwachten zich in te spannen om overdreven culpabilisering van zij die zich 'onrechtmatig' aan risico's hebben blootgesteld te voorkomen.

Richtlijnen:

- Wees neutraal en objectief in het bepalen en formuleren van doelstellingen.
- Expliciteer en verantwoord de waarden die je hanteert.

⁶ Cf. Leichter. *Free to be foolish*. (1991)

⁷ Zie ook de bijdragen van Denier en van Van den Hoven in dit nummer.

- Schoenmaker, blijf bij je leest! Maak een onderscheid tussen ‘objectieve’ gezondheidsproblemen enerzijds en waardegeladen maatschappelijke issues anderzijds en beperk je tot de eerste categorie.

3. Morele overwegingen inzake de strategieën en de methodes van gezondheidspromotie

Beschikt men over de geïnformeerde instemming van de doelgroep of over een equivalent daarvan?

Hierboven werd reeds geargumenteed dat gezondheidsbevorderaars bij het formuleren van hun doelstellingen moeten nagaan of er een voldoende groot maatschappelijk draagvlak bestaat. Die vraag positief beantwoorden of oordelen dat de publieke opinie mag genegeerd worden in functie van de belangen van een bepaalde minderheid impliceert nog geen fiat voor het uitvoeren van eender welke interventie. Binnen de klassieke medische context wordt heden algemeen aanvaard dat een arts pas een handeling mag stellen na van de patiënt daarvoor de expliciete (of in bepaalde gevallen impliciete of voorafgaandelijk hypothetische) en geïnformeerde toestemming te hebben gekregen. De voorwaarde dat de toestemming geïnformeerd dient te zijn legt bij de arts de verantwoordelijkheid om de patiënt volledig en op begrijpelijke wijze te informeren over de aard en de mogelijke consequenties van de voorgestelde handeling.

Het arts-patiënt-model lijkt niet onmiddellijk toepasbaar op gezondheidspromotie. Enerzijds zijn er een aantal praktische problemen. Zo draait het in de context van gezondheidsbevordering niet om de relatie tussen twee rationele en competente individuen maar zijn er verschillende actoren actief (overheden die doelstellingen bepalen, gezondheidsbevorderaars die strategieën ontwikkelen en uitvoeren, al dan niet met de hulp van intermediairen, de doelgroep zelf waarvan de precieze samenstelling niet altijd geweten is, etc.) waardoor het niet eenvoudig is aan te duiden wie verantwoordelijkheid draagt waarvoor, en wie er toestemming dient te geven. Daarenboven is het contact tussen de uitvoerders en de doelgroep zelden direct, wat zowel het verstrekken van informatie als het te kennen geven van de instemming bemoeilijkt.

Anderzijds lijken ook de risico's op onomkeerbare fysieke schade veel minder groot dan bij klassieke medische ingrepen. Geïnformeerde instemming heeft echter niet alleen tot doel een veiligheid in te bouwen tegen mogelijke schade. Gezondheidspromotie beoogt – idealiter of althans in theorie – zowel de verandering van de externe omgeving als van het gedrag en de attitudes van de doelgroep. Als die intentie gerealiseerd wordt – en dat is vaak niet zo zeker, cf. infra – dan kan gesproken worden van een niet-schadelijke maar wel ingrijpende interventie en dat is niet zonder meer gelegitimeerd indien de personen die eraan onderworpen werden daarvoor geen instemming gegeven hebben.

Over het omzeilen van de praktische hindernissen die het bereiken van geïnformeerde instemming in de context van gezondheidspromotie in de weg staan zullen we het verderop in deze paragraaf hebben maar eerst dient beargumenteed te worden waarom ook de ‘lichte ingrepen’ van gezondheidspromotie voldoende moreel precair zijn om geïnformeerde toestemming te eisen. De bovenstaande ethische analyses, alsook deze die

nog zullen volgen, tonen wellicht voldoende aan dat zowel de theorie als de praktijk van het bevorderen van gezondheid tal van morele pijnpunten in zich dragen. Het geven van richtlijnen zal evenwel niet volstaan om op al die valkuilen te anticiperen en ze definitief te dichten. Als het al mogelijk zou zijn om steeds een perfect zicht te krijgen op de volledige morele inzet van een interventie, dan zal het vrijwel altijd onmogelijk zijn om voor elk van die problemen een oplossing te vinden. Eventueel kunnen wel de scherpe kanten wat bijgevoeld worden maar een volledige uitroeiing van de ethische doorns zal zelden mogelijk blijken. Een interventie vraagt immers hoe dan ook offers en lasten (cf. infra). En zelfs zonder de hier beschreven ethische valkuilen stelt zich met betrekking van gezondheids promotie een moreel probleem. Het feit *op zich* dat er wordt geïnterveneerd is voor kritiek vatbaar. Hulpverlening die zichzelf initieert in plaats van een antwoord te zijn op een hulpvraag kan weliswaar getuigen van nobele welwillendheid maar kan evenzeer een teken zijn van betweterigheid, bemoeizucht of paternalisme. In het beste geval is gezondheids promotie een antwoord op een impliciete hulpvraag, op een probleem dat de samenleving of een groep individuen bezighoudt en waarvoor ze niet onmiddellijk haalbare uitwegen zien. In vele andere gevallen, echter, is gezondheids promotie een actie die volgt op het oordeel van een selecte groep van mensen over het wel en wee van een grote groep anderen. Vele lezers zullen kunnen getuigen dat opgedrongen hulp ronduit ergerlijk kan zijn, zeker wanneer die afkomstig is van mensen of partijen waarmee mee geen directe (gekozen) relaties worden onderhouden. Natuurlijk komt zulks bijzonder vaak voor in onze samenleving, zeker wat betreft overheidsinterventies. Denk maar aan de verplichte ziekteverzekering, vaccinatie tegen polio, etc. Maar dat feitelijk voorkomen vormt geenszins een legitimering. Ook soortgelijke praktijken uit andere sectoren of domeinen kunnen – en moeten – aan een ethische analyse onderworpen worden. Hooguit kunnen de conclusies van dergelijke analyses als referentiekader gebruikt worden bij de ethische doorlichting van gezondheids promotie.

Niet iedereen is ervan overtuigd dat in de context van gezondheids promotie, of van *public health* in het algemeen, geïnformeerde instemming nodig is.⁸ Verdedigers van een zorgethiek en bepaalde stromingen binnen de feministische ethiek opperen dat het hedendaagse, dominante ethische en politieke denken teveel nadruk legt op de individuele vrijheid.⁹ Tegenover dit liberalisme met haar vrije rechtssubjecten verdedigen zij een samenleving die bestaat uit interdependenties, een gemeenschap van mensen die wederzijds afhankelijk zijn van elkaar, zowel voor de bevrediging van hun noden en verlangens als voor de ontwikkeling van hun ik-zijn. Voor zorgethici is het vrije en autonome ‘ik’ van de liberalen een miskenning van de sociale realiteit, een miskenning die bovendien leidt tot het inruilen van de ‘gemeenschap’ voor een losse verzameling van egoïstische, idiosyncratische individuen.

Een groot deel van deze kritiek op het hedendaagse liberale denken is terecht. Het klopt echter niet dat de verdediging van het principe van de geïnformeerde instemming noodzakelijkerwijze gefundeerd is in de liberale ideologie. Ook zorgethici hebben mijns inziens nood aan een principe van geïnformeerde instemming, meer dan ze zelf geloven. Een extreme navolging van de beginselen van de zorgethiek – en extremisme is een gevaar dat vervat zit in iedere moraal filosofie – zou namelijk uitmonden in een situatie

⁸ Zie hierover ook de bijdrage van Niels Nijsingh in dit nummer.

⁹ Cf. o.a. Onora O’Neill (2002 en 2004).

van uiterste bemoeizucht en verregaande beknotting van de vrijheid van mensen. Zorg-ethiek ten top gedreven is zoals de overbezorgde moeder die haar volwassen kind geen centimeter ruimte laat om zijn eigen leven – met veel vallen en opstaan – vorm te geven. Een zorgethiek is dan ook maar ‘ethisch’ indien ze aan haar uitgangspunten enige restricties koppelt. Verderop zullen we trouwens zien dat ook het ideaal van de individuele vrijheid niet houdbaar blijft indien er geen beperkende of compenserende clausules in de theorie worden ingeschreven.

Dan rest ons nog de vraag of de geijkte vormen van geïnformeerde instemming uit de klassieke medische ethiek wel haalbaar zijn binnen de context van gezondheids promotie. Zoals reeds kort aangehaald, is het niet altijd mogelijk de relevante actoren binnen een interventie (aanstuurders, uitvoerders en ontvangers) precies aan te duiden. Het zou dan ook niet correct zijn om van gezondheidsbevorderaars te verwachten dat zij voor elk lid van hun doelgroep over een geïnformeerde, autonome instemming beschikken. Het is wellicht wel mogelijk om een aantal procedures en principes te omschrijven die als equivalent voor de geïnformeerde instemming kunnen gelden. Cruciaal daarbij blijft de informatieverstrekking. Elke interventie moet een luik omvatten waarin op bevattelijke manier wordt gecommuniceerd waarom een actie wordt ondernomen, hoe die actie er concreet zal uitzien en welke de te verwachten kosten en baten zijn voor de doelgroep. De wijze van informeren zal uiteraard verschillen naargelang de aard van de interventie. Bij het werken met kleine risicogroepen of gemeenschappen waarvan de individuele leden min of meer gekend zijn is rechtstreekse communicatie in vele gevallen haalbaar. Bij populatiegerichte interventies, die veelal via de massamedia worden uitgevoerd, is dat uiteraard onmogelijk. In die gevallen is het aangewezen om aan de interventie een doordachte informatie- sensibiliseringscampagne te koppelen.

Wat de instemming zelf betreft zou het naïef zijn te geloven dat campagnes die door de democratische instellingen worden geïnitieerd per definitie de wil van de burgers weer geven. Ten eerste is er bij democratische besluitvorming bijna per definitie een minderheid wiens opinie niet wordt gerespecteerd en ten tweede is er in ons systeem van indirecte democratie altijd een grote kloof tussen het gewenste beleid zoals dat door de kiesgerechtigden wordt opgevat en het feitelijke beleid. Daarom zal er gestreefd moeten worden naar raadpleging van de doelgroep op alle niveaus. Dat kan gerealiseerd worden door middel van sociaal onderzoek naar de waarden en normen van mensen, het inschakelen van intermediairen of *peers*, het werken met lokale overlegorganen of nog andere methoden. Dergelijke raadplegingen zullen in vele gevallen te beperkt zijn om van expliciete instemming te kunnen spreken. Men kan dit tekort proberen op te vangen door de interventie zo te organiseren dat er enerzijds een redelijke zekerheid bestaat over de effectiviteit van de informatiecampagne en dat er anderzijds met betrekking tot de concrete acties altijd de mogelijkheid bestaat om niet deel te nemen. Met enige voorzichtigheid kan men er namelijk van uit gaan dat iemand die volledig werd geïnformeerd en ingaat op het aanbod hiermee eigenlijk impliciet zijn toestemming heeft verleend, ook al werd die niet expliciet mondeling of schriftelijk gegeven.

In sommige gevallen zal dwang noodzakelijk zijn om de interventie te doen slagen en sommige interventies zijn zelfs dermate cruciaal voor de samenleving dat ze moeten slagen. Denk daarbij aan vaccinatieprogramma's die het enige middel zijn om de ‘kudde-immuniteit’ (bijvoorbeeld tegen polio) te garanderen. Indien dwang de aangewezen manier van handelen blijkt is het noodzakelijk dat dit gejustificeerd wordt, dat burgers

uitvoerig wordt ingelicht over de potentiële risico's van niet volledige vaccinatie van de bevolking.

Richtlijnen:

- Tracht je doelgroep correct en begrijpelijk te informeren over het doel en de potentiële lasten van de interventie.
- Omschrijf duidelijk wie de actoren zijn.
- Streef naar expliciete of impliciete instemming.
- Als 'dwang' nodig is, justificeer dat dan.
- Indien dat niet mogelijk blijkt, ga dan op zoek naar equivalenten: buurtoverleg, overleg met intermediairen, raadplegen van peers of vertegenwoordigers, etc.

Heeft men een correct zich op de potentiële lasten voor de doelgroep en kunnen die worden gelegitimeerd?

Elke interventie levert onvermijdelijk bepaalde lasten en ongemakken op. Hoezeer gezondheidspromotoren ook overtuigd mogen zijn van de baten die een interventie mogelijk kan opleveren, men mag nooit nalaten na te gaan in welke mate het halen van de doelstellingen bepaalde offers en inspanningen vergt van de doelgroep. Weliswaar kan door middel van geïnformeerde instemming – als die al te realiseren valt binnen de context van een specifieke interventie – het beslissingsrecht inzake het al dan niet ondergaan van die lasten bij de doelgroep worden gelegd maar het is tevens van groot belang dat een gezondheidswerker ook zelf en op voorhand tracht in te schatten of de potentiële lasten wel opwegen tegen de vooropgestelde gezondheidsuitkomst. Deze noodzaak kan gestaafd worden aan de hand van twee argumenten. Ten eerste dient het denk- en handelingskader van een gezondheidswerker, los van zijn contacten met de doelgroep, ruimer te zijn dan de zuivere gezondheidscontext. Zoals supra reeds werd geopperd, mag gezondheid niet als doel op zich worden beschouwd. Een toestand van gezondheid, hoe ruim of hoe eng die ook mag opgevat worden, dient steeds te worden beschouwd als een middel dat mensen moet toelaten – tot op zekere hoogte – het leven te leiden dat ze wensen te leiden. Wanneer gezondheid als middel wordt opgevat, wordt ook de kans kleiner dat een gezonde toestand verwordt tot een normatief ideaalbeeld.¹⁰ Ten tweede dienen gezondheidspromotoren zich ook bewust te zijn van het feit dat mensen zelden een volledig zicht hebben op potentiële lasten, laat staan dat ze altijd voldoende kunnen inschatten wat hun draagkracht is met betrekking tot die lasten. Dit lijkt op het eerste zicht een paternalistisch argument. Er wordt namelijk gesteld dat gezondheidsagogen beslissingen dienen te nemen in functie van het welzijn van hun doelgroep, zonder daarbij die doelgroep te consulteren. Die paternalismekritiek gaat echter niet helemaal op. De kritiek heeft namelijk vooral betrekking op het al of niet initiëren van een interventie. Op dat niveau dient overwogen te worden of een interventie voldoende kan gerechtvaardigd worden en aan welke procedurele vereisten deze moet voldoen.

¹⁰ Het lijkt me zinvol om tegen deze achtergrond de *capability approach* van Amartya Sen te analyseren. Sens theorie, die onder meer door de Verenigde Naties is overgenomen in het kader haar *Human Development Program*, stelt dat het inzake rechtvaardigheid niet zozeer van belang is wat mensen hebben of wat ze uiteindelijk zijn of doen dan wel wat ze *kunnen* zijn of doen. Een *capability* duidt dan op het vermogen om bepaalde toestanden (*functionings*) te bereiken waarvan aangenomen kan worden dat ze voor de meeste mensen waarde hebben, met dien verstande dat het al of niet bereiken van die toestanden een resultaat moet zijn van de vrijwillige keuze van het individu.

Eens er werd beslist dat het legitiem is de interventie uit te voeren, al dan niet onder bepaalde voorwaarden, dan zijn er (nog) andere morele issues aan de orde. De morele inzet binnen de onderhavige context heeft betrekking op het principe van *non-maleficence*. Dit principe stelt dat een gezondheidsactor te allen tijde moet vermijden kwaad te berokkenen aan het subject van zijn handelen (een individu, een groep van individuen of een gemeenschap). Concreet wil dit dus zeggen dat hij of zij moet nagaan welke lasten er mogelijks gepaard gaan met de interventie, of deze vermijdbaar zijn en of er alternatieve, minder ingrijpende acties beschikbaar zijn. Als blijkt dat die lasten een noodzakelijk kwaad vormen, dan dient vervolgens nagegaan te worden of het halen van de vooropgestelde doelstelling voldoende opweegt tegen de lasten die onderweg of naderhand ervan de prijs uitmaken. Het gaat hier uiteraard niet om een calculus die tot een vaste mathematische uitkomst leidt. Elke gezondheidsdoelstelling is maar waardevol vanuit een bepaalde interpretatie en waardering van de werkelijkheid. Desalniettemin lijkt het me mogelijk om met een breed vizier op de sociale en fysieke realiteit – waarbij dus het strikte gezondheidsperspectief wordt verlaten – en door middel van een *common sense* houding in te schatten naar welke kant de balans tussen lasten en lusten zal doorwegen. Een gezondheidswerker lijkt me te kunnen volstaan met deze algemene inschatting, de ultieme beslissing (en de beslissingsverantwoordelijkheid!) ligt bij de doelgroep. Dat die beslissing pas een autonome beslissing wordt indien die doelgroep over correcte en volledige informatie inzake de interventie beschikt moet wellicht niet opnieuw beargumenteerd te worden.

Potentiële lasten hebben niet alleen te maken met de opofferingen of inspanningen die worden verwacht van participanten aan een interventie. Ook het geven van informatie kan een bijkomende last veroorzaken. Mensen die niet vertrouwd zijn met epidemiologische data – zoals de meesten onder ons – kunnen de cijfers inzake gezondheidsrisico's bijzonder moeilijk correct interpreteren. (Guttman & Salmon 2004) Een onderschatting van de risico's is vanuit ene gezondheidsperspectief uiteraard nefast maar in bepaalde gevallen worden risico's ook groter ingeschat dan ze in werkelijkheid zijn. Zo heeft onderzoek in de Verenigde Staten naar de overtuigingen van mensen inzake gezondheidsrisico's ten gevolge van roken aangetoond dat mensen die risico's vaak schromelijk overschatten. (Seedhouse 2004: 68) Uit nader onderzoek bleek dat, indien mensen over de juiste informatie zouden beschikken, er zo'n 8% meer rokers zouden zijn. Vanuit het standpunt van gezondheids promotie betekent het feit dat die 8% niet rookt een succes maar men kan zich morele vragen stellen bij de situatie. Wanneer bijvoorbeeld zou blijken dat heel wat mensen onterecht geloven dat het drinkwater in een bepaalde streek ongezond is vice versa, of wanneer een grote groep consumenten onterecht gelooft dat een bepaald product hen zal doen afslanken, dan zullen heel wat actoren in de samenleving, inclusief de overheid, dergelijke toestanden willen rechtzetten. Gezondheidsbevorderaars dragen dan ook een bijzondere verantwoordelijkheid inzake het correct informeren van mensen wat de risico's van bepaalde gedragingen betreft. Het correct informeren zal dan in vele gevallen betekenen dat men zich niet mag beperken tot het louter geven van cijfers. Voldoende 'hulp' bij de interpretatie ervan is minstens even cruciaal.

Richtlijnen:

- Ga steeds op zoek naar een aantal alternatieven voor je interventie en weeg ze af met betrekking tot hun impact.

- Maak een *realistische* balans op tussen kosten en baten.
- Opteer voor de minst ingrijpende variant.

Bestaat er voldoende evidentie inzake de effectiviteit van de interventie?

We leven in een periode waarin handelingen allerlei afgerekend worden op basis van hun effectiviteit en publieke sectoren die hun doelmatigheid niet met harde cijfers kunnen aantonen, waarvan gezondheidspromotie er zeker één is, krijgen het zwaar te verduren. Er kunnen heel wat vragen gesteld worden bij die ‘effectiviteitsobsessie’ maar een deel van de vraag naar doelmatigheid is zeker terecht, ook vanuit ethisch standpunt. Zeker indien interventies aan de orde zijn die een niet te verwaarlozen ‘last’ op de schouders van de doelgroep leggen is de effectiviteitsvraag relevant. Immers, indien de interventie slechts een verwaarloosbaar effect genereert dan heeft de last geen enkele winst opgeleverd en was hij dus gratis. Een dergelijke uitkomst is moreel onaanvaardbaar. Daarnaast mag van een gezondheidspromotor ook verwacht worden dat hij de gemeenschapsgelden zo optimaal mogelijk benut. Het opzetten van grootse en dure campagnes die uiteindelijk weinig resultaat opleveren is niet alleen behoorlijk inefficiënt maar betekent ook een verspilling van schaarse gemeenschapsmiddelen. Gezondheidspromotoren zullen dan ook de nodige inspanningen moeten leveren om de werkzaamheid van hun acties aan te tonen. Echter, zelfs al zijn er bepaalde positieve (gewenste) veranderingen waarneembaar, dan rest nog de vraag of de betreffende interventie daar wel een significante rol in heeft gespeeld. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat een verandering niet zozeer het gevolg is van een specifieke interventie dan wel van een reeds bestaande maatschappelijke evolutie. Zo zou het bijvoorbeeld zinvol zijn om na te gaan – voor zover dat mogelijk is – in hoeverre de huidige afname op vlak van tabaksgebruik daadwerkelijk een gevolg is van recente tabakspreventie-initiatieven of dat die afname eerder een gevolg is van een spontaan (niet-overheidsgestuurd) proces van verschuivende attitudes ten aanzien van roken.

Het dient opgemerkt dat de effectiviteitseisen met betrekking tot gezondheidspromotie nooit zo rigide kunnen worden gesteld als in sectoren die meer aanleunen bij de exacte medische wetenschappen, zoals bijvoorbeeld vaccinatieprogramma’s. Gezondheidspromotie beweegt zich op een terrein dat zowel beïnvloed wordt door de medische als door de humane wetenschappen. Kenmerkend aan de laatste categorie is dat zuiver experimenteel onderzoek onmogelijk is, zowel omwille van de veelheid en complexiteit van de relevante variabelen als omwille van ethische restricties. De sector van de gezondheidspromotie moet dus eigen criteria ontwikkelen die toelaten interventies van elkaar te onderscheiden op basis van doelmatigheid en doeltreffendheid.¹¹

Richtlijnen:

- Maak gebruik van methoden die hun doeltreffendheid hebben bewezen. Laat effectiviteit opwegen tegen creativiteit.
- Wees eerlijk in je communicatie over de kansen op een positief effect.

¹¹ Cf. o.a. Nutbeam (1998 en 2004).

4. Morele dilemma's in het kiezen van een doelgroep

Is de interventie gericht op populaties of op een groep individuen?

De keuze voor een populatie- dan wel een subgroepgerichte benadering is in eerste instantie een strategische kwestie die afhangt van de aard en de haalbaarheid van de vooropgestelde gezondheidsdoelstelling en vormt dus op het eerste zicht geen moreel probleem. Toch liggen ook hier een aantal ethische addertjes verscholen onder het gras. Ten eerste opperen sommige critici dat het werken met focus- of risicogroepen het gevaar op stigmatisering inhoudt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de significant hogere risico's op HIV-besmetting die homoseksuelen, prostituees en intraveneuze druggebruikers lopen. Vanuit strategische overwegingen valt er heel wat te zeggen voor een specifieke aanpak ten aanzien van deze risico's. De homobeweging heeft evenwel in het verleden aangeklaagd dat zo'n specifieke aanpak mede heeft geleid tot de labelling van homo's als HIV-verspreiders.

Het kiezen voor een populatiegerichte benadering kan ook verantwoord worden vanuit strategische overwegingen. Wanneer bijvoorbeeld een HIV-test een meer algemene praktijk wordt, of wanneer zulks wordt gestimuleerd, dan is de kans ook groter dat mensen minder geremd zullen zijn in het ondergaan van de test. Indien daarentegen een HIV-test steeds wordt geassocieerd met bepaalde risicogroepen dan zullen de leden van die groep mogelijk zeer weigerachtig tegenover de test staan, niet alleen omwille van het gevaar op stigmatisering maar tevens omwille van de bijzondere nadruk die wordt gelegd op het feit dat ze een beduidend hogere kans lopen om positief getest te worden. De angst voor de diagnose en voor de sociale gevolgen van dien zou mensen wel eens voor de 'veilige' onzekerheid kunnen doen kiezen.

Een moreel minder problematische benadering bestaat in een focus op risico-gedrag in plaats van op risico-groepen. Hierdoor legt men de nadruk op de ongezonde oorzaak zonder daar onmiddellijk een bepaalde categorie van mensen aan te koppelen. Men mag evenwel niet naïef zijn. Indien bepaalde groepen onderscheiden kunnen worden waarbinnen specifiek risicogedrag beduidend vaker voorkomt, dan is een groepsgerichte benadering aangewezen. Het alternatief bestaat namelijk ofwel in het verspillen van geld aan campagnes die gericht zijn op mensen die door hun gedrag slechts een verwaarloosbaar risico lopen ofwel in een campagne die te algemeen is in haar benadering zodat de boodschap niet toekomt bij de groep die er het meeste baat bij zou hebben.

Er is met andere woorden een afweging nodig tussen effectiviteitsargumenten enerzijds en overwegingen inzake mogelijke stigmatisering en labelling anderzijds.

Ten tweede resulteert een populatiegerichte benadering in een probleem dat sinds de befaamde publicatie van Geoffrey Rose uit 1981 niet meer kan genegeerd worden. Rose beschrijft in zijn artikel de zogeheten 'preventieparadox' die stelt dat in functie van een hoge effectiviteit massa-aandoeningen best aangepakt worden door middel van massastrategieën maar dat een deelname eraan door individuen hen geen enkele garantie biedt dat ze van de ziekte gevrijwaard zullen blijven. "[A] measure that brings large benefits to the community offers little to each participating individual." (Rose 1981: 1850) Het inzicht van Rose impliceert met andere woorden dat gezondheidspromotoren haast niet anders kunnen dan een enigszins misleidende boodschap uit te sturen. Voor het welslagen van een interventie is het van kardinaal

belang dat zoveel mogelijk individuen participeren maar elk individu apart kan geen enkele garantie gegeven worden op een persoonlijke verbetering.

Men kan zich dan de vraag stellen of er zoiets bestaat als het ‘recht op een effect’ voor individuen die participeren aan een interventie – een vraag die overigens ook relevant is in de context van de effectiviteitskwesitie. Deze vraag toont zeer goed het spanningsveld aan dat er bestaat tussen enerzijds de geldende principes binnen de klassieke medische ethiek en anderzijds de logica van politiek beleid. Binnen de één-op-één relatie tussen de arts en de patiënt zou een interventie die geen enkel positief effect oplevert voor de patiënt ontoelaatbaar zijn, tenzij vooraf door de arts duidelijk werd gemaakt dat de kans op slagen van de therapie onzeker is. Vanuit het macro-perspectief van overheidsbeleid staat echter in principe niet het individu centraal maar wel het collectief belang of de gezamenlijke belangen van een grote groep individuen. Dat perspectief bekommert zich dus niet om hoe het met welbepaalde individuen is gesteld maar draait wezenlijk rond het creëren van een rechtvaardige samenleving. Het is dan ook onterecht om in die context zich te focussen op de rechten van geïsoleerde individuen. Wel kan verondersteld worden dat beleidsmakers er alles aan zullen doen om zo inclusief mogelijk te werken. Van gezondheidsbevorderaars mag eveneens verwacht worden dat ze inclusiviteit nastreven en daarnaast kunnen zij op de mogelijke teleurstelling van de individuele deelnemer anticiperen door expliciet en duidelijk te communiceren dat er geen honderd procent zekerheid bestaat dat deelname aan een interventie ook effect sorteert.

Richtlijnen:

- Vermijd mensen te betrekken voor wie dat niet nodig is of voor wie weinig impact mag verwacht worden.
- Heb oog voor maatschappelijke sensibilisering rond stigma’s omtrent bepaalde risicogroepen.
- Tracht bij interventies voor risicogroepen
 1. positief te werken (empowerment)
 2. te focussen op gedrag i.p.v. groepen
 3. taboes te doorbreken.

Wordt in de interventie voldoende respect getoond voor de eigenheid van de doelgroep?

Een bepaalde doelgroep wordt niet alleen gekenmerkt door specifiek risicogedrag. Gedragingen zijn altijd ingebed in een sociale dynamiek. Handelingen worden maar gesteld omdat ze een welbepaalde en relevante betekeniswaarde hebben in de sociale realiteit.¹² Ook risicovol of problematisch gedrag dient steeds begrepen te worden tegen de achtergrond van die werkelijkheid. Het zou met andere woorden zowel naïef als arrogant zijn ernaar te streven een bepaalde categorie van handelen te willen veranderen of te elimineren. Denk hierbij aan de sociale betekenis van roken. Het roken van een sigaret is voor vele tabaksgebruikers bij uitstek een sociaal gebeuren dat niet zomaar van de ene dag op de andere kan vervangen worden. In bepaalde culturen is het samen roken en het delen van sigaretten een wezenlijk symbool van beleefdheid en solidariteit. Voor vele jongeren staan sigaretten symbool voor ontvoogding, rebellie of zelfs sociale inte-

¹² Zie hierover ook Guttman 1997 en de bijdrage van Kessler en Van den Hoven in dit nummer.

gratie. Een ander typevoorbeeld van de sociale betekenis van handelingen is seksualiteit. In bepaalde culturen is polygamie een maatschappelijke institutie, bij andere volkeren vormen seksuele activiteiten het fundament waarop mannen hun eigenwaarde bouwen en weer andere culturen beschouwen elke vorm van seksuele bescherming een inbreuk tegen de goddelijke natuur. Wanneer men al deze voorbeelden bekijkt met een gezondheidsbril is interventie zonder meer gerechtvaardigd maar het respect voor de eigenheid van culturen en subculturen is in veel gevallen minstens even belangrijk als de – welgemeende – medische bekommernis.

Richtlijnen:

- Tracht een correct beeld te krijgen van de waarden, normen, beperkingen en gewoontes van de doelgroep.
- Vermijd gedragingen te stimuleren die het zelfbeeld van de leden van de doelgroep negatief beïnvloeden.
- Vermijd interventies die het sociale weefsel binnen je doelgroep aantasten zonder een haalbaar alternatief aan te bieden.

Beschikt de beoogde doelgroep over voldoende middelen en mogelijkheden om gebruik te maken van het gepresenteerde aanbod?

De hierboven beschreven voorwaarden inzake lasten en de eigenheid van de doelgroep moeten reeds voor een stuk vermijden dat deelname aan interventies geen haalbare kaart blijkt voor de beoogde doelgroep. Voldoende respect hebben en tegelijk inspelen op de karakteristieken van de doelgroep moet ervoor zorgen dat een interventie de doelgroep bereikt zonder deze te beledigen of morele schade toe te brengen. Het afwegen van de potentiële lasten moet een garantie bieden tegen een al te hoge ‘kostprijs’ voor de vooropgestelde baten. Er zit echter nog een potentiële weerhaak aan het werken met specifieke doelgroepen. Het gevaar loert namelijk dat de interventie bepaalde gedragingen van de geviseerde doelgroep vereist die voor hen niet of slechts in beperkte mate mogelijk zijn.

Het vermogen om in de sociale en culturele realiteit welbepaalde handelingen te stellen varieert uiteraard naargelang de sociale groep waarin iemand zich bevindt. Het is dan ook geenszins ondenkbaar dat een strategie geen effect sorteert bij de beoogde doelgroep maar dat er tegelijk wel gretig op ingegaan wordt door een andere groep, één die eventueel niet beoogd werd, en alzo bestaande ongelijkheden bestendigt of zelfs nog vergroot.

De praktijk van de gezondheids promotie heeft zich van bij haar ontstaan ingeschreven in de strijd tegen ongelijkheden op vlak van gezondheid. Meer nog, gezondheids promotie wordt door velen beschouwd als hét wapen in de strijd tegen die ongelijkheid. Beweren dat gezondheids promotie mogelijks bestaande ongelijkheden bestendigt lijkt dan op het eerste zicht ook een contradictie. Toch kan ook gezondheids promotie ongewild bijdragen aan het mattheüseffect. De theorie van het mattheüseffect, ontwikkeld door wijlen Herman Deleeck, beschrijft hoe maatregelen voor herverdeling niet altijd ten goede komen van hen die er het slechtst aan toe zijn maar, integendeel, van de groep wiens lot al langer veilig werd gesteld. Dat impliceert dus dat de kloof tussen arm en rijk veeleer bestendigt of zelfs vergroot wordt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan kinderbijslag. Het zijn de kinderen van de midden- en hogere klassen die het langst naar school gaan en aldus hun ouders meer kindergeld bezorgen. Ook het systeem van socia-

le leningen is onderhevig aan dit fenomeen. Jonge hoger opgeleiden hebben als schoolverlater vaak recht op een sociale lening (of woning) en vinden makkelijker hun weg in het administratieve doolhof dat de toekenning voorafgaat dan lager opgeleiden. Deze laatste groep is vaak niet vertrouwd met de omgangsculturen van de bevoegde diensten of vindt eenvoudigweg niet de juiste informatie zodat ze niet altijd datgene claimen waar ze recht op hebben. Meer nog, in vele gevallen laten lager opgeleiden zich in een situatie van acute geldnood makkelijker verleiden tot leningen met ongemeen hoge interestvoeten die worden aangeboden door malafide kredietverstrekkers allerhande.

Analoge fenomenen kunnen zich voordoen met betrekking tot gezondheidspromotie. Denk aan de terugbetalingen door de ziekenfondsen van preventieve tandcontrole, rookstopmiddelen, voorbehoedsmiddelen voor jongeren of lidgelden voor sportclubs en fitnesscentra. In al deze gevallen speelt in eerste instantie het beschikken over de juiste informatie een cruciale rol. Toegang hebben tot diverse media, mondigheid etc zijn factoren die daarbij van essentieel belang zijn maar die wellicht ook ongelijk verdeeld zijn. Dat geldt ook voor het vermogen om bij de juiste instanties aan te kloppen en dit op de correcte manier, i.e. het correct invullen van de juiste documenten die vaak opgesteld zijn in een bureaucratisch jargon. Met betrekking tot de tussenkomst in sport- en fitnessabonnementen geldt daarenboven dat mensen uit lagere sociale klassen veel minder actief zijn in het verenigingsleven en dat bijgevolg de financiële voordelen andermaal voornamelijk ten goede komen van zij die het niet echt nodig hebben. Het is met andere woorden van primordiaal belang dat gezondheidspromotie voldoende aandacht heeft voor en eventueel inwerkt op de *health literacy* van haar doelgroep.

Richtlijnen:

- Verwerf een correct beeld van de mogelijkheden en beperkingen van je doelgroep en stem je interventie daarop af.
- Besteed voldoende aandacht aan het bevorderen van de *health literacy* van je doelgroep.
- Anticipeer op het mattheüseffect door groepen die geen nood hebben aan je interventie uit te sluiten.

5. De sociale en de fysieke realiteit versus individuele verantwoordelijkheid

Wordt een correct evenwicht bereikt tussen ingrepen in de externe realiteit enerzijds en het inwerken op individuele factoren anderzijds?

Eén van de peilers van gezondheidspromotie is dat niet alleen gefocust wordt op het gedrag en de attitudes van mensen maar dat tevens getracht wordt de sociale en de fysieke realiteit zo aan te passen dat bepaalde schadelijke invloeden worden geëlimineerd of dat de nieuwe realiteit gewenste gedragingen faciliteert.

Zowel het Lalonde-rapport (1981) als het Ottawa Charter (1986) hebben met veel overtuiging benadrukt dat gezondheid beïnvloed wordt door een veelheid aan determinanten die geenszins te herleiden zijn tot individuele factoren. Beide teksten argumenteren dat de invloed die uitgaat van de sociale, culturele, biologische en economische werkelijkheid en de organisatie van de gezondheidszorg niet mag onderschat worden. De actuele

realiteit van gezondheids promotie toont echter dat nog steeds teveel wordt gefocust op individuele gezondheidsdeterminanten. (Ziglio et al 2000)

Hierboven werd herhaaldelijk benadrukt dat interventies nooit (volledig) ten koste mogen gaan van de individuele autonomie. Werken aan de omgevingsdeterminanten van gezondheid houdt evenwel steeds het gevaar in dat de werkelijkheid rondom het individu dermate wordt gemodificeerd dat bepaalde, vanuit het oogpunt van gezondheids promotie ongewenste gedragingen onmogelijk worden gemaakt. Hiermee worden dan wel de slaagkansen van de interventie verhoogd maar de prijs die ervoor betaald moet worden is vanuit moreel oogpunt een uiterst heikel punt. Tegenover die kritiek staat echter de vaststelling dat het negeren van de omgevingsdeterminanten niet alleen halfslachtige gezondheids promotie betekent maar dat eveneens diverse ethische valkuilen loeren. Een te grote nadruk op individuele factoren impliceert namelijk dat aan het individu een onterecht grote verantwoordelijkheid wordt toegekend inzake zijn gezondheid met alle mogelijke gevolgen van dien, zoals culpabilisering, *victim blaming*, etc.

Er is met andere woorden een afweging nodig tussen het vrijwaren van de rechten en de morele integriteit van het individu enerzijds en een complex van ingrepen in de externe realiteit die schadelijk is voor dat individu anderzijds. Die afweging kan nooit finaal zijn en een permanente alertheid is hier dus aangewezen. Wel lijkt het mogelijk om een aantal vuistregels te formuleren die de afweging kunnen vergemakkelijken en die moeten verhinderen dat telkens *ad hoc* de relevante algemene morele inzet moet bepaald worden.

Het ingrijpen in de externe realiteit is maar gelegitimeerd indien de ‘nieuwe realiteit’ de gewenste gedragingen faciliteert zonder daarbij het individu te beroven van zijn vrijheid om nog de ‘oude’, ongewenste gedragingen te stellen. De term gezondheids promotie dicteert per definitie een dergelijke aanpak: gezondheid moet niet opgelegd of verplicht maar ‘bevorderd’ worden. Uiteraard is hierop een belangrijke uitzondering van toepassing, met name wanneer indien er schade dreigt aan derden.¹³ De individuele vrijheid dient maar gewaarborgd te worden voor zover zij niet in conflict komt met de vrijheid van anderen. Het verbod op roken op openbare plaatsen is hiervan een typevoorbeeld. Het verbod beperkt weliswaar in zeer sterke mate de vrijheid van het individu maar kan volledig gelegitimeerd worden vanuit de vaststelling dat het waarborgen van die vrijheid ten koste zou gaan van de gezondheid van derden. Die derde kan niet zelf verantwoordelijk gesteld worden voor de opgelopen schade omdat het voorkomen van die schade van hem een verre gaande zelfbeperking zou inhouden, met name het niet langer frequenteren van openbare plaatsen.

Er kunnen tal van andere ingrepen in de fysieke en sociale werkelijkheid bedacht worden die schade aan de gezondheid moeten voorkomen maar die als dusdanig niet echt een beperking van de individuele vrijheid inhouden. Denken we bijvoorbeeld aan het afbouwen van nucleaire energieproductie, het verbod op het gebruik van CFK’s en zomeer. Bij zulke gevallen zijn de morele afwegingen zoals we die hier gepresenteerd hebben duidelijk niet aan de orde.

¹³ Het zogeheten *schadebeginsel* werd voor het eerst expliciet geformuleerd door John Stuart Mill in *On Liberty* (1859). De enige legitieme reden om de vrijheid van het individu in te perken, aldus Mill, is dreigende schade aan derden. “[The] only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilised community, against his will, is to prevent harm to others. His own good, either physical or moral, is not a sufficient warrant.” (Mill 1859: 223)

Richtlijnen:

- Besteed voldoende aandacht aan de externe gezondheidsdeterminanten (en beperk je dus niet tot de klassieke GVO)
- Het inwerken op de omgevingsfactoren mag ongewenste gedragingen niet onmogelijk maken.
- Ga na of er werkelijk sprake is van schade aan derden of van schade, veroorzaakt door factoren waarover het individu geen macht kan uitoefenen, alvorens de vrijheid van mensen te beknotten.

6. Besluit

Gezondheidspromotie blijkt ondanks haar morele intenties toch onderhevig te zijn aan een aantal gevaren. Een aantal daarvan werden hierboven opgesomd, nog andere zullen nog geïdentificeerd moeten worden. Het is geenszins de bedoeling geweest om gezondheidsbevorderaars in de toekomst te doen afzien van elk handelen. Veeleer hoop ik bruikbare stof tot reflectie te hebben aangeboden die kan helpen bij de ethische verfijning van de methodiek en bij het anticiperen op ethische pervertering van initieel goed bedoelde acties. Vele van de hierboven geformuleerde vragen en richtlijnen zullen niet volstaan om een veilig en definitief ethisch kader voor gezondheidspromotie te ontwikkelen. Maar laat dat misschien de belangrijkste les zijn: dat we ons hoeden voor de gedachte dat we over finale en zaligmakende antwoorden beschikken.

Bibliografie

- ACHTERHUIS, H. (1979) *De markt van welzijn en geluk. Een kritiek van de andragogie*. Baarn: Ambo.
- BAYER, R. & FAIRCHILD, A. L. (2004) 'The Genesis of Public Health Ethics' in *Bioethics*, Vol. 18:6, pp. 473-492.
- BEAUCHAMP T. & CHILDRESS J. (1994) *Principles of Biomedical Ethics*. 4th edition, NY/Oxford: Oxford University Press.
- BRUCKNER, P. (2000) *L'euphorie perpétuelle. Essai sur le devoir de bonheur*. Paris: Éditions Grasset et Fasquelle.
- BUCHANAN, D. R. (2000) *An Ethic for Health Promotion. Rethinking the Sources of Human Well-Being*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- CALLAHAN, D. & JENNINGS, B. (2002) 'Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship' in *American Journal of Public Health*, Vol 92:2, pp. 169-176.
- CHILDRESS, J. F., FADEN, R. R. ET AL (2002) 'Public Health Ethics: Mapping the Terrain' in *Journal of Law, Medicine & Ethics*, Vol. 30, pp. 170-178.

- CRIBB, A. & DUNCAN, P. (2002) *Health Promotion and Professional Ethics*. Oxford: Blackwell Publishing.
- DE SWAAN, A. (1982) *De mens is de men seen zorg. Opstellen 1971-1981*. Amsterdam: Meulenhoff.
- DITZEN B., BODENMANN G., EHLERT U. & HEINRICHS M. (2006) 'Effects of social support and oxytocin on psychological and physiological stress responses during marital conflict' *Frontiers in Neuroendocrinology* 27: 136.
- DOWNIE, R.S., TANNAHILL, C. & TANNAHILL, A. (1996) *Health Promotion. Models and Values*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- FOUCAULT, M. (1963) *Naissance de la clinique: Une archéologie du regard medical*. Paris: PUF.
- GUTTMAN, N. (1997) 'Ethical Dilemmas in Health Campaigns' in *Health Communication*, 9(2), pp. 155-190.
- GUTTMAN, N. & SALMON, C. T. (2004) 'Guilt, Fear, Sigma and Knowledge Gaps: Ethical Issues in Public Health Communication Interventions' in *Bioethics*, 18(6), pp. 531-552.
- ILLICH, I. (1976) *Limits to Medicine. Medical Nemesis: The exploration of Health*. London: Marion Boyars.
- KASS, N. E. (2001) 'An Ethics Framework for Public Health' in *American Journal of Public Health*, Vol. 91:11, pp. 1776-1782.
- LALONDE, M. (1974) *A new perspective on the health of Canadians. A working document (aka the Lalond Report)*, Canada.
- LEICHTER, H. M. (1991) *Free to be foolish. Politics and health promotion in the United States and Great Britain*. Princeton: Princeton University Press.
- MCQUEEN, D. V. (2000) 'Editorial: Perspectives on health promotion: theory, evidence, practice and the emergence of complexity' in *Health Promotion International*, 15(2), pp. 95-97.
- NUTBEAM, D. (1998a) 'Evaluating health promotion – progress, problems and solutions' in *Health Promotion International*, 13(1), pp. 27-44.
- NUTBEAM, D. (1998b) 'Health promotion glossary' in *Health Promotion International*, 13(4), pp. 349-364.
- NUTBEAM, D. (2004) 'Getting evidence into policy and practice to address health inequalities' in *Health Promotion International*, Vol. 19:2, pp. 137-140.
- O'NEILL, O. (2002) 'Public Health or Clinical Ethics: Thinking beyond Borders' in *Ethics & International Affairs*. Vol. 16:2, pp. 35-45.
- O'NEILL, O. (2004) 'Informed consent and public health' in *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B*. Vol. 359: 1447, pp. 1133-1136.

- RAPHAEL, D. (2000) 'The question of evidence in health promotion' in *Health Promotion International*, Vol 15:4, pp. 355-367.
- ROSE, G. (1981) 'Strategy of prevention: lessons from cardiovascular disease' in *British Medical Journal*, Vol. 282, pp. 1847-1851.
- ROSE, G. (1985) 'Sick Individuals and Sick Populations' in *International Journal of Epidemiology*. Vol 14:1, pp. 32-37.
- SEEDHOUSE, D. (2004) *Health Promotion. Philosophy, Prejudice and Practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- SIDELL ET AL. (2003) *Debates and Dilemmas in Promoting Health*. New York: Palgraven/Open University (2nd ed.).
- VERWEIJ, M. (2000) *Preventive Medicine Between Obligation and Aspiration*. Dordrecht/Boston/London: Kluwer.
- WHO (1948) *Constitution of the World Health Organization*.
- WHO (1978) *Declaration of Alma-Ata*.
- WHO (1986) *Ottawa Charter for Health Promotion*.
- WHO (1997) *Jakarta Declaration on Leading Health Promotion into the 21st Century*.
- WHO (2005) *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*.
- ZIGLIO, E., HAGARD, S. & GRIFFITHS, J. (2000) 'Health promotion development in Europe: achievements and challenges' in *Health Promotion International*, Vol 15:2, pp. 143-154.