

Goed bemoeien?

Goed handelen in preventie: over ethiek en filosofie van en in preventie, professionaliteit en *public health*

Johan M. Melse

Rijksinstituut Volksgezondheid en Milieu - Centrum voor Volksgezondheid

Toekomstverkenningen

Universiteit Maastricht - Vakgroep Health, Ethics and Society

Inleiding

“U moet goed begrijpen, zonder ethiek is het al moeilijk genoeg.” Waarom zou je je eigenlijk bezighouden met ethische aspecten van preventie, met de filosofie van preventie? In preventie gaat het toch om gezond blijven, en wie wil dat nu niet? Zo lijkt het helder en simpel. Toch blijkt het niet zo eenvoudig. Leefstijladviezen om ziekte te voorkomen worden vaak betuttelend gevonden, en er is weerstand tegen beleid en interventies die de gezondheid trachten te beschermen of te verbeteren, zoals vaccinaties (HPV, Mexicaanse griep) en het horecarookverbod. En ook al wil iedereen gezond zijn en blijven, in het dagdagelijkse leven gedragen veel mensen zich vaak niet zo ‘gezond’.

Er is blijkbaar meer aan de hand dan simpelweg ‘voorkomen is beter dan genezen’. Maar wat? Ethiek en filosofie kunnen hierbij helpen. Niet omdat zij kant-en-klare oplossingen leveren, maar omdat door ethische en filosofische reflectie betere vragen gesteld kunnen worden. En daardoor ontstaat een beter zicht op wat er aan de hand is in en met preventie. Het gaat dan om welke dilemma’s spelen, welke keuzen gemaakt moeten worden, hoe verschillende opvattingen over ziek, gezond en preventie hierin van belang zijn, en welke rol professionals, politiek en publiek en hun onderlinge relaties hierin spelen. Deze vragen stellen en onderzoeken, het afwegen van verschillende antwoorden, waarden en belangen, vormt de kern van ethische en filosofische reflectie. Die reflectie leidt ertoe dat we niet als vanzelfsprekend aannemen dat we weten wat goed is om te doen, wat goed handelen in preventie is. Door daar kritisch over na te denken, ontstaat ruimte voor andere, nieuwe opties in denken en doen, als persoon maar ook als professional.

Dit hoofdstuk begint met een korte uitleg van ethiek en filosofie en wat het verschil en de verbinding ertussen is. Daarna worden belangrijke ethische en filosofische vragen rond preventie geschetst en klassieke manieren van omgaan met deze vragen. Echter, in die benaderingen lijken ethiek en filosofie slechts van buiten af preventie te bevragen: professionals zijn druk bezig met het behouden en bevorderen van gezondheid en dan duikt plotseling de ethicus-filosoof op met kritisch commentaar vanaf de zijlijn?! Dat zal vaak niet goed werken. Het kan gelukkig ook anders: door anders, breder te kijken naar professionaliteit, worden ethische en filosofische reflectie normale en noodzakelijke onderdelen van de beroepsuitoefening, naast wetenschappelijke kennis en vaardigheden. Nu werkt die professional niet op zichzelf, maar binnen een organisatie, en in de maatschappij. De opvattingen over preventie daarbinnen, zijn van grote invloed op wat geldt als goed werk als professional, als goed handelen in preventie. Dit hoofdstuk vervolgt daarom met een kritische reflectie op de aannames en modellen van preventie en de preventieve gezondheidszorg zelf. Hierin is de rol van de burger vaak beperkt tot ‘doelgroep’, waarover wordt gepraat maar slechts zelden met. Daarom worden tot slot de contouren geschetst van

een alternatieve aanpak van preventie, waarin van en met burgers wordt geleerd, een openbare gezondheidszorg die waarlijk maatschappelijk wil zijn.

Ethische en filosofische vragen aan preventie

Ethiek en/of filosofie?

Eerst iets over 'ethiek' en 'filosofie'. Ethiek gaat over wat goed is om te doen, over hoe we ervoor kunnen zorgen dat we 'het goede' doen, kortom over 'goed handelen'. Nu verschillen mensen vaak van mening over wat goed handelen is. De kranten staan vol met controverses op het terrein van gezondheidsrisico's en preventie. Mag je bijvoorbeeld mensen met een 'ongezonde leefstijl' extra premie vragen voor de zorgverzekering, of hen daarom ontslaan? Deelnemers aan zulke debatten hebben vaak verschillende visies op verantwoordelijkheid, solidariteit, rechten en plichten. Dan helpt ethische reflectie door het onderzoeken van de waarden en belangen die spelen, waardoor helderder wordt hoe die afgewogen kunnen worden. Daarmee komt zicht op wat goed handelen is in een specifieke situatie. In andere gevallen echter wordt de discussie niet of nauwelijks gevoerd. Zo is het in veel landen vanzelfsprekend dat zwangere vrouwen voor prenatale diagnostiek kiezen. De vraag of dat goed handelen is, wordt dan niet meer gesteld. Toch spelen ook in 'vanzelfsprekende' situaties allerlei aannames over wat goed is om te doen, wat wel en niet van belang is en voor wie. Het expliciet maken van de waarden en belangen, van die impliciete aannames, is belangrijk om andere handelingsmogelijkheden boven water te halen. Handelingsopties die wellicht beter passen bij de zwangere in haar specifieke situatie, maar die nu niet aan de orde komen.

Het expliciteren en onderzoeken van aannames en veronderstellingen brengt ons op het terrein van de filosofie. In filosofische reflectie op preventie gaat het om vragen als: wat wordt wel en niet belangrijk gevonden in preventie, en door wie en waarom eigenlijk? Welke mens- en wereldbeelden spelen hoe een rol in preventie? Wordt gezondheid als hoogste goed gezien, worden ziekte en gezondheid opgevat als maakbaar of als toeval of pech, worden mensen gezien als rationele zichzelf sturende wezens of meer als emotioneel en beslisend vanuit gevoel? De antwoorden op dit soort vragen hebben grote invloed op wat je beschouwt als goed handelen in preventie. Wie de mens primair als een rationeel wezen ziet, zal een gevoelsbeslissing over prenatale diagnostiek wellicht niet als 'goed handelen' beschouwen; wie een mens vooral als emotioneel ziet waardeert dat mogelijk geheel anders. Wat goed is om te doen, de ethische reflectie, hangt dus nauw met filosofische reflectie, op de context waarbinnen die vraag gesteld wordt, de vooronderstellingen en aannames, mens- en wereldbeelden.

Een voorbeeld: een preventieve interventie tegen obesitas kan zijn het aanbieden van dieetadvisering en -begeleiding. De vraag of dit goed handelen is, zou je ethisch kunnen analyseren door te kijken naar de waarden die in het geding zijn. Hoe staat het bijvoorbeeld met de autonomie van de cliënt? Is hij of zij vrij om te beslissen wel of niet mee te doen aan de advisering en begeleiding, of is er sprake van verborgen drang of straf, bijvoorbeeld een verhoging van de premie voor de zorgverzekering? Aan de andere kant, misschien is meer premie betalen juist een teken van rechtvaardigheid, een andere belangrijke waarde, omdat het eerlijk is dat wie mee risico neemt, meer betaalt. De ethische reflectie kan aangevuld ne verhelderd worden met een filosofische reflectie: binnen welke aannames en mens- en wereldbeelden speelt deze discussie zich af? Die filosofische vragen maken expliciet dat dieetadvisering en -begeleiding gericht is op het individu, wat veronderstelt dat obesitas een individueel en een gedragsprobleem is. Maar klopt dat wel? Obesitas is immers ook te zien

als een gevolg van hoe wij de samenleving inrichten, met overal makkelijk en snel dikmakend voedsel te koop, een ‘obesogene’ maatschappij. Zo bekeken is obesitas niet alleen een individueel, maar ook een collectief, economisch en ruimtelijk vraagstuk. Maar dan dienen ook interventies zich niet alleen op het individu te richten, maar tevens op die andere niveaus - zoals meer en meer bepleit wordt in een integrale benadering. Door de filosofische bevraging wordt ook het achterliggende mensbeeld helder van dieetadvies en -begeleiding als oplossing voor obesitas. Er wordt vanuit gegaan dat informatie leidt tot gedragsverandering, dus een beeld van de mens als rationeel wezen. Maar dat spreekt niet vanzelf, wordt door velen zelfs als zelden kloppend gezien (Tiemeijer et al. 2009). En andere mensbeelden kunnen inspireren tot andersoortige interventies, tot andere manieren van omgaan met gezondheidsvraagstukken.

Dit onderscheid tussen ethische en filosofische aspecten van preventie is overigens niet heel scherp. Van belang is vooral dat bij het vragen naar wat goed handelen is in een concreet geval, het ook zinnig is de vooronderstellingen op allerlei dimensies te onderzoeken. Omgekeerd wordt zo’n filosofische verkenning vooral vruchtbaar voor de praktijk als het vragen naar vooronderstellingen en mens- en wereldbeelden in het teken staat van die vraag naar goed handelen. Ethiek en filosofie van preventie gaan uiteindelijk over de plaats die preventie heeft in ‘het goede leven’, een goede maatschappij, en hoe burgers, professionals en overheden daarnaar streven.

Ethische en filosofische vragen rond preventie

Preventieve interventies vertonen specifieke kenmerken die allerlei ethische vragen oproepen (zie ook Melse & van den Berg, 2007):

- preventieve interventies richten zich op mensen zonder klachten of hulpvraag; een duidelijk voorbeeld is het geven van voorlichting. Een ethische vraag hierbij is: moeten mensen niet zelf weten hoe ze leven, ook als dat ongezonder is of lijkt vanuit het perspectief van de professional? Een andere vraag is: maken we mensen zo niet nodeloos bezorgd over hun gezondheid en allerlei risico’s?
- de soms ongelijke verdeling van voor- en nadelen over personen. Is het goed te vaccineren om (mogelijk) leed voor velen te besparen, als mogelijke schade door bijwerkingen voor weinigen? En is het terecht dat anderen profiteren van de groepsimmunitet, als ze zelf inenting weigerden?
- de periode tussen de interventie nu en het gezondheidseffect later is vaak lang, en dat effect is niet voor iedereen gegarandeerd. In hoeverre mag je iemand aanzetten tot gezonder leven als de opbrengst niet zeker of ver weg is? En kunnen en willen mensen hun huidige leven zo verbinden met een altijd onzekere toekomst?

Enkele voorbeelden van filosofische vragen rond preventie zijn:

- hoe verhouden de vooronderstellingen van preventie zich tot de betekenis van gezondheid en ziekte in het alledaagse leven van mensen? Wordt gezondheid niet teveel gereduceerd tot BMI, cholesterol en calorie? Blijft het nog mogelijk een leven te leiden waarin gezondheid *niet* centraal staat?
- wordt door de nadruk op eigen verantwoordelijkheid in voorlichting, en het aanbod van screenings, zelftests en preventief medische onderzoeken, gezondheid in onze maatschappij wellicht te veel voorgesteld als iets dat beheersbaar is? Wie ziek wordt heeft dat dan aan zichzelf te danken. Draagt preventie zo niet bij aan de illusie van een risicovrije samenleving, terwijl het toeval en het lot altijd een rol blijven spelen?
- op wie moet preventie gericht zijn en waarom? Op wie daaraan behoefte zegt te hebben, op de grootst mogelijke gezondheidswinst voor de totale bevolking, op mensen met

gezondheids - of andere achterstanden, of op een gelijke gezondheid voor allen? En hoe verhouden uitgaven voor gezondheid en preventie zich tot andere sectoren zoals werkgelegenheid, defensie en onderwijs?

Omgaan met vragen: principes en praktijken

In de ethiek van preventie en gezondheid worden vaak in navolging van de medische ethiek vier algemene ethische principes of idealen toegepast bij de beoordeling van concrete preventieve interventies: autonomie, weldoen, niet schaden, rechtvaardigheid (Beauchamp & Childress 2001). Met name autonomie heeft veel aandacht gekregen in de ethiek. Om de autonomie van de cliënt te waarborgen zijn procedures ontwikkeld voor *informed consent*, weloverwogen instemming. Als mensen bijvoorbeeld een preventief advies krijgen als dieetadvies, dan is het vereist dat ze daar vrijelijk mee instemmen, niet gedwongen of vanuit angst. Vaak worden deze principes niet zozeer als toetsingscriteria, maar vooral als 'heuristisch' gebruikt: vanuit de verschillende principes bekijk je een situatie, wat helpt om ethische vragen en dilemma's op te merken en te onderzoeken.

Een andere benadering in het omgaan met ethische en filosofische vragen rond gezondheid en ziekte vertrekt niet bij principes maar bij de praktijk, bij de alledaagse ervaringen van mensen en de vragen en problemen waarvoor zij zich gesteld vinden. In deze visie wordt de vraag naar goed handelen bekeken vanuit de betekenis van gezondheid(-sproblemen) en dilemma's voor de mensen zelf. Mensen werken, wonen, leven in relaties met anderen, en geven daarbinnen zin en betekenis aan zaken als gezondheid, risico's, autonomie en eigen verantwoordelijkheid (Tronto 1993, Walker 1998; Horstman & Houtepen 2005, passen een dergelijke benadering toe voor het project Hartslag Limburg). Of iets goed handelen is wordt hierin dus niet getoetst aan principes, maar of het past bij de eigen leefwereld van mensen.

Een voorbeeld, meneer Urban.

Meneer Urban gaat naar de huisarts omdat hij nogal hoest. Hij wil dat de huisarts nog eens naar zijn longen luistert: 'de vorige keer heb ik er te lang mee doorgelopen, en toen zat het ineens vast op m'n bronchiën'. De huisarts heeft een vorige keer aangeraden te stoppen met roken. Nu luistert de arts nogmaals en constateert niets afwijkends. Dit stelt meneer Urban gerust. De huisarts rook bij binnenkomst van meneer Urban al dat hij nog steeds rookt. De huisarts legt hem voor dat ze zich erover verbaast dat hij zich ongerust maakt over de longen, maar wel blijft roken. Zij adviseert meneer Urban dringend ermee te stoppen en stelt voor om samen een stoppen-met-roken-traject te starten. Meneer Urban belooft erover na te denken.

Dit voorbeeld van stoppen met roken roept verschillende ethische vragen op, zoals:

- Moet de huisarts meneer Urban inderdaad dringend adviseren te stoppen met roken? Blijft de arts in gebreke als zij geen advies geeft over stoppen met roken?
- Hoe verhoudt zich zo'n advies tot Urban's vrijheid om zelf te kiezen hoe hij wil leven? Is roken inderdaad een vrije keuze voor meneer Urban?
- Is meneer Urban immoreel door te blijven roken als hij zo hoest?
- Stel dat meneer Urban voor een ingegroeide teennagel bij zijn huisarts kwam, is het dan geoorloofd dat de arts over zijn ongezonde gedrag begint?
- Als meneer Urban blijft doorroken en bijvoorbeeld longkanker krijgt, blijft hij dan net zo recht op zorg houden als niet-rokers?

Een benadering vanuit principes

Veelal worden in een benadering vanuit principes uitgegaan van de bekende vier, weldoen, niet schaden, rechtvaardigheid, autonomie, en wordt bekeken hoe die in het geding zijn en onderling kunnen botsen. In dit voorbeeld lijkt de grootste spanning te liggen tussen weldoen, door te adviseren te stoppen met roken om zo Urban's gezondheid te bevorderen, en autonomie, Urban is namelijk blijven roken en dat kan betekenen dat hij daarvoor zelf kiest. De rol die de vier principes in dit voorbeeld spelen kan als volgt worden beschreven:

- **Weldoen en niet-schaden:** Vanuit deze twee principes is het ethisch juist dat de huisarts zich inzet om een patiënt te laten stoppen met roken. Richtlijnen, zoals bijvoorbeeld van het Nederlands Huisartsen Genootschap, kunnen gezien worden als een invulling van goed (preventief) handelen door in dit geval de huisarts (NHG 2012). De NHG-standaard 'Stoppen met roken' stelt dat belangrijke gezondheidswinst te behalen is door rokers aan te sporen te stoppen met roken. Aanbevolen wordt om tot stoppen gemotiveerde rokers intensief te ondersteunen, en ongemotiveerden toestemming te vragen er in een volgend consult op terug te komen. Wat betreft niet-schaden, kan zelfs een advies schaden wanneer een patiënt niet meer naar de huisarts gaat omdat hij niet wil horen dat hij moet stoppen met roken.
- **Rechtvaardigheid:** Dit principe komt vooral aan de orde bij verdelingsvragen. Wie rookt loopt een hoger risico op zorgkosten, en de vraag is of die afgewenteld moeten worden op de gemeenschap. Een oorzakelijk verband tussen roken en de kans op ziekte, betekent echter niet automatisch dat die ziekte de zieke ook moreel verweten kan worden. De aanname dat rookgedrag steeds een vrije keuze spreekt niet vanzelf. Overigens blijkt uit onderzoek dat rokers in totaal niet meer zorgkosten maken omdat zij korter leven (Van Baal et al. 2006).
- **Autonomie:** Vanuit dit principe van respect voor de eigen verantwoordelijkheid en leven van de patiënt, is het de vraag of de arts goed handelt door aan te dringen op stoppen met roken. Meneer Urban is immers sinds de vorige keer blijven roken. Tegelijk is gedrag vaak geen bewuste keuze, maar langzaam ontstaan en sterk afhankelijk van de omgeving. Zo komt roken veel meer voor bij mensen in lagere sociaal-economische klassen.

De huisarts is na ruim tien jaar roken zelf recent gestopt. Ze vond eigenlijk al heel lang dat ze niet zou moeten roken en is zonder externe begeleiding op een bepaalde dag gestopt. Als zij met haar vriendinnen naar de schouwburg gaat, vindt ze het zelfs niet moeilijk als die een sigaret opsteken. Zij is een jonge bevlogen arts, die preventie als een belangrijke taak voor de huisarts ziet. Roken, overgewicht en in de file staan, allemaal zaken die je niet moet doen en die je grotendeels zelf in de hand hebt, zo vindt ze. Ze heeft een partner die niet rookt en een kind.

Meneer Urban is boven de vijftig en werkt als stukadoor. Stuken is zwaar werk en hij pauzeert daarom elke 10 minuten waarin het tijd is voor een shaggy. Hij kan niet stuken zonder peuk, zo zegt hij. Zijn twee maten roken ook, evenals de drie vrienden met wie hij elke vrijdagavond klaverjast in het buurtcafé. Zijn vrouw en twee van zijn drie dochters roken ook.

Een benadering vanuit praktijken

Een benadering vanuit de praktijk van alledag van de huisarts en meneer Urban levert allereerst kritische vragen bij de discussie vanuit principes. De huisarts dringt aan op stoppen met roken, maar daarin lijken haar eigen normen en opvattingen een flinke rol te spelen. Vertrekt het handelen van de arts dan nog wel vanuit het principe van weldoen voor de patiënt? Persoonlijke en professionele principes kunnen blijkbaar wringen, en het is van belang dat de huisarts zich hiervan rekenschap geeft. En wat betreft niet-schaden, schaadt

stoppen met roken meneer Urban inderdaad niet, als roken zo ingevlochten is in zijn dagelijkse bestaan? Ook autonomie lijkt genuanceerder te liggen. Bij zowel de huisarts als meneer Urban lijkt hun sociale netwerk in hoge mate mee te bepalen wat voor hen autonomie betekent, hoe zij dat invullen.

Een benadering vanuit praktijken biedt naast het kritisch bevragen van de uitkomsten van de principebenadering, ook inzicht in de betekenis en zingeving van roken en gezondheid voor meneer Urban en de huisarts in hun dagelijkse leven. Voor de huisarts is gezondheid duidelijk iets dat je grotendeels zelf in de hand kunt hebben en is niet-roken de norm. Voor Urban daarentegen lijkt roken juist normaal, een normaal onderdeel van zijn leven, net als voor veel mensen in zijn omgeving en sociaal-economische klasse. Roken heeft voor hem niet primair met gezondheid te maken. Roken speelt een betekenisvolle rol tijdens zijn werk en in zijn vrije tijd en lijkt sterk geassocieerd met gezelligheid. Stoppen met roken zou betekenen dat hij nieuwe vormen en betekenissen moet vinden voor zijn pauzes en zijn sociale leven. En dat is niet zo makkelijk (van Gunsteren 2002). Goed omgaan met ethische en filosofische vragen rond preventie houdt dus ook in zicht krijgen op en rekening houden met de betekenis van gezondheid en ‘on gezond’ gedrag voor de personen in kwestie in hun eigen context.

Ethiek en filosofie buiten of binnen de praktijk van preventie?

Bezig zijn met ethiek en filosofie van preventie op bovenstaande manieren - met principes of praktijken als startpunt - heeft echter een nadeel: ethische en filosofische reflectie lijken zo opgevat te worden als losstaand van ‘het echte werk’, het alledaagse werk van professionals in de publieke gezondheidszorg. Ethiek en filosofie vertegenwoordigen dan de stem van de buitenstaander. Het stellen van ethische vragen en filosofische vragen wordt zo al snel een hobby voor wat wereldvreemde types, of een noodzakelijke maar vermoeiende taak van ethici en filosofen die het echte werk van medici en preventie-professionals alleen maar vertragen. Kan dat anders, beter?

De vraag naar goed handelen in preventie: is ‘evidence’ het antwoord?

De afgelopen jaren is op de vraag naar goed handelen door professionals in preventie een heel ander antwoord sterk opgekomen, nameijk *evidence-based* preventie. *Evidence-based* wordt meestal begrepen als volgt: preventie (en bijbehorend beleid) moet gebaseerd zijn op wetenschappelijk bewijs van de effectiviteit van interventies en programma’s. Wat goed handelen in preventie is, wordt dus gelegitimeerd via de wetenschap. Professionaliteit wordt daarmee ‘technisch’ opgevat, als toepassing van wetenschappelijke kennis met de vaardigheden die daarvoor nodig zijn. (Overigens is er ook een bredere opvatting van *evidence-based* werken als handelen in de driehoek arts-patiënt-wetenschap (Sackett et al 1996), maar die is niet gemeengoed.)

Is deze benadering van *evidence-based* handelen in preventie nu voldoende antwoord op de vragen waar de professional in het dagelijkse werk voor staat? Namelijk: hoe help ik mensen het best, wat is in deze concrete situatie goed om te doen? In de praktijk blijkt dit niet zo eenvoudig. Die *evidence* is immers wetenschappelijke kennis, en die soort kennis wordt in specifieke omgevingen en gecontroleerde studies opgedaan. Maar als iets werkt op bijvoorbeeld de ene school, werkt het niet zomaar ook op de andere; ook *evidence-based* interventies kunnen niet zomaar in andere situaties uitgerold worden. Een ander probleem is dat *evidence* zich vaak beperkt tot enkele parameters van gezondheid, terwijl andere parameters wellicht van meer belang zijn in de concrete situatie. Daarbij, een interventie

wérkt niet alleen - het effect op gezondheid - , ze werkt ook út, heeft allerlei andere effecten ook buiten gezondheid. Die effecten op andere terreinen dan gezondheid worden maar zelden meegenomen in het wetenschappelijke onderzoek dat de *evidence* oplevert, maar zijn voor het welslagen van preventieactiviteiten in de praktijk wel van groot belang. Verder gaat *evidence* meestal uit van één, medische, opvatting van gezondheid en houdt dus geen rekening met de mogelijkheid van verschillende opvattingen, belangen, betekenissen en ervaringen rond gezondheid en ziekte. Terwijl die alweer van grote invloed zijn op de werkzaamheid in de alledaagse werkelijkheid. Wat van belang wordt geacht in preventie, risico's en gezondheid, waarom en door wie, verschilt vaak sterk tussen arm en rijk, tussen wit en minder wit, tussen hoog- en laagopgeleid, dus veelal ook tussen de professional en de doelgroep. Tot slot blijft vanwege de wetenschappelijke objectieve methode de professional zelf, met al zijn -meestal haar- eigen normen, waarden, emoties, biografie, in de *evidence* op afstand, buiten beeld. Terwijl het succes van een interventie vaak staat of valt met juist de persoon van de professional. Er zitten dus verschillende haken en ogen aan *evidence-based* preventie als antwoord op de vraag naar goed handelen in preventie. Het is kortom een zeer beperkt antwoord, waarbij veel buiten beeld blijft wat wel van belang is voor wat geldt als goed handelen in preventie.

Meer nodig dan 'evidence'

Preventieprofessional zijn alleen vanuit wetenschappelijke kennis en vaardigheden zoals in *evidence-based* preventie, een 'technische' professionaliteit, is dus niet genoeg. Er moeten om goed te kunnen handelen in preventie immers afwegingen en keuzes gemaakt worden, tussen belangen, opvattingen, doelen en wensen. Maar voor dat afwegen en kiezen schiet die wetenschappelijke *evidence* per definitie tekort, omdat zaken als belangen en waarden juist buiten beeld blijven, moeten blijven. Goed handelen in preventie vereist daarom ook andere kennis en vaardigheden, een ander soort professionele vorming, naast én in verbinding met een 'technische' vorming. Nodig zijn ook reflectie, een kritisch-onderzoekende houding, de moed om standpunten in te nemen. Reflectie draait niet alleen om evalueren, maar ook om open en opnieuw onderzoeken van wat er omgaat en waar het om gaat. Om kennismaken van en verbinding aangaan met processen van betekenis- en zingeving, bij jezelf en bij de mensen met wie je werkt, in instellingen en instanties. Kritisch betekent vooronderstellingen zichtbaar maken en bevragen, een bredere blik ontwikkelen die niet alleen het gepresenteerde effect ziet maar ook hoe iets uitwerkt, binnen en buiten gezondheid, van individueel tot maatschappelijk niveau. En de moed hebben een standpunt te durven innemen, staan voor wat je doet en gedaan hebt, je durven en willen verantwoorden naar alle betrokkenen, daarbij expliciet een plek inruimen voor eigen en andermans en -vrouws normen, waarden en betekenissen rond gezond en ziek.

In zo'n perspectief op professionaliteit, met naast een technische ook een daarmee verbonden 'normatieve' professionalisering (Van den Ende & Kunneman 2007), staat ethisch en filosofisch onderzoeken van de vraag naar goed handelen in preventie niet meer buiten de alledaagse praktijk van preventie, maar maakt er deel van uit, heeft een plaats binnen die praktijk. Ethiek en filosofie van preventie worden zo belangrijke hulpbronnen voor een preventieprofessional om goed handelen in de praktijk vorm te geven. Niet als enige maar wel belangrijke hulpbronnen, naast sociale netwerken, kunst, levensbeschouwingen, andere disciplines, ervaringen en verhalen die je raken. Het verwerven en onderhouden van zo'n 'normatieve' professionaliteit verbonden met en in relatie tot de 'technische professionaliteit, kun je natuurlijk niet in je eentje. Samen met je collega-professionals, samen met de buurt of doelgroep, kun je zo beter leren van wat er gebeurt en gedaan wordt. Immers, om te kunnen leren zijn reflecteren en onderzoeken noodzakelijk, en dat zijn essentiële onderdelen van deze

invulling van professionaliteit Een normatieve component naast een technische, en samen met collega's en cliënten, maken het vak van preventieprofessional daarmee ook leuker, rijker en betekenisvoller.

Herneming: vooronderstellingen in preventie en gezondheidsbevordering

In het voorgaande zijn verschillende manieren van omgaan met de vraag naar goed handelen in preventie beschreven. Als eerste werd geschetst hoe deze vraag vanuit de ethiek en filosofie kan worden benaderd. Dat is vaak zinnig en vruchtbaar, maar heeft als nadeel dat ethiek en filosofie buiten het normale werk van de preventieprofessional blijven staan. Voor dat normale werk zou dan een *evidence-based* benadering genoeg zou zijn. Echter, in de praktijk werkt *evidence* als antwoord op de vraag naar goed handelen niet, omdat elke professional afwegingen en keuzes moet maken waarvoor die *evidence* tekort schiet. Daarom werd opnieuw gedacht over het werken van de professional, over professionaliteit. Een professionaliteit die het maken en verantwoorden van dit soort keuzes serieus neemt, kan niet volstaan met een technische, maar heeft ook een normatieve component nodig. Ethische en filosofische vragen kunnen en willen stellen vormt dan een normaal onderdeel van goed professional zijn, om te kunnen komen tot goed handelen in de praktijk van preventie.

Maar professionals en opvattingen over professionaliteit staan niet op zichzelf. Die zijn immers ingebed in en worden gevormd door het hele systeem van de publieke gezondheidszorg. Een hoofdstuk over ethiek en filosofie van en in preventie kan niet anders dan de vraag naar goed handelen nog breder stellen, namelijk als een vraag aan de hele sector van preventie, aan de hele openbare gezondheidszorg. Wat zijn haar waarden en doelen, waar streeft ze naar, met welke middelen, vanuit welke mens- en wereldbeelden en sturingsopvattingen, en hoe is haar relatie met maatschappij en publiek?

De openbare gezondheidszorg kan op veel historische successen bogen. Zo heeft ze een belangrijke bijdrage geleverd aan de stijging van de levensverwachting. Gezondheidsbescherming en ziektepreventie waren hierbij lang de zwaartepunten, in de bestrijding van epidemieën, bescherming tegen gevaarlijke stoffen en nadruk op hygiëne. Sinds een aantal decennia is gezondheidsbevordering steeds belangrijker geworden in de ambities van de publieke gezondheidszorg. Dit bevorderen van gezondheid wordt hoofdzakelijk nagestreefd vanuit een technisch-rationeel perspectief en mensbeeld: burgers zijn door informatie te sturen. Gebeurt dat niet, dan is er blijkbaar een gebrek aan kennis. Er is dan nog meer overdracht van informatie nodig, nog betere modellen en nog meer *evidence*, waardoor gedrag steeds effectiever gestuurd kan worden, zo is het idee. Maar wat blijkt? Hoewel burgers gezondheid erg belangrijk vinden, nemen ze de gezondheidsadviezen van de experts over een gezonde leefstijl maar matig ter harte. Meer informatie leidt maar zelden tot gezonder gedrag. De vraag is dus, kloppen die vooronderstellingen wel, over het sturen van burgers door informatie, en gebrek aan kennis als oorzaak van een ongezonde leefstijl? Maar dat is een vraag die voorbij de individuele professional gaat. Het is een vraag aan de maatschappelijke gezondheidszorg als systeem, als geheel van organisaties en praktijken: ligt het misschien *niet* aan een gebrek aan kennis en sturingsmogelijkheden bij de burger, maar aan de opvattingen en vooronderstellingen in de publieke gezondheidszorg over het bevorderen van gezondheid?

Het rationele model binnen preventie

Wie terugkijkt, ziet dat vroeger ziekte en gezondheid je vooral overkwamen, als toeval of straf. In de loop van de negentiende eeuw begin dat beeld te kantelen, er ontstonden steeds

meer mogelijkheden om ziekte en gezondheid te beïnvloeden. Wat preventie betreft lag hierbij de nadruk op het collectieve, de omgeving: preventie in de negentiende eeuw was vooral een zaak van het bouwen van dijken, het aanleggen van riolering en waterleiding en het opstellen van regelgeving voor voedingsmiddelen. Vanaf de eeuwwisseling werd ook de mens steeds meer aangrijpingspunt voor preventie (Horstman & Houtepen 2005). De dokter en de wijkzuster vertelden de mensen in de eerste helft van de twintigste eeuw hoe gezond te leven: rust, reinheid en regelmaat. Ze werden al professionals vertrouwd, dokter en zuster hadden immers opleiding en ervaring en ontleenden daar wijsheid en gezag aan. Professionals werden door de overheid redelijk met rust gelaten en burgers keken tegen hen op. Doen wat je gezegd wordt hield voor de lagere klasse ook een kans tot sociale stijging in, bijvoorbeeld door het volgen van hygiënische voorschriften. Preventie werd gericht op het huishouden en gedrag, hygiëne, seksualiteit, het opvoeden van kinderen, roken en alcohol. Door deze ‘opvoedende’ activiteiten ter bescherming van de gezondheid, werden tegelijk de lagere regionen van de maatschappij de beschaving en het fatsoen van de burgerlijke klasse bijgebracht.

Langzaamaan wordt wetenschappelijke kennis steeds meer leidend in preventie. Het zijn niet meer burgerlijke normen en waarden, maar rationele, wetenschappelijke feiten die bepalen wat de belangrijkste problemen zijn en wat daar aan te doen valt. Vanaf de jaren '70 wordt preventie steeds meer vanuit een ‘rationeel’ model vormgegeven (Horstman & Houtepen 2005). Er ontwikkelt zich ook een wetenschap van de sturing van gedrag, met steeds verfijndere modellen van gedragsdeterminanten en hoe die (kosten-)effectief te beïnvloeden. In dit rationele mensbeeld en model van preventie kiezen rationele mensen om hun gedrag te veranderen als wetenschappelijke informatie hen daar toe aanzet. Meer en betere informatie leidt dan tot gezonder gedrag.

Het rationele model bevraagd

Maar zoals gezegd, dat blijkt niet zo eenvoudig te liggen. Dit rationele model wordt dan ook op verschillende manieren bekritiseerd. Zo is het de vraag of het mensbeeld ervan wel voldoende realistisch is. Mensen zijn immers meer dan rationele informatieverwerkers. Mensen hebben hun eigen normen, inzichten en levensstijlen en emoties zijn van groot belang. Iedereen heeft een geschiedenis die je heeft gemaakt tot wat je bent, als persoon van vlees en bloed. Hoe je je gedraagt, je leven leidt en vormgeeft, heeft daar alles mee te maken. Er speelt dus veel meer dan rationeel informatieverwerken. Dit mensbeeld is ook als te individualistisch bekritiseerd. Mensen bevinden zich steeds in relaties met anderen, en informatie krijgt juist daarbinnen betekenis. Mensen schipperen en balanceren tussen de verschillende zaken die ze belangrijk vinden en wat anderen van hen verlangen, en proberen zo hun eigen ‘goede leven’ te leiden.

Kritiek is er ook op de impliciete normen van het rationele model. Als mensen inderdaad rationeel zijn, is het ook moreel juist om de wetenschappelijke gezondheidsadviezen op te volgen. Wie dat niet doet maar daarvan wel op de hoogte en daartoe in staat was, heeft ongezondheid en ziekte aan zichzelf te danken. De impliciete norm lijkt dan: wie gezond is, toont zelfbeheersing, wie ziek is heeft zichzelf niet onder controle (De Beaufort 1991, Lupton 1995). En die norm werkt juist zo goed omdat die impliciet blijft. Maar een feit is iets anders dan een norm, *is* is geen *ought*. Een relatie van causaliteit (roken leidt tot ziekte) is niet vanzelfsprekend een relatie van moraliteit (de ziekte is de schuld van de roker). De moralisering van gezond gedrag op basis van wetenschappelijke feiten, hangt ook samen met het zien van rationele, wetenschappelijke kennis als ‘objectief’, terwijl doelgroepen slechts ‘subjectieve’ meningen zouden hebben. Op deze hiërarchie van soorten kennis is echter veel

kritiek geuit. Bij het tot stand komen van wetenschappelijke kennis blijken immers sociale en persoonlijke invloeden van groot belang, terwijl de meningen van ‘leken’ vanuit hun eigen perspectief vaak rationeel zijn (Nowotny et al. 2001).

Ook is gezondheid niet zo maakbaar als het soms lijkt binnen het rationele model van preventie. Maar erfelijkheid en omgeving zijn van grote invloed op gezondheid en gedrag.. Toeval en risico's zijn niet uit te sluiten, ook niet door screening, zelftests of *total body scans*. Ook mensen die in goede omstandigheden steeds gezond geleefd hebben kunnen ziek worden. Omdat die omgeving, fysiek, sociaal en economisch, zo'n grote rol speelt in gezondheid maar buiten de invloed van het individu ligt, delegeren veel mensen liever een deel van die verantwoordelijkheid voor gezondheid aan collectieve actoren, zoals professionals en de overheid. Zo wordt ook goed onderwijs niet gezien als een individuele maar als een collectieve verantwoordelijkheid. Verder is het effect van een gedragsverandering of de betekenis van een testresultaat voor een specifiek persoon nooit met zekerheid te duiden. Onderzoek naar risico's en beschermende factoren zegt immers altijd alleen iets over grote groepen. Toch bieden supermarkt, apotheek en (internet)bedrijven steeds meer tests en *checkups* aan. Maar het lichaam is geen auto; het is vaak zelfhelend en reageert op omstandigheden, waardoor een ‘keuring’ op een bepaald moment niet veel hoeft te zeggen. De nadruk op gezondheid als beheersbaar en maakbaar kan leiden tot *healthism* met gezondheid als hét doel op zich (Greco 1993). En de hypochondrie van de *worried well* zorgt mogelijk voor extra werk in de gezondheidssector (Achterhuis 2004, Baggen 2005, Weiss 2002, Mackenbach 2005). Wie gezondheid en ziekte benadert als maakbaar, is als persoon en als professional wellicht slecht voorbereid op de tragische gebeurtenissen die in elk mensenleven onontkoombaar zijn (Kunneman & Brinkman 2005, Schuyt 2005).

Dergelijke kritieken op het rationele model van preventie worden ook herkend binnen het preventieveld zelf. Gedrag veranderen blijkt immers veel moeilijker dan gedacht. De daling van het aantal rokers wordt als een preventiesucces beschouwd, maar ondanks alle campagnes rookt nog zo'n 20-25% van de Belgen (Gezondheidsenquête België 2008). Voor wie vast wil houden aan het rationele model, betekent dat de noodzaak tot een versterkte verwetenschappelijking. Met steeds verfijndere modellen en *evidence-based* preventieprogramma's worden ook wel resultaten geboekt, maar de kloof tussen burgers en professionals blijft groot. Burgers ervaren leefstijladviezen vaak als betuttelend, en vaccinaties en screeningen ontmoeten soms veel weerstand. Hoe is een andere richting dan verdere verwetenschappelijking te denken?

Goed handelen in preventie: terug naar de maatschappij

Om anders te kunnen denken over preventie, niet vanuit het rationele model, niet vanuit het idee dat kennis en vaardigheden (nog) tekort schieten, is het nodig beter te kijken naar het waarom van de opkomst van het rationele model, die technisch-rationalistische stijl (Horstman 2010a). Dit is te begrijpen als een reactie op het verdwijnen van het vanzelfsprekende vertrouwen tussen professionals, politiek en publiek tot halverwege de 20^{ste} eeuw. In de laatste decennia van de twintigste eeuw leidden democratisering, toenemend pluralisme en groeiende mondigheid van burgers tot grotere publieke verantwoordingsdruk over beleid: deugt het beleid wel, leidt het tot de gewenste resultaten, worden de schaarse middelen wel goed besteed?

Om het werken beter te verantwoorden, wordt ingezet op een verwetenschappelijking. De vraag naar ‘deugen’ is weliswaar een normatieve die om ethische en filosofische reflectie

vraagt, maar in een pluralistische maatschappij ontbreekt het aan een collectieve moraal. Daarom wordt wetenschap de scheidsrechter, die kennis wordt immers nog als objectief vertrouwd. Wie wetenschappelijk werkt, *evidence-based*, handelt dus goed. Dit leidt aanvankelijk tot meer gezag voor publieke gezondheidsprofessionals, zij bepalen wat geldt als een belangrijk volksgezondheidsprobleem en hoe dat aan te pakken. Maar de democratisering stopt niet bij de wetenschap: ook de rol van wetenschap(pers) en professionals als deskundigen en bepalers van beleid wordt in toenemende mate bevraagd. Burgers betwisten zowel de feiten als de normen van de publieke gezondheidszorg: ze betwisten dat vaccineren veilig is, zijn niet onder de indruk van de hausse aan risicofactoren die op hun af wordt gevraagd, en ervaren overgewicht niet als het belangrijkste in het leven. De rationele, *evidence-based* benadering als antwoord hierop schiet tekort. Voor het in de praktijk beantwoorden van de vraag naar goed handelen in preventie bleek normatieve professionaliteit van groot belang. Maar die professional functioneert steeds binnen kaders van doelstellingen en succesmaten. Wat moet en kan de publieke gezondheidszorg als geheel anders doen?

Een waarlijk maatschappelijke gezondheidszorg

De publieke gezondheidszorg moet zich in reactie op deze situatie niet blijven afvragen hoe ze mensen toch effectief kan sturen, maar zich bezinnen op de relatie tussen wetenschap, politiek en maatschappij (Horstman 2010b, Horstman 2011). Ze heeft veel wetenschappelijk geleerd over risico's, maar maatschappelijke leerprocessen heeft ze verwaarloosd. Om goed te kunnen handelen, moet de preventie, de publieke gezondheidszorg onder ogen zien dat haar idealen en doelen niet door iedereen en op die manier gedeeld worden, dat ervaringen en perspectieven verschillen, en moet ze de illusie van sturing door kennis van risico's opgeven. In plaats daarvan moeten publieke en duurzame leerprocessen georganiseerd worden: over de betekenis van risico's, over de betekenis van gezond leven, en over de maatstaf voor succes, voor wat goed handelen in preventie is. Let wel, leren zonder vaststaand curriculum en zonder eindtermen: die zijn namelijk onderdeel van het debat.

De taak van de professional is hierbij ondermeer om de controversiële *issues* te agenderen, er mee aan de slag te gaan. En dat kan zoals gezegd alleen maar als er naast een technische inhoud van professionaliteit, ook een reflexieve, kritische, normatieve professionaliteit is. In het stellen van doelen voor beleid, het meten van voortgang en succes van interventies, betekent dit dat vooropgestelde prestatie-indicatoren en SMART-doelen niet voldoen. Een werkelijk *publieke* gezondheidszorg, werkelijk *publieke* professionals, dienen zich te keren tot de burger, en daarmee het gesprek aan te gaan. Niet omdat burgers het allemaal precies weten, niet als het meten van preferenties, maar in dialoog over wat in preventie, in je leven, de moeite waard is. Zo'n dialoog is spannend, omdat het dingen overhoop haalt, omdat gebaande paden niet meer voldoen. Maar die spanningen kunnen vruchtbaar zijn, om te zien wat voorheen buiten de orde bleef, om andere wegen te kunnen zien. En goede professionals kunnen en willen die dialoog aangaan. Maar dat vereist ook goede organisaties, die daarvoor ruimte maken, dat stimuleren, de druk van prestatie, efficiency en korte termijn verdragen en omvormen.

Van sturen naar leren, van en met burgers

Dat kan ook betekenen dat financiering en organisatie niet hangen op een vooraf uitgewerkt projectplan. Je weet immers nog niet wat je gaat leren. Een mooi voorbeeld is het Tilburgse project Gelijke Gezondheid, Gelijke Kansen (Brouwers et al. 2011). Nadat de gemeente akkoord was gegaan met een voorstel voor een 'project zonder plan', committeerden verschillende organisaties zich aan een langdurige samenwerkingsovereenkomst van tien jaar.

In het project werd gewerkt via de ‘Gezonde Chaos’-theorie, wat concreet betekent: niet alles enkel en alleen *evidence-based* willen werken, maar de projectplannen samen met de burgers ontwikkelen. En ja, dan kunnen er spanningen optreden tussen wat professionals willen op basis van wetenschappelijke feiten en wat burgers zelf zien als gewenst en nodig. Dat vergt dus van beleidsmakers en professionals dat zij hun denken en handelen durven ‘kantelen’. Dit project geeft een voorbeeld dat dat ook daadwerkelijk kan, en komt tot de volgende geleerde ‘wijze lessen’: “Zet kleine stapjes en zorg voor een lange adem. Toon veel lef, maar heb zeker ook geduld, volg je intuïtie en verdiep je in de ander; mensen hebben niet altijd alle mogelijkheden om gezond te zijn. En: geef de ‘gezonde chaos’ voldoende ruimte. Probeer niet alles in modellen vast te leggen en geef de professional vertrouwen. In alle gevallen: houd het simpel, dichtbij, concreet en duidelijk. Werk op maat en kies voor een positieve insteek. En maak alle plannen praktisch, haalbaar en duurzaam.”

Met zulke dialogen tussen burgers en professionals en andere betrokkenen, zulke praktijken van preventie, worden nieuwe bronnen van leren in de publieke gezondheid aangewend, die in de verwetenschappelijking buiten beeld bleven. Immers, gewone burgers -zoals we zelf ook zijn!- dik of dun, rokend, drinkend, moe, vader, moeder of kind, gezond of ongezond, hebben veel meer capaciteiten in het omgaan met risico’s en (on-)gezondheid dan nu veelal in preventie wordt gewaardeerd. En juist die kennis, interpretaties en zingeving, *practice-based research*, vormen nieuwe bronnen voor goed handelen in preventie. Een ‘pragmatisch’ perspectief op de publieke gezondheidszorg dus, gericht op samen leren en werken in de praktijk, de concrete situatie en wat daar moet gebeuren. Zo’n perspectief karakteriseert relaties tussen politiek, wetenschap, professionals en burgers niet in termen van blind vertrouwen – het oude paternalisme – noch in termen van sturing en controle, maar in termen van experimenteren en publiek leren.

Een pragmatische stijl betekent geen afscheid van publieke verantwoording. Het houdt juist in dat experts en professionals hun ideeën over risico’s en over preventiestrategieën veel kritischer testen, namelijk niet alleen in het ‘gecontroleerde laboratorium’ van de wetenschap maar ook in de ongecontroleerde sociale wereld van ouders, werknemers en pubers. Jeugdketen, gezondheidsbevordering of infectieziektebestrijding zijn niet alleen technische praktijken, de norm voor succes is betwistbaar, en er zijn meerdere concurrerende idealen van een goed leven. Juist daarom moeten burgers in plaats van object of doelgroep mede-makers en mede-beoordelaars van goed handelen in preventie zijn. Discussies over kennis en waarden moeten daartoe niet worden vermeden, maar worden gestimuleerd. Er moet niet aan burgers maar met en van burgers geleerd worden - ook van dikke, rokende en drinkende burgers! De maatschappij is de *core business* van de publieke gezondheidszorg: die moet dus serieus worden genomen. Over hoe dat te doen valt nog veel te leren. Het is echter wel de enige manier voor onderzoekers en professionals om gezag en vertrouwen te herwinnen in een maatschappij waarin ze niet meer op voorhand op een voetstuk staan, de enige manier om te komen tot goed handelen in preventie.

Veel dank gaat uit naar prof. Klasien Horstman, Universiteit Maastricht, voor haar commentaar en bijdragen; onderdelen van deze tekst verschenen eerder in het Nationaal Kompas Volksgezondheid, TSG-Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen en de Volkskrant.

Literatuurverwijzingen

- Achterhuis H. De gezondheidsutopie. Utrecht: GGD Nederland, 2004.
- Baggen JL. Een gezondheidszorg die het geloof in Utopia voedt, draait dol. *Medisch Contact*, 2005; 3: 106-107.
- Beaufort ID de. 'Eigen schuld, dikke bult', een pijnlijke kwestie. In: *Achtergrondstudies Commissie Keuzen in de zorg*. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1991.
- Brouwers A, Dam J ten, Goeij H de. *Gelijke Gezondheid, Gelijke Kansen: tien jaar ervaring met wijkgericht werken*. TSG, 2011; 89(3): 148-150.
- Buchanan DR. Perspective; A New Ethic for Health Promotion, Reflections on a Philosophy of Health Education for the 21st Century. *Health education & behavior*, 2006; 33(3): 290-304.
- Ende TML van den, Kunneman HP. Normatieve professionaliteit en normatieve professionalisering. Een pleidooi voor conceptuele verdieping. In: Jacobs G, Meij R, Tenwolde H, Zomer Y. (red.). *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam: SWP 2007; 68-87.
- Gezondheidsenquête België 2008. Rapport II - Leefstijl en Preventie. Operationele Directie Volksgezondheid en Surveillance, 2010.
- Greco M. Psychosomatic subjects and the 'duty to be well': personal agency within medical rationality. *Economy and Society*, 1993; 22(3): 357-372.
- Horstman K, Houtepen R. *Worstelen met gezond leven; ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten*. Amsterdam: Het Spinhuis, 2005.
- Horstman K. *Dikke kinderen, uitgebluste werknemers en vreemde virussen: filosofie van de publieke gezondheidszorg in de 21ste eeuw*. Universiteit Maastricht, 2010 (a).
- Horstman K. Mobiliseer de dikkerds, de rokers en de drinkers. *Volkskrant*, 2010 (b); 10 juli:9.
- Horstman K. *Leren van rokers en dikkerds*. TSG, 2011; 89(3): 139-141.
- Kunneman HP, Brinkman F. *Voorbij het dikke-ik; bouwstenen voor een kritisch humanisme*. Amsterdam: Humanistics University Press / SWP, 2009.
- Lupton D. *The imperative of health; public health and the regulated body*. London: Sage, 1995.
- Mackenbach JP. *Laten de mensen maar een beetje geloven in een maakbare gezondheid*. *Medisch Contact*, 2005; 3: 104-106.
- Melse JM, Berg M van den. *Wat zijn ethische aspecten van preventie?* In: *Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid*. Bilthoven: RIVM 2007; www.nationaalkompas.nl/preventie/thema-s/ethische-aspecten-van-preventie.
- NHG. http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen.htm; bezocht 31-01-2012.
- Nowotny H, Scott P, Gibbons M. *Re-thinking science; knowledge and the public in an age of uncertainty*. Cambridge: Polity, 2001.
- Sackett DL, Rosenberg WMC, Muir Gray JA, Brian Haynes R, Scott Richardson W. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 1996;312:71.
- Schuyt K. *Zorgzaamheid en Zorgvuldigheid. De verborgen bronnen van een goede zorg voor gezondheid*. Utrecht: GGD Nederland, 2005.
- Tiemeijer WL, Thomas CA, Prast HM. *De menselijke beslisser: over de psychologie van keuze en gedrag*. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2009.
- Weiss G. They're not sick; they need a doctor; you can cope. *Medical Economics*, 2002; 21: 41.