

“OP UW GEZONDHEID!”

PATERNALISME IN DE PUBLIEKE GEZONDHEIDSZORG

*Thomas Nys*¹

SUMMARY – In this paper I start from the recent emphasis on the principle of respect for individual autonomy in health care. This ‘triumph of autonomy’, as it is called, is fed by a moral resentment for paternalism. I argue that this emphasis on autonomy is both straightforward and ill suited in a context of dependence and vulnerability, and that the widespread condemnation of paternalism has two faces: a mild and tolerant kind, and a much harsher side that stresses individual responsibility. Then I turn to a conceptual analysis of paternalism and I argue that paternalism in *public* health care is a bit of a misnomer. Or, put differently, that the charges of paternalism only make sense if one starts from a highly atomized conception of individuals where the genuine problem is a lack of identification with the common good. I conclude that this deficiency is reflected in a narrow conception of autonomy that should make way for a richer and broader alternative.

De spanning tussen het principe van respect voor autonomie en het paternalisme in de gezondheidszorg staat sinds de jaren ‘70 hoog op de ethische agenda en het ziet er niet naar uit dat dit snel zal veranderen. Het feit dat deze discussie nog steeds gevoerd wordt, hoeft ons niet te verbazen aangezien het centraal stellen van de autonomie van de patiënt een ware revolutie betekende. De Hippocratische traditie was immers door en door paternalistisch en de aandacht voor autonomie betekende dat de gezondheidszorg, wat haar morele grondvesten betreft, grondig moest herdacht worden. Aangezien de transformatie dus meer inhoud dan wat opfriswerk aan de façade, nemen de hervormingen tijd in beslag.

Echter, het aanslepen van de discussie neemt niet weg dat het pleit reeds lang beslecht is in het voordeel van autonomie. Zelfs diegenen die de introductie en de daarop volgende triomftocht kritisch bekijken zullen het belang van autonomie en het laakbare karakter van paternalisme zelden betwijfelen. De discussie gaat dan ook vooral over de vraag wat autonomie betekent en hoeveel waarde het geniet. Wanneer kunnen we een preferentie, handeling of persoon met recht en reden autonoom noemen en zijn er misschien andere waarden in het geding die de triomf van autonomie kunnen beperken?

In deze bijdrage wil ik de begrippen ‘autonomie’ en ‘paternalisme’ tegen het licht houden. Ik vertrek daarbij van de rol die beide begrippen spelen in de gezondheidszorg in het algemeen om daarna een blik te werpen op de problematiek van paternalisme in de *publieke* gezondheidszorg.

¹ Thomas Nys is verbonden aan het Centrum voor Ethiek, Sociale en Politieke Filosofie van de Katholieke Universiteit Leuven.

1. Autonomie in de gezondheidszorg: vanzelfsprekend of wezensvreemd?

De nadruk op autonomie in de gezondheidszorg is tegelijkertijd evident en eigenaardig. De vanzelfsprekendheid volgt uit het feit dat de zieke persoon, d.w.z. de patiënt die een beroep moet doen op de hulp van anderen, bijzonder kwetsbaar is. Precies deze kwetsbaarheid kwam in de naoorlogse jaren meer en meer aan het licht. Wijze en machtige dokters hadden in het verleden, met het oog op het welzijn van de patiënt, de grootste schade aangericht. Goede bedoelingen waren blijkbaar geen garantie voor succes en het vertrouwen in de arts kreeg dan ook een flinke knauw. Daarnaast waren er schrijnende gevallen waarin de kwetsbare patiënt ronduit werd misbruikt. Bescherming was dus hoogst noodzakelijk en respect voor autonomie – die als een soort beschermende koepel rond de persoon werd begrepen – was het middel bij uitstek om die bescherming te bieden.

Anderzijds gingen er al gauw stemmen op dat de nadruk op autonomie, precies omwille van die kwetsbaarheid, misplaatst was in een context van afhankelijkheid en dat men meer aandacht moest besteden aan *zorg*.² De inbreuk op iemands gezondheid heeft immers een negatieve impact op het vermogen om controle uit te oefenen en actief in het leven te staan. Bijgevolg bevindt de patiënt zich in een toestand van *verminderde* autonomie. Zorgverlening zou als doel moeten hebben die autonomie te herstellen en zou in sommige gevallen voorbij moeten gaan aan de wensen en verlangens van een patiënt die de kennis, het inzicht en de koelbloedigheid ontbreekt om complexe medische beslissingen te nemen.

Beide vaststellingen zijn niet noodzakelijk in tegenspraak met elkaar. Men kan immers argumenteren dat men geen al te hoge eisen aan de autonomie van een persoon moet stellen. Een keuze of beslissing hoeft niet volkomen rationeel of weloverwogen te zijn, noch hoeft ze gebaseerd te zijn op volledige informatie. Wat van belang is, is een meer basaal en alledaags soort autonomie die verschilt van de geïdealiseerde en geëxalteerde vormen die in de filosofische vakliteratuur worden beschreven. Deze verzoening wijst al op een tendens: een tendens om de criteria voor autonomie laag te houden en die gevoed wordt door een normatieve afkeer van paternalisme.

2. Autonomie als ‘louter keuze’

Wat betekent ‘autonomie’ en ‘respect voor autonomie’ in de gezondheidszorg? Hoewel autonomie in de filosofische traditie, vooral beïnvloed door Kant, geassocieerd wordt met zelfwetgeving waarbij die wet redelijk en dwingend is en daardoor beperkingen oplegt aan de neigingen en verlangens van het individu (en daardoor in essentie een *morele* wet vormt), wordt respect voor autonomie in de gezondheidszorg eerder begrepen als respect voor de individuele keuze, ongeacht de waarde of inhoud van wat er gekozen wordt. Uiteraard betekent dit nog niet dat *iedere* autonome keuze een dergelijk respect verdient, maar dat autonomie moreel neutraal is: ook immorele beslissingen kunnen autonoom zijn.

² Bijvoorbeeld in de zorgethische benadering van Nel Noddings (1984) en Eva Feder-Kittay (2007).

Een dergelijk neutraal autonomiebegrip past prima in een context van pluralisme waar de hoop op één absolute, universele opvatting van het goede leven voorgoed verloren lijkt. Indien de inhoud van een keuze niet langer beoordeeld kan worden, dan blijft het van belang dat het individu zich *identificeert* met die keuze, m.a.w. dat ze autonoom is. En opnieuw tekent dezelfde tendens zich af. De criteria moeten louter formeel zijn, d.w.z. het oordeel van autonomie mag niet gebaseerd zijn op inhoudelijke kenmerken, en ze moeten voldoende laag gehouden worden om te voorkomen dat dergelijke inhoudelijke oordelen op slinkse wijze worden binnengebracht. Het instellen van criteria voor autonomie – criteria waaruit bijvoorbeeld zou blijken dat patiënten (of hun beslissingen) niet autonoom zijn – wordt gezien als een paternalistische beweging om een bepaalde behandeling of ingreep op te dringen. Met andere woorden, zolang anderen de criteria opleggen, bestaat het gevaar dat de stem van het individu ongehoord blijft. Die criteria worden daarom het liefst zo laag mogelijk gehouden om iedere aantijging van sturing of manipulatie te vermijden.

De autonomie van een keuze, bepaalt *naar buiten toe* dat het gaat om een beslissing van het individu die aan zijn handelen kan worden toegeschreven en niet om een keuze die door een ander op één of andere manier wordt opgedrongen. Het predikaat ‘autonoom’ maakt *naar binnen toe* een onderscheid tussen het *ware zelf* en de krachten en impulsen die dat ware zelf kunnen tegenwerken (Mason, 1990: 435). Een dergelijk puur en authentiek zelf is enkel toegankelijk voor het individu in kwestie; enkel hij of zij weet wanneer het ware zelf spreekt. Immers, zodra dit ware zelf door anderen gerecupereerd wordt, zodra zij beweren beter te weten wat dat ware zelf echt wil, dan dreigt het gevaar voor een heimelijk misbruik in naam van de vrijheid.³ Op die manier dreigen de criteria (onder morele druk!) subjectief te worden en wordt respect voor autonomie – de robuuste opvattingen ten spijt – herleid tot respect voor de individuele keuze. (O’Neill, 2002)

3. De twee gezichten van het pleidooi voor autonomie: zacht en hard

Laat ons daarom wat dieper ingaan op die morele druk. Die druk wordt namelijk niet als hinderlijk ervaren. Integendeel, het benadrukken van het belang van individuele autonomie om paternalisme of misbruik te vermijden, lijkt een onbetwistbaar onderdeel van de hedendaagse ‘mores’. Deze triomf van autonomie, d.w.z. de liberale consensus dat autonomie inderdaad zo belangrijk is, heeft echter twee gezichten. Het eerste is een minzaam gezicht: respect voor de individuele keuze impliceert tolerantie en tolerantie is het hoogste goed; het is een houding die anderen in hun waardigheid laat door hen niet te betuttelen maar als gelijken en volwassenen te behandelen. Respect voor autonomie betekent dat men anderen de ruimte geeft om zelf beslissingen te nemen en het leven op een eigen manier vorm te geven. Zo begrepen is tolerantie een bijzonder geschenk en in de mate dat de liberale consensus deze gift met groot enthousiasme probeert veilig te stellen, heeft het een minzaam en verdraagzaam karakter. Deze algemene waardering voor de gift van tolerantie heeft er ongetwijfeld mee te maken dat wij niet

³ Deze sinistere verschuiving waardoor vrijheid in haar tegendeel wordt omgebogen is uiteraard de kern van Isaiah Berlins (2002) kritiek op het positieve vrijheidsbegrip (d.i. autonomie).

alleen ‘gevende’ maar ook ‘ontvangende’ partij willen zijn: wij willen ook getolereerd worden zodat we de nodige vrijheid en armslag krijgen om onze eigen projecten uit te werken zonder dat anderen zich daarmee bemoeien. We weten hoe belangrijk deze vrijheid is en dus gunnen we dezelfde speelruimte aan anderen. Deze vrijheid is noodzakelijk om het goede leven te ontsluiten⁴ en in de mate dat mensen steeds overtuigd zijn van hun eigen gelijk, d.w.z. dat zij door die vrijheid inderdaad een goed leven zullen kunnen leiden, is tolerantie een deugd die moeilijk te overtreffen valt: het geeft vertrouwen en streelt het ego. Iedereen mag het op zijn of haar *eigen manier* doen.

Maar de consensus over de waarde van autonomie en tolerantie heeft ook een ander, veel grimmiger gezicht. Het vertrouwen in het eigen kunnen heeft namelijk als schaduwzijde ook een onverschilligheid of zelfs misprijzen voor het falen van een ander. Met vrijheid komt immers ook verantwoordelijkheid. De gift van tolerantie is dus tegelijkertijd waardevol en goedkoop: het biedt ruimte voor individuele zelfontplooiing maar de eventuele kosten zijn voor de ontvanger. Respect voor de autonome keuze betekent dat men de vrijheid geeft om te falen en hoe groter de vrijheid hoe harder de klap kan aankomen. Indien men dus uit angst voor paternalisme de criteria voor autonomie bewust laag wil houden dan dragen mensen met verminderde autonomie (patiënten, bijvoorbeeld) ook een grote verantwoordelijkheid. De gezondheidszorg volgt dan een contractmodel waarbij de dokter de wensen van het individu uitvoert maar, zolang hij zich aan de afspraken houdt, geen verdere verantwoordelijkheid draagt wat betreft de gevolgen: *volenti non fit iniuria*.

Uiteraard geldt een gelijksoortige dubbelzinnigheid ook voor de tegenpartij, maar de vanzelfsprekendheid van de morele consensus (de druk die uitgaat van het autonomie-principe) maakt dat slechts één kant belicht wordt. Men schildert de paternalist graag af als een strenge vader die geen enkele voeling heeft met wat zijn kinderen beweegt en die hen, desnoods met harde hand, weigert hun zin te geven. Maar zijn ‘andere kant’ wordt zelden belicht, namelijk dat hij handelt vanuit een bekommernis voor het welzijn van de ander. Het stereotype van de ‘relaxte’ papa die zijn kinderen met groot gebaar alle vrijheid geeft, maar eigenlijk niet naar hen omkijkt, wordt zelden met het paradigma van autonomie verbonden. Het is echter niet minder typerend.

4. Paternalisme in de gezondheidszorg

Tot nu toe heb ik de spanning tussen autonomie en paternalisme vooropgesteld, maar wat is paternalisme en hoe verhoudt het zich tot het principe van respect voor autonomie in de gezondheidszorg? Paternalistisch handelen betekent (1) interfereren met de vrijheid van een persoon (of groep), (2) zonder diens toestemming, en (3) met de bedoeling diens welzijn te bevorderen.⁵ Merk op dat voorwaarde (1) verder toegelicht dient te

⁴ Ik denk hierbij aan Kymlicka’s *endorsement condition*: enkel een leven dat “van binnenuit” wordt geleefd, d.w.z. waarbij het individu zich identificeert met het goede, kan ook werkelijk goed genoemd worden. Een conceptie van het goede leven die opgedrongen wordt en waarmee het individu zich dus niet identificeert, leidt enkel tot vervreemding. (Kymlicka, 2002)

⁵ Ik ontleen deze driedelige definitie aan Gerald Dworkin (2005). Toch stemt mijn versie niet geheel overeen met die van Dworkin. Het is niet mijn bedoeling om een nauwkeurige definitie van ‘paternalisme’ te geven al kunnen de bedenkingen die ik formuleer wel bijdragen tot zo’n nauwkeurige beschrijving.

worden. Het gaat niet alleen om een interferentie met iemands vrijheid van *handelen*, want men kan immers ook paternalistisch optreden door het individu te manipuleren, door bijvoorbeeld te liegen of informatie achter te houden (de interferentie met vrijheid betekent in dat geval dat men de keuzemogelijkheden op een onfaire manier presenteert). Voorwaarde (2) is dan weer onvoldoende gespecificeerd. Het kan gaan om een expliciete weigering (dissent) of om het ontbreken van consent. Tevens maakt de definitie niet duidelijk om wat voor soort toestemming het gaat. In het Engels maakt men bijvoorbeeld een onderscheid tussen ‘actual’, ‘hypothetical’, ‘tacit’ en ‘subsequent’ consent en het is niet helder of paternalisme veronderstelt dat *al* deze soorten afwezig moeten zijn. Ik kom hier later op terug. Voorwaarde (3) is eveneens van cruciaal belang. Het betekent immers dat een vrijheidsbeperkende handeling die het welzijn van anderen tot doel heeft, *geen* geval van paternalisme is. Ook dit zal van belang blijken bij het beoordelen van het zogenaamd paternalistisch karakter van de publieke gezondheidszorg.

Maar voor we daartoe overgaan, laat ons eerst eens kijken naar de relatie tussen paternalisme en respect voor individuele autonomie. Is er inderdaad een spanning? Niet noodzakelijk. Het prototype van paternalisme is immers de ouder-kind relatie, d.w.z. interferentie met de vrijheid van personen die (nog) niet volledig autonoom zijn (of wiens beslissingen niet autonoom genoemd kunnen worden). De spanning bestaat dus niet op descriptief vlak. Echter, paternalisme wordt vanuit normatief perspectief problematisch wanneer het niet alleen ingaat tegen iemands negatieve vrijheid maar ook tegen zijn of haar autonomie.⁶ Met andere woorden, het is problematisch in de mate dat het de controle van het ware zelf negeert of ontkent. Het gaat niet zomaar om het beperken van een soort achteloze vrijheid, maar om keuzeopties waar het individu echt achter staat en die hem of haar na aan het hart liggen. Zo’n ingreep is bijzonder kwetsend omdat ze een innerlijke vrijheid – die essentieel is voor de mens als mens – negeert en haar belet om zich in de werkelijkheid uit te drukken of te realiseren.⁷

Paternalisme is echter ook problematisch om een andere reden (al is deze andere reden nauw verbonden met de eerste). Voorwaarde (3) stipuleert immers dat de paternalistische handeling het welzijn van de ander als doel moet hebben. Maar hoe moeten we dat ‘welzijn’ begrijpen? Bestaat er zoiets als een objectieve opvatting van welzijn, d.w.z. een opvatting die voor iedereen kan gelden? Indien wel, dan zou men kunnen opteren voor de zogenaamde *balancing view*: hoewel paternalisme interfereert met het principe van respect voor individuele autonomie kan het in bepaalde gevallen gerechtvaardigd zijn omdat men het welzijn van de patiënt wil beschermen of bevorderen.⁸ Soms zijn de risico’s zo hoog dat men de kans op vergissingen moet uitsluiten. Maar een dergelijke objectieve invulling is problematisch. Wat ‘welzijn’ is, is immers afhankelijk van de

⁶ “Autonomy is the aspect of persons that undue paternalism offends against.” (Christman, 2004) Dat betekent dus ook dat de morele verantwoordiging afneemt als men kan aantonen dat een individu (of een beslissing) niet autonoom is. Interfereren met iemands vrijheid wordt dan net zo onschuldig of gerechtvaardigd als het ingrijpen bij kinderen (bijvoorbeeld in de geestelijke gezondheidszorg).

⁷ Het beledigende karakter van paternalisme staat centraal bij Joel Feinberg (1986). Ook al gaat de paternalistische handeling niet in tegen mijn eigen keuze (m.a.w. ik zou hetzelfde kiezen), dan nog is dit “meelopen aan het handje van een ander” bijzonder vernederend.

⁸ Tom Beauchamp en James Childress verdedigen in hun beroemde (en beruchte) *Principles of Biomedical Ethics* de stelling dat men de verschillende principes – waaronder weldoen en respect voor autonomie – tegen elkaar moet afwegen. In sommige gevallen betekent dit dat zogenaamd ‘hard paternalisme’ niet uitgesloten mag worden. (Beauchamp & Childress, 2001: 185-187)

conceptie van het goede die het individu erop nahoudt. Wat goed is voor de één, is schadelijk voor een ander (bv. een bloedtransfusie bij een Getuige van Jehova). Het is omwille van de pluraliteit inzake dergelijke levenskaders dat een ingrijpen in naam van hét welzijn problematisch is geworden.

5. Paternalisme in de publieke gezondheidszorg?

In het algemeen concentreert de gezondheidszorg zich op drie taken, namelijk het voorkomen, genezen en verzorgen van ziekte (waarbij ‘ziekte’ in zeer ruime betekenis begrepen moet worden). Het gaat daarbij om een brede waaier aan voorzieningen. Wanneer we over de *publieke* gezondheidszorg spreken, dan bedoelen we dat de maatregelen voor de gehele bevolking gelden en/of dat de middelen om in die maatregelen te voorzien door de gemeenschap worden gedragen. Het gaat om de *volksgezondheid* en dit publieke perspectief impliceert dat de voorzieningen niet op individuele maat gesneden zijn. Ook mensen die deze ‘hulp’ niet nodig hebben, die perfect gezond zijn of daar persoonlijk zorg voor kunnen dragen, vallen toch onder deze algemene maatregelen.

Op het eerste gezicht is het doel van de publieke gezondheidszorg onproblematisch: een langer en gezonder leven staat immers ten dienste van een gelukkig en bloeiend bestaan. Op politiek niveau gaan deze maatregelen uit van de gelijkheid en gelijkwaardigheid van burgers en stimuleren zij gevoelens van solidariteit en saamhorigheid. (Häyry, 2006: 519) Maar de ongevoeligheid ten opzichte van het individu heeft tot kritiek geleid. Waarom een langer leven opdringen als gelukservaringen van doorslaggevend belang zijn? Een lang en miserabel leven dat teert op de welwillendheid van anderen lijkt weinig aantrekkelijk.⁹ En waarom zou de strijd tegen ziekte zo belangrijk moeten zijn? Veel belangrijker is het dat mensen het eigen leven zin kunnen geven en niet gedwongen worden om een bepaalde opvatting van ‘ziekte’ te accepteren, laat staan mee te helpen aan de preventie, genezing en zorg van dergelijke ‘ziektes’. En waarom zou men solidaire moeten zijn met diegenen die geen zorg dragen voor hun eigen gezondheid of daar zelfs moedwillig achteloos mee omgaan? (Häyry, 2006: 520)

In deze kritische reacties zien we zowel het harde als zachte gezicht van de huidige morele consensus over de waarde en betekenis van autonomie en tolerantie doorschermen. Publieke maatregelen interfereren met de individuele vrijheid vanuit een opgedrongen conceptie van het goede en ze gaan voorbij aan de individuele verantwoordelijkheid van burgers. De overheid is met andere woorden betuttelend wanneer ze bepaalde voorzieningen of bijdragen verplicht maakt. Ze maakt zich schuldig aan een ongerechtvaardigd paternalisme.

Maar om wat voor soort paternalisme gaat het hier? Of beter: gaat het eigenlijk wel om paternalisme? Voorwaarde (3) uit de definitie stipuleert immers dat het motief van paternalisme het welzijn van het ‘slachtoffer’ moet zijn, maar vanuit het perspectief van het individu is de dwang die de publieke gezondheidszorg oplegt vaak bedoeld om het welzijn van *anderen* te bevorderen (bv. een verplichte bijdrage tot de gezondheidszorg wanneer men daar zelf weinig of geen gebruik van maakt). Als de vrijheid van het

⁹ Denk aan het “Live fast, die young”-motto uit de jaren ’50 dat door sommigen nog steeds als een respectabele visie op het goede leven wordt gehuldigd.

individuele schade aan anderen berokkent, dan is – volgens het klassieke liberale paradigma – interventie toegestaan. Het verplicht dragen van veiligheidsgordels en motorhelmen kan men rechtvaardigen door te zeggen dat de kosten van verzuim te hoog zouden worden voor de gemeenschap. Vrijheid impliceert verantwoordelijkheid en dat betekent dat, hoewel je je eigen gezondheid op het spel mag zetten, je ook zelf voor de kosten moet opdraaien. Dat is precies wat het pleidooi voor antipaternalisme wil bewerkstelligen. De publieke gezondheidszorg is dus enkel paternalistisch als ze het welzijn van al diegenen die een verplichte bijdrage leveren bevordert. Maar deze voorstelling van zaken is niet helemaal correct. Men kan immers ook paternalistisch handelen ten opzichte van groepen en het gaat hier per slot van rekening om het welzijn van een volk. Het is het volk als groep, als gemeenschap, dat hier betutteld wordt. Nu zullen sommigen beweren dat het welzijn van een groep bestaat uit het welzijn van de leden van die groep, waarmee men het individuele perspectief opnieuw centraal stelt. Het spreekt echter voor zich dat het algemeen welzijn kan toenemen terwijl sommige individuen daar een prijs voor moeten betalen. Zo gesteld is het probleem dus niet zozeer paternalisme maar *atomisme*: een gebrek aan identificatie met de groep. De klacht kan begrepen worden als de vraag waarom *mijn* vrijheid moet wijken voor *onze* gezondheid.

Maar ook wat de tweede voorwaarde betreft kunnen we ons de vraag stellen of de publieke gezondheidszorg zich schuldig maakt aan paternalisme. Op het eerste gezicht lijkt het duidelijk dat het individu geen toestemming heeft gegeven om zijn vrijheid op die manier ingeperkt te zien. Dat is nu net de kern van zijn klacht: hij wordt gedwongen om een plicht te vervullen die hij niet *wil* vervullen. Maar het is essentieel om in te zien dat de plicht waardoor hij zich gedwongen voelt opnieuw een publiek karakter heeft. De regelgeving is immers het gevolg van een publieke beslissing en wordt als dusdanig door de gemeenschap bepaald. De regels die het individu beperken, zijn dus niet totaal vreemd, maar zijn het gevolg van zelfwetgeving, van een democratische beslissingsprocedure. Autonomie is een kernbegrip in de hedendaagse liberale democratie en respect voor autonomie betekent dat het individu door middel van een eerlijke procedure betrokken wordt in het besluitvormingsproces zodat de heersende autoriteit de wil van het volk representeert. Uiteraard is de invloed van een enkel individu bijzonder gering, maar democratie betekent dat hij of zij de macht als legitiem blijft erkennen ook al trekt men (tijdelijk) aan het kortste eind. Wat dat betreft is er dus wel degelijk sprake van toestemming. Nu, het spreekt voor zich dat de verwijten tegen de ‘paternalistische’ publieke gezondheidszorg zich op politiek niveau kunnen doorzetten en dat het individueel gevoel van onbehagen zich kan vertalen in een collectieve ontevredenheid. Echter, zoals Charles Taylor terecht opmerkt, gaat het dan om het coördineren van individuele preferenties waarbij het eigenbelang nog steeds centraal staat en niet om het realiseren van een *gemeenschappelijk* doel. (Taylor, 1995: 181-203) Opnieuw is er sprake van een atomisme waardoor het publieke karakter van de ‘publieke’ gezondheidszorg onder druk komt te staan.

Het verwijt van paternalisme gaat voorbij aan het feit dat de publieke gezondheidszorg recht doet aan het principe van respect voor autonomie en dat de plicht, die sommigen als een externe dwang ervaren, in feite het gevolg van zelfwetgeving is. Dit laatste punt stelt ons in staat om voorwaarde (1) te bespreken: is er werkelijk sprake van disrespect voor autonomie of gaat het om een triviale vrijheidsbelemmering? Hier zien we duidelijk het verschil tussen het individuele en publieke niveau. Enerzijds gaat het om de

autonome preferenties van competente personen, preferenties die opzij gezet worden ten bate van een goed waar dat individu zich niet mee identificeert. Anderzijds, op politiek niveau, is die ‘inbreuk’ de expressie van een collectieve wil die recht doet aan het principe van respect voor de autonomie van iedere burger. Echter, er rest ons nog een ander argument dat ook moet gelden voor diegenen die deze dualiteit niet onder ogen willen zien (diegenen die ervan overtuigd zijn dat publieke maatregelen wel degelijk een obstakel eerder dan een expressie van individuele autonomie zijn en die het dus een retorische truc vinden om het verwijt van paternalisme op deze manier te ontcrachten). Het argument is simpel: de verplichtingen die de publieke gezondheidszorg oplegt, zijn helemaal niet van dien aard dat ze het goede leven voor het individu onmogelijk zouden maken. In veel gevallen is het zelfs overdreven om woorden als ‘plicht’, ‘vrijheidsbeperking’ en ‘dwang’ te gebruiken. Vaak gaat het om voorlichtingscampagnes (bv. over condoomgebruik of gezonde eetgewoonten) die een persoon vrij laten om deze informatie naast zich neer te leggen.¹⁰ Of men probeert ongezond gedrag te bestraffen door de kosten op te drijven (bv. door de accijnzen op tabakswaaren te verhogen), waarbij het ’t individu nog steeds vrijstaat om die kosten te betalen.¹¹ Zelfs wanneer het echt gaat om verplichtingen, bijvoorbeeld het betalen van zorgbijdragen of het verkrijgen van bepaalde inentingen of vaccinaties, dan nog verhinderen deze niet dat een persoon zijn leven op eigen manier kan vormgeven. (Archard, 2007) En hoewel het ons misschien aan een objectieve, universele opvatting van welzijn ontbreekt, is het niet onredelijk om het vermijden van ziektes als AIDS of polio als ‘goed’ te bestempelen. Meer nog, lichamelijke en geestelijke gezondheid zijn eerder autonomiebevorderend dan dat ze een negatieve impact zouden hebben. Deze bedenkingen steunen op een autonomieconcept dat ruimer is dan respect voor ‘louter keuze’. De focus op individuele beslissingen (weigeringen) is te eng om de morele relevantie van autonomie aan het licht te brengen. De vraag naar de normatieve rechtvaardiging van paternalisme in de gezondheidszorg in het algemeen en de publieke gezondheidszorg in het bijzonder vereist een grondige reflectie op beide begrippen. In deze bijdrage heb ik aangetoond dat het verwijt dat de publieke gezondheidszorg paternalistisch is ons op een ruimere problematiek wijst. Een begripsanalyse brengt aan het licht dat dit soort zorg enkel als paternalistisch kan verschijnen indien het ‘publieke’ haar legitimiteit heeft verloren ten gunste van het ‘individuele’. Daarnaast kan men het verwijt enkel volhouden indien men uitgaat van een bijzonder smal autonomieconcept dat de individuele keuze verheerlijkt ten koste van een ruimer begrip dat meer waardering verdient.

¹⁰ Voor de moeilijke doch essentiële vraag naar de rol van individuele verantwoordelijkheid in de gezondheidszorg verwijs ik graag naar de bijdrage van Yvonne Denier in dit nummer.

¹¹ Ik laat in het midden of dit een geldig argument is. De discussie over de vraag of de condities van vrijheid deel uitmaken van het vrijheidsbegrip zelf, is een oude en lastige discussie. Voor een argument dat het duurder maken van bepaalde keuzemogelijkheden een vorm van disrespect is voor individuele autonomie, zie Waldron (1989: 1146). Voor een korte kritiek op deze benadering, zie Mason (1990: 442).

LITERATUUR

- ARCHARD D. (2007), ‘Informed Consent’, in NYS T., DENIER Y. & VANDEVELDE A. (eds.) (2007), *Autonomy and Paternalism: Reflections on the Theory and Practice of Health Care*, Peeters Publishers, Leuven.
- BEAUCHAMP T. & CHILDRESS J. (2001), *Principles of Biomedical Ethics*, 5th edition, Oxford University Press, Oxford.
- BERLIN I. (2002), ‘Two Concepts of Liberty’, in HARDY H. (ed.) (2002), *Liberty*, 166-217.
- CHRISTMAN J. (2004), ‘Autonomy in Moral and Political Philosophy’, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2004 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL: <http://plato.stanford.edu/archives/spr2004/entries/autonomy-moral/>
- DWORKIN G. (2005), ‘Paternalism’, *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Winter 2005 Edition), Edward N. Zalta (ed.), URL: <http://plato.stanford.edu/archives/entries/paternalism/>
- FEDER-KITTAY E. (2007), ‘Beyond Autonomy and Paternalism: The Transparent Caring Self’, In NYS T., DENIER Y. & VANDEVELDE A. (eds.) (2007), *Autonomy and Paternalism: Reflections on the Theory and Practice of Health Care*, Peeters Publishers, Leuven.
- FEINBERG J. (1986), *Harm to Self*, Oxford University Press, Oxford.
- HÄYRY M. (2006), ‘Public Health and Human Values’, *Journal of Medical Ethics*, 32, 519-521.
- KYMLICKA W. (2002), *Contemporary Political Philosophy: An Introduction*, Oxford University Press, Oxford.
- MASON A. (1990), ‘Autonomy, Liberalism and State Neutrality’, *The Philosophical Quarterly*, 161, 433-452.
- NODDINGS N. (1984), *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*, University of California Press, Berkeley.
- O’NEILL O. (2002), *Autonomy and Trust in Bioethics*, Cambridge University Press, Cambridge.
- TAYLOR C. (1995), *Philosophical Arguments*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- WALDRON J. (1989), ‘Autonomy and Perfectionism in Raz’s *Morality and Freedom*’, *Southern California Law Review*, 62, 1097-1152.