jaargang 24 | nr 2 | 2017

Podium voor Bio-ethiek

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

Gezondheid in meervoud.
Interview met Franck Meijboom en Joachim Nieuwland
Niels Nijsingh en Dirk Stemerding

Reflectie op Gezondheid in meervoud vanuit wetenschappelijk perspectief
Hendrik-Jan Roest

One Wellbeing
Monique Janssens

Bij een ethiek voor One Health graag meer aandacht voor uitdagingen buiten de bio-ethiek
André Krom

Antibiotica, dieren en mensen
David Speksnijder en Jaap Wagenaar

Antibiotica-resistentie: een complexe catastrofe
Niels Nijsingh

Zijn de gezondheidseffecten van milieuvervuiling (on)gelijk verdeeld?
Stijn Neutelaars en Bert Morrens

Promovendi-column: De ethiek van One Health
Joost van Herten

Medische ethiek anno 2017: een driegesprek met Jolien Glaudemans, Eric van de Laar en Govert den Hartogh
Katja ten Cate

Zichtbaar CEG
Margot Zomers en Alies Struijs

Berichten van het Rathenau Instituut
Jacqueline Pot & Maartje Niezen

Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek

Colofon

De NVBe streeft naar (1) stimulering van de bio-ethiek (humane, dier- en natuurethiek) in relevante sectoren, (2) contacten tussen vertegenwoordigers uit verschillende vakgebieden, instellingen en organisaties die betrokken zijn bij bio-ethische kwesties, (3) erkenning van de waarden van een open discussie over bio-ethische problemen in wetenschap en samenleving, (4) presentatie van discussies in de bio-ethiek in Nederland.

Het Podium voor Bio-ethiek (voorheen de Nieuwsbrief) van de vereniging draagt bij aan deze doelen door publicatie van bio-ethisch nieuws (van binnen en buiten de vereniging) en bondige, voor een breed publiek toegankelijke, interdisciplinaire bijdragen over bio-ethische kwesties.

Het Podium voor Bio-ethiek verschijnt vier keer per jaar en wordt toegezonden aan leden van de NVBe. Het Podium voor Bio-ethiek, mededelingen uit de Vereniging en bio-ethische informatie verschijnen ook op www.nvbe.nl.

Redactieadres

Secretariaat NVBe
info@NVBe.nl, t.a.v. Podium-redactie.

Redactie

dr. Rosanne Edelenbosch drs. Beatrijs Haverkamp,
dr. Eric van de Laar, dr. Heleen van Luijn,
dr. Hanneke van der Meide, dr. Niels Nijsingh,
dr. Lieke van der Scheer en dr. Dirk Stemerding.

Website

dr. Clemens Driessen.

Opmaak

drs. Ger Palmboom.

Instructie voor bijdragen

Bijdragen in overeenstemming met de doelstelling van Het Podium voor Bio-ethiek zijn van harte welkom. Voor suggesties en vragen kunt u zich wenden tot de redactie via het e-mailadres. Artikelen bij voorkeur rond de 1500 woorden, boekbesprekingen en verslagen van congressen, conferenties, etc. maximaal 500 woorden.
Bij voorkeur geen uitgebreide literatuurverwijzingen. Bijdragen kunt u per e-mail sturen naar het redactieadres.
De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren of in te korten.

Bestuur NVBe

dr. Nikkie Aarts, drs. Katja ten Cate, dr. Clemens Driessen,
drs. Joost van Herten, dr. Anke Oerlemans (penningmeester),
dr. Lieke van der Scheer (voorzitter) en
dr. Guus Timmerman (secretaris).

WWW.NVBe.NL

Lid worden?

Iedereen die op een of andere manier (op academisch niveau) betrokken is bij de levenswetenschappen en de ethische reflectie daarop, kan lid worden van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek (NVBe). Op de website www.nvbe.nl (doorklikken naar 'Lidmaatschap') vindt u een formulier waarmee u zich kunt aanmelden als lid.

Neem contact op met het secretariaat:

NVBe Ledenadministratie
Verenigingen Beheer Nederland B.V.
Spinozalaan33
2273 XC VOORBURG
E-mail: ledenadministratie@nvbe.nl
Telefoon: +31 (0)70 456456
(maandag t/m vrijdag 9:00 uur t/m 17:00 uur)

Inhoudsopgave

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

2 **Inleiding. Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen**
Dirk Stemerding en Niels Nijsingh

4 **Gezondheid in meervoud. Interview met Franck Meijboom en Joachim Nieuwland**
Niels Nijsingh en Dirk Stemerding

8 **Reflectie op *Gezondheid in meervoud* vanuit wetenschappelijk perspectief**
Hendrik-Jan Roest

11 **One Wellbeing**
Monique Janssens

14 **Bij een ethiek voor One Health graag meer aandacht voor uitdagingen *buiten* de bio-ethiek**
André Krom

17 **Antibiotica, dieren en mensen**
David Speksnijder en Jaap Wagenaar

20 **Antibiotica-resistentie: een complexe catastrofe**
Niels Nijsingh

23 **Zijn de gezondheidseffecten van milieuvervuiling (on)gelijk verdeeld?**
Stijn Neutelaars en Bert Morrens

26 **Promovendi-column: De ethiek van One Health**
Joost van Herten

27 **Medische ethiek anno 2017:** een driegesprek met Jolien Glaudemans, Eric van de Laar en Govert den Hartogh
Katja ten Cate en Dirk Stemerding

32 **Zichtbaar CEG**
Margot Zomers en Alies Struijs

33 **Berichten van het Rathenau Instituut**
Jacqueline Pot & Maartje Niezen

Uit de Vereniging

NVBe JUBILEUM-SYMPOSIUM 19|4|18

Ethici houden zich intensief bezig met de vragen en beslissingen van zorg- en techniek-professionals op de werkvloer. Ze doen bijvoorbeeld empirisch onderzoek naar wat genoemde professionals belangrijk vinden, en betrekken dat vervolgens bij hun ethische reflecties. Ook denken ze mee met professionals over verantwoorde zorg voor mensen, dieren en milieu en techniek: De 'praktische wending' lijkt dus wel compleet!

Maar wat merken professionals hiervan? Bereiken praktische ethici hen voldoende? Worden ze moreel gevoed en gesteund? Hebben de ethici voldoende afstand om kritisch over praktijken te denken? Of is voor kritische distantie juist behoefte aan theoretische, strikt academische ethiek? Kortom, hoe is de verhouding anno 2018 tussen de professionals, praktisch ethici en academici? Welke vormen van samenwerking, concurrentie en afhankelijkheid doen zich voor?

Over deze vragen brengen we op het symposium professionals uit de humane en dierzorg en ingenieurs in gesprek met ethici werkzaam in een beleids- of empirische onderzoekscontext én met ethici actief in het academisch onderzoek.

In het Podium voor bio-ethiek publiceren we als aanloop naar het symposium op 19 april 2018 steeds een driegesprek. In dit nummer gaat het over gezondheidszorg en leest u een trialoog tussen een huisarts, klinisch ethicus en emeritus hoogleraar medische ethiek. In het volgende Podium spreken een dierenarts, ethicus van de beroepsorganisatie KNMvD en universitair hoofddocent met elkaar. De derde editie zal gaan over nieuwe technologieën.

Op het programma van het symposium onder andere workshops, sprekers, een buffet en muziek! Reserveer daarom alvast de middag en de avond in uw agenda, en houdt uw mailbox en onze website (www.nvbe.nl) in de gaten voor programma-updates, informatie over de precieze locatie en aanmelding.

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

Inleiding

Volksgezondheid gaat over gezondheidsvraagstukken van de bevolking als geheel of groepen daarbinnen en op de specifieke leefomstandigheden die met deze vraagstukken samenhangen. Het voorkómen van epidemische infectieziekten door vaccinatie en maatregelen ter bevordering van hygiëne en veiligheid zijn traditioneel belangrijke speerpunten in het volksgezondheidsbeleid. Met het bedwingen van infectieziekten zijn welvaartsziekten in het streven naar preventie geleidelijk meer op de voorgrond komen te staan, met leefstijl en individuele gedragsverandering als centrale aandachtspunten. Maar infectieziekten zijn de wereld nog niet uit. Als gevolg van wereldwijd toegenomen menselijk verkeer en de enorme groei van intensieve veehouderij doen de daarmee samenhangende volksgezondheidsvraagstukken zich bovendien voor op steeds grotere schaal. Daarbij ontstaan ook nieuwe infectieziekten tussen mens en dier, zoals onlangs de Q-koorts in ons eigen land. In deze context is de *One Health*-benadering internationaal en in Nederland opgekomen als verbreding van het perspectief in het denken over volksgezondheid, met aandacht voor mens, dier en omgeving en de wisselwerking daartussen.

In hun, op verzoek van de NVBe geschreven, *Gezondheid in meervoud*, laten Franck Meijboom en Joachim Nieuwland zien wat de meerwaarde is van de One Health-benadering en op welke manier deze bij zou kunnen dragen aan verantwoord omgaan met een scala aan eigentijdse volksgezondheidsproblemen. Het One Health-concept brengt daarbij niet alleen nieuwe uitdagingen met zich mee voor wetenschap en beleid, maar vraagt ook om nieuwe manieren van doordenking van de morele status van mens, dier en ecosysteem, en de waarde van gezondheid voor al die entiteiten. Tegelijkertijd roept One Health als nieuwe benadering ook praktische en institutionele vragen op.

Met *Gezondheid in meervoud* hebben Meijboom en Nieuwland tal van aansprekende vragen opgeworpen die nog niet zo eenvoudig te beantwoorden zijn. Genoeg aanleiding dus om de auteurs uit te nodigen voor een interview. De weergave daarvan vindt u terug als eerste bijdrage aan dit themanummer. De auteurs pleiten voor een verbreding van het volksgezondheidsbegrip, waarbij de mens niet meer vanzelfsprekend centraal staat en de verzuiling tussen gezondheids-, dier- en milieuethiek doorbroken wordt.

Hendrik-Jan Roest refelcteert op *Gezondheid in meervoud* op basis van zijn ervaring als dierenartsonderzoeker. Ook in de diergeneeskunde signaleert hij een traditionele exclusieve dienstbaarheid aan de gezondheid van de mens. Tegelijkertijd leren dierenartsen over soortgrenzen heen te denken en is vanuit de diergeneeskunde One Health ook op de agenda gezet. Roest vraagt in het bijzonder aandacht voor het ecologische systeem als een samenhangend en complex geheel dat op uiteenlopende manieren zijn weerslag heeft op de gezondheid van mens en dier. Samenwerking tussen verschillende wetenschappelijke disciplines, inclusief de ethiek, ziet hij bij uitstek als de kracht van One Health.

Monique Janssens, ethicus en communicatieadviseur, gaat in haar bijdrage in op de uiteenlopende relaties die mensen met dieren onderhouden en hoe verschillend dieren daarin behandeld worden. Ethiek is daarbij in de bedrijfsmatige omgang met dieren een ondergeschoven kindje. In de vermaarde drieslag van people, planet, profit blijft het dier op een veelzeggende manier ongenoemd, met in de bedrijfsethiek als vanzelfsprekend uitgangspunt dat bij dieren gezondheid en welzijn in elkaars verlengde liggen. Janssens pleit voor welzijn als centrale waarde, waaraan gezondheid en ecologie, hoe belangrijk ook, niet anders dan dienstbaar zijn. Zij hoopt dat de geroemde samenwerking binnen One Health zich ook zal uitstrekken tot het bedrijfsleven en de bedrijfsethiek.

De grensoverschrijdende ethisch-filosofische kwesties op het terrein van One Health roepen de vraag op of hiermee niet al te veel op het bord komt te liggen van (niet ethisch geschoolde) professionals in de onderzoeks- en beleidspraktijk. Ethicus André Krom gaat naar aanleiding van die vraag nader in op de institutionele implicaties van One Health. Hoe voorkomen we dat One Health-professionals overvraagt? Voorbeelden uit de RIVM-praktijk laten zien hoe One Health-uitdagingen daadwerkelijk worden opgepakt, maar ook dat One Health veel vraagt van

een organisatie en van One Health-professionals. Krom pleit er voor om de institutionele context een belangrijke rol te laten spelen bij het dichten van de kloof tussen kunnen en moeten, dat wil zeggen bij de vraag wat we redelijkerwijs van One Health-professionals mogen verwachten.

Dierenarts David Speksnijder en veterinair microbioloog Jaap Wagenaar belichten in hun bijdrage het antibioticagebruik in de dierhouderij als een belangrijk One Health-vraagstuk. Antibioticagebruik op grote schaal heeft intensivering in de dierhouderij gefaciliteerd, maar ook bijgedragen aan het ontstaan van antibiotica-resistentie. Daarbij contrasteert het hoge gebruik in de dierhouderij met een restrictief gebruik in de humane gezondheidszorg. Dat heeft in Nederland geleid tot nieuw beleid in het kader van One Health, met als doel om het antibioticagebruik in de dierhouderij aanzienlijk te reduceren. Het blijft daarbij balanceren tussen de kans op resistentie zo klein mogelijk te houden en dieren niet te schaden door hen geen antibiotica te onthouden als ze het nodig hebben.

Ook ethicus Niels Nijsingh gaat in op het probleem van antibiotica-resistentie als een ultiem One Health-vraagstuk. Dit probleem laat zich beschrijven als een complexe catastrofe. De complexiteit van het probleem maakt een geïntegreerde systeembenadering onvermijdelijk. Tegelijkertijd worden we geconfronteerd met de vraag wat redelijk is in het licht van een mogelijke catastrofe op wereldschaal. Nijsingh suggereert dat de voortschrijdende antibiotica-resistentie bestaande ethische kaders onder druk zet. In hoeverre mogen we individuele mensenrechten geweld aan doen als dat een catastrofe mogelijk helpt voorkomen?

In een bijdrage over gezondheidseffecten van milieuvervuiling gaan filosoof Stijn Neutelaars en socioloog Bert Morrens in op het aspect van rechtvaardigheid dat ook in *Gezondheid in meervoud* aan de orde komt als belangrijk normatief uitgangspunt voor One Health. Discussies over milieurechtvaardigheid zijn ingegeven door voorbeelden van plaatselijke milieuvervuiling die vooral sociaal zwakkere groepen treffen. Hedendaagse vormen van vervuiling treffen echter veel vaker de samenleving als geheel, terwijl gezondheidsproblemen bij sociaal zwakkere groepen veel meer samenhangen met individuele leefstijl. Daarmee komt het klassieke idee van milieurechtvaardigheid onder druk te staan. Of misschien toch niet?

In de promovendicolumn signaleert dierenarts Joost van Herten ten slotte het risico in discussies over One Health van een theoretisch-ethische benadering die niet aansluit bij de praktijk en daarom niet in staat is om moreel richting te geven aan gezondheidsprofessionals. Hij wil daarom op zoek naar een invulling van een ethiek rondom One Health in een niet-ideale wereld.

De NVBe viert haar **25-jarig jubileum op donderdag 19 april 2018**. Noteert u deze datum alvast. Het thema zal zijn: wat is de rol en de functie van ethiek in verschillende praktijken? Wat betekenen die praktijken voor elkaar, kan die betekenis versterkt worden?

De redactie van het Podium en het bestuur van de NVBe starten in de aanloop naar het jubileumsumposium een nieuwe rubriek: een driegesprek tussen een professional uit de praktijk, een ethicus werkzaam in een beleidscontext en een ethicus actief in het academisch onderzoek.

In dit eerste driegesprek spreekt bestuurslid Katja ten Cate met huisarts Jolien Glaudemans, klinisch ethicus Eric van de Laar en ethicus Govert den Hartogh. Na dit eerste driegesprek over medische ethiek anno 2017 zullen nog twee driegesprekken volgen over milieu-ethiek en ethiek van nieuwe technologieën, in het bijzonder mens-machine interactie.

Dirk Stemerding en Niels Nijsingh
themaredactie

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

Gezondheid in meervoud
Interview met Franck Meijboom en Joachim Nieuwland

Niels Nijsingh & Dirk Stemerding

Op verzoek van de NVBe schreven Franck Meijboom en Joachim Nieuwland het pre-advies *Gezondheid in Meervoud. Over ethische aspecten bij One Health en de noodzaak tot samenwerking binnen de ethiek.* Tijdens het NVBe jaarsymposium op 30 maart 2017 werd hierover levendig gediscussieerd.

Onder de noemer van One Health is wereldwijd aandacht voor de verwevenheid van de gezondheidsrisico's voor mensen, dieren en ecosystemen, ingegeven door de dreiging van infectieziekten die worden uitgewisseld tussen mens en dier. In hun pre-advies bepleiten Meijboom en Nieuwland een normatief kader waarin ethische perspectieven op mens, dier en milieu samenkomen en dat het mogelijk maakt om ethische vragen met betrekking tot de gezondheid van mens, dier en ecosystemen in samenhang te benaderen. Een terugblik in dit interview met de beide auteurs.

Hoe zijn jullie bij het onderwerp One Health terechtgekomen? Hoe verhoudt dit zich tot waar jullie dagelijks mee bezig zijn?

Joachim: Bij mij gaat dit terug op mijn masteropleiding filosofie en mijn achtergrond als dierenarts. Ik zocht een onderwerp voor mijn eindscriptie. Daarbij kwam het begrip One Health naar boven als een interessante nieuwe kijk op gezondheidsbeleid. De ethische vragen die daarbij opkomen staan ook centraal in mijn promotieonderzoek. Samen met Franck geef ik bovendien onderwijs aan diergeneeskundestudenten over professionele ethiek, veterinaire ethiek en

dierenwelzijn. One Health biedt daarvoor een goed aanknopingspunt.

Franck: Van huis uit ben ik theoloog. Via wijsgerige ethiek en een aantal projecten die te maken hadden met dierziekten ben ik betrokken geraakt bij de thematiek van One Health. Dat begon met de vraagstukken rond mond- en klauwzeer en vogelgriep in 2002 en 2003. Ik heb toen meegewerkt aan een NWO-project waarin we niet alleen keken naar preventie en controle maar ook naar de ethische aspecten daarvan. Hoe kan je voorkomen dat dieren geruimd worden en als ze geruimd moeten worden, hoe kom je dan tot maatschappelijk geaccepteerde afwegingen? Samen met Marcel Verweij kwam ik tot de conclusie dat er opvallend veel verbanden zijn tussen de ethiek van publieke gezondheidszorg en dierethiek, zonder dat die in de praktijk op elkaar betrokken worden. One Health was toen nog vooral een interne discussie binnen diergeneeskunde, waarbij dierenartsen zich meer en meer profileerden en aangaven zinvolle kennis en ervaring te kunnen delen op het gebied van veterinaire en humane gezondheid.

Heeft het schrijven van het pre-advies jullie tot nieuwe inzichten gebracht?

Franck: Het schrijven van het pre-advies heb ik enigszins als een sprong in het diepe ervaren. Er waren veel facetten waar ik dieper in wilde duiken. Niet alleen om na te gaan wat het One Health-concept precies inhoudt, maar ook om te zien of we de praktijk een stap verder zouden kunnen brengen door te reflecteren op de normatieve component daarvan. Het heeft mij geholpen om vanuit de veelvormigheid in de praktijken van public health, dierenartsen en individuele gezondheidszorg te kijken hoe je greep kunt krijgen op de brede verscheidenheid van ethische aspecten die er mee verbonden zijn. Al schrijvend kregen we de indruk dat One Health bijna over alles gaat. Het gevaar is dan dat je schrijvend over alles, uiteindelijk niets meer schrijft. We wilden dus recht doen aan de breedte, maar het verhaal tegelijkertijd ook hanteerbaar houden door handen en voeten te geven aan de vraag: wat betekent dit nou in termen van wat moreel te verdedigen en rechtvaardig is?

Joachim: Ja, het was een mooie uitdaging om hier iets over te zeggen en dit eens een keer op te schrijven vanuit een gedeeld perspectief. Juist omdat we het er zo vaak over hebben gehad er in verschillende contexten mee bezig zijn. One Health wordt vaak gebruikt als containerbegrip, óf juist heel smal opgevat. Het schrijven van het pre-advies daagde ons uit om na te denken over de vraag waar One Health over gaat als het niet over alles gaat, maar wel over meer dan alleen zoönotische ziekten. We hebben geprobeerd om daar invulling aan te geven aan de hand van vier functies van One Health. Het gaat dan niet alleen om de bescherming van de gezondheid van mens en dier, maar ook om een breder begrip van de manier waarop ziekte en gezondheid worden beïnvloed door relaties tussen mens en dier en door de ecologische dimensie daarvan. Daarmee is het plaatje nog niet compleet, maar het laat zien hoe je over One Health kunt praten op een manier die in zichzelf verhelderend is en bovendien te koppelen aan ethische discussies. Dat heeft ook voor ons zelf het een en ander opgeleverd. In mijn promotieonderzoek ben ik veel bezig met rechtvaardigheid, en ook dat hebben we nu een plek kunnen geven in een algemener verhaal over One Health.

Publieke gezondheidszorg kreeg in de negentiende eeuw vorm in een 'hygiënistische' beweging van artsen die ziekte niet alleen zagen als iets dat individuen overkomt, maar ook alles te maken heeft met woon-, werk- en leefomstandigheden. Hoe verhoudt One Health zich vanuit dit historisch perspectief tot bestaande praktijken van publieke gezondheidszorg?

Joachim: Ik denk dat One Health heel sterk aansluit bij de geschiedenis van de publieke gezondheidszorg. Daarbij denk ik bijvoorbeeld ook aan 'ecological public health', dat heel verwant is aan One Health. In die benadering worden verschillende perspectieven op gezondheidsbeleid onderscheiden die ieder op zichzelf niet kunnen volstaan. Als je alleen maar naar de omgeving kijkt, dan mis je belangrijke dingen. Je moet dus ook kijken naar het klinische aspect. Maar ook daarmee ben je er nog niet, want je moet bijvoorbeeld ook kijken naar gedrag. Ik denk dat One Health nog weer een stap verder is, die niet in strijd is met deze manieren van kijken naar gezondheidsbeleid, maar die nadrukkelijk de causale relaties tussen mens, dier en natuurlijke omgeving meeneemt. In die zin kun je One Health opvatten als een nog meer holistische, ecologische manier van kijken naar gezondheid.

Liggen One Health en bestaande praktijken van publieke gezondheidszorg in elkaars verlengde, of zien jullie toch opvallende verschillen?

Franck: Dat is lastig te beantwoorden. Soms zie je dat in de publieke gezondheidszorg de geïntegreerde benadering er weliswaar in zit, maar dat dier en natuur toch vooral als reservoir gezien worden voor de gezondheid van de mens. In discussies over publieke gezondheidszorg gaat het niet alleen over collectieve volksgezondheid en sociaaleconomische factoren, maar ook over de interactie met natuur en milieu. Maar de aandacht voor die interactie blijft vrij minimaal omdat de mens in dit perspectief centraal staat. Vanuit One Health zijn er tenminste drie factoren van waaruit je naar gezondheid kan kijken, mens, dier en ecosysteem. Dus ook al sluiten public health en One Health elkaar niet uit, je kunt vanuit het One Health-perspectief het antropocentrische standpunt makkelijker bevragen.

Het One Health-perspectief zou je kunnen zien als vorm van decentrering die vraagt om een ethische, moreel-filosofische analyse?

Franck: Ja. En daarbij roept het dezelfde vragen op vanuit een ander perspectief. Neem de vraag waarom we ter voorkoming van Q-koorts dieren vaccineren, en niet mensen. Die vraag kun je beantwoorden vanuit public health en zeggen dat het vaccineren van de primaire risicobron efficiënter is. Dat kun je vanuit dit gezichtspunt nog helemaal los zien van overwegingen over de morele status van het dier. Terwijl dezelfde discussie in termen van One Health direct gevoerd moet worden vanuit overwegingen van mens, dier en natuur.

Kun je stellen dat de ethiek van public health aan dezelfde beperking lijdt?

Franck: In principe is de ethiek van de publieke gezondheidszorg breed genoeg om met heel veel vragen van One Health een heel eind te komen. Maar uiteindelijk is die centrering op menselijke gezondheid voor een One Health-perspectief een beperking. De interactie tussen diergezondheid en milieu zou bijvoorbeeld prima behandeld kunnen worden vanuit een One Health-perspectief, zonder dat daar een evidente public health-kant achter zit. Het roept allerlei vragen op over hoe je omgaat met de spanning tussen de collectieve belangen van dieren in het wild en daarmee samenhangende milieudruk, die wel degelijk aanleiding geven tot ethische reflectie maar buiten de scope van public health vallen.

Joachim: Ik denk dat One Health op empirische en normatieve gronden public health-ethiek kan uitdagen door ook te kijken naar de belangen van dieren en naar de ecologische determinanten van gezondheid. En omgekeerd kunnen ook dier- en milieu-ethiek daarmee aansluiting zoeken bij en leren van public health-ethiek. One Health stelt dus ook de verzuiling in de ethiek ter discussie.

One Health richt zich op de gezondheid van mens, dier en omgeving. In het pre-advies nemen jullie afstand van een puur biologisch concept van gezondheid. Biedt een dergelijk smal concept niet juist een mooie mogelijkheid om de gezondheid van mens, dier en milieu met elkaar te verbinden?

Joachim: Bij One Health zou je inderdaad graag uit willen gaan van een gezondheidsconcept dat toepasbaar is op zoveel mogelijk soorten en het biologische concept lijkt daarvoor geschikt. Ik denk ook niet dat dat concept helemaal verkeerd is, maar het gevaar is dat je daarmee normatieve vooronderstellingen veronachtzaamt. Als je naar een vleeskuiken kijkt, dan is gezondheid volgens de biologische opvatting dat wat normaal is voor die populatie. Maar gezondheid kan en moet je ook kunnen relateren aan welzijn. (Zie ook het artikel van Monique Janssens in dit nummer. (NN en DS)). Dat is de bredere opvatting van gezondheid die wij voorstaan, maar die zich lastig laat integreren in het One Health-concept. Want dan moet je kijken naar wat het betekent voor een dier om gezond te zijn. Hier zit in ons pre-advies een spanningsveld waaraan moeilijk te ontkomen is.

Franck: We hebben het er in het begin van het schrijfproces over gehad in hoeverre One Health één gezondheidsconcept veronderstelt. We kwamen er uiteindelijk op uit dat het voor zo'n concept geen eenduidig kader geeft. Als je de verschillende kenmerken van One Health serieus neemt, als veelomvattende systeembenadering met een focus op preventie, dan schiet uiteindelijk een smalle conceptie van gezondheid tekort.

Joachim: Gezondheid in brede zin is een belangrijke waarde die uitnodigt om over One Health na te denken en daarvoor ook houvast biedt. Ik denk daarbij bijvoorbeeld aan het werk dat gedaan is binnen theorieën van rechtvaardigheid over gezondheid. Daarin wordt gezondheid gezien als een criterium voor een goed leven, waarover een grote mate van overeenstemming bestaat.

Uit de discussie tijdens de jaarvergadering bleek dat juist de veelomvattendheid van de One Health-benadering ook een beetje als pijnpunt wordt gezien. Waar jullie in je eigen zoektocht geprobeerd hebben om een evenwicht te vinden tussen verbreding en hanteerbaarheid, blijft de vraag of jullie niet te veel verwachten van de mensen die het in de praktijk moeten doen.

Franck: Als je dit wilt operationaliseren is het inderdaad belangrijk om dicht tegen de praktijk aan te gaan zitten. Nu zie je nog teveel dat een discussie over bijvoorbeeld vogelgriep binnen gesloten systemen plaatsvindt. Ik denk dat als je One Health serieus neemt,

dat je dan op een andere manier moet leren omgaan met vraagstukken op het gebied van gezondheid. Niet alleen op individueel niveau, maar vooral ook op het niveau van institutionele structuren. Die bepalen de manier waarop je die vraagstukken kunt benaderen. Je kunt je dus inderdaad afvragen of je niet teveel neerlegt bij individuele professionals die binnen een bepaalde structuur aangesproken worden en zich afvragen hoe ze dat moeten doen. Maar we moeten ook pragmatisch zijn. Je kunt op korte termijn niet verwachten dat je die structuren kan veranderen, en als dat op nationaal niveau al lukt, dan loop je alsnog tegen vergelijkbare structuren in Brussel aan. Wat je wel kunt doen is op het niveau van professionals en beleidsmedewerkers een bewustwording stimuleren van verantwoordelijkheid om vanuit een breder perspectief naar gezondheid te kijken. Daarmee zou je van onderop een One Health-benadering kunnen stimuleren, ook al zijn die institutionele zuilen er nog steeds.

Joachim: Ja, daar hadden we in het pre-advies meer expliciet over kunnen zijn, ik denk dat de discussie tijdens de jaarvergadering daarvoor heel behulpzaam was. Ik ben het ermee eens dat bewustwording heel belangrijk is. In zijn commentaar gaf Hendrik-Jan Roest aan dat hij in zijn adviezen als expert zijn mening thuislaat. (Zie ook het artikel van Hendrik-Jan Roest in dit nummer. (NN en DS)) Ik denk dat hij daar gelijk in heeft, maar ook dat, als je deel uitmaakt van een onderzoeksinstituut dat adviseert over beleid, bewustwording van de bredere context waarin je opereert uitermate belangrijk is. Als je als professional naar je mening wordt gevraagd over een onderwerp dat relevant is voor beleid, zal je moeten uitleggen wat je uitgangspunten zijn en welke relevante zaken je niet bespreekt omdat het buiten je mandaat of expertise ligt.

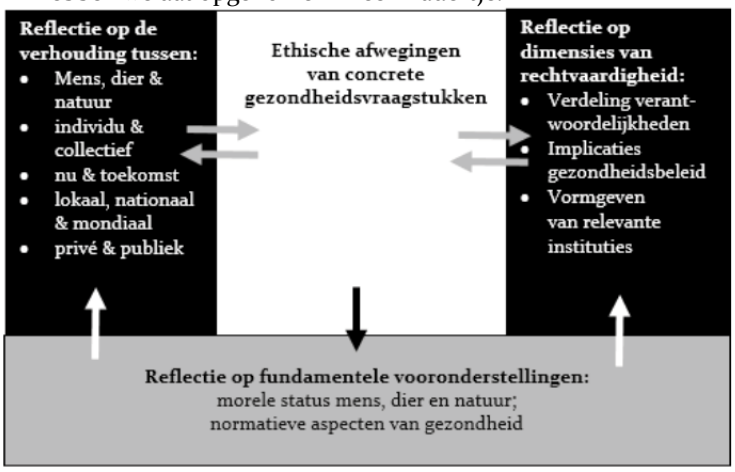
Franck: Ik heb eens voor GGD-artsen een lezing gegeven over mens-dierrelaties. Daar kwam als reactie op dat ze er nog nooit bij hadden stilgestaan dat we, als het bijvoorbeeld gaat over vaccinatieprogramma's, dan ook altijd te maken hebben met vraagstukken die betrekking hebben op dieren. Alleen al de stap om met artsen en dierenartsen om de tafel te gaan zitten, is heel nuttig. Zonder iedereen te overspoelen met informatie die ze niet aan kunnen en zonder op voorhand te zeggen dat we de hele institutionele context van Nederland op de schop gaan nemen.

Zal One Health vanuit het beleidsperspectief niet altijd gevangen blijven in de menselijke gezondheid als uitgangspunt en maatstaf?

Joachim: Ja, natuurlijk. Door uit te gaan van het beleidsperspectief veronderstellen we een bepaald normatief, democratisch kader. In die zin is en blijft het antropocentrisch, zelfs als je alle relevante normatieve vragen hebt gesteld. Maar ik denk dat het gegeven dat het mensen zijn die de beslissingen nemen, niet betekent dat we niet ook kunnen nadenken over wat goed is voor anderen – dieren en ecosystemen – die geen beslissingen kunnen nemen. Vanuit een milieu-ethisch perspectief bijvoorbeeld laat One Health zich breder benaderen in termen van harmonie en evenwicht tussen mens, dier en ecosysteem.

Zou je bij One Health onderscheid kunnen maken tussen twee programma's, enerzijds gericht op verbreding vanuit een holistisch perspectief, anderzijds gericht op instrumentalisering in allerlei praktijksituaties?

Franck: Ja, het klopt dat het hier gaat om twee verschillende dimensies van One Health. In het pre-advies hebben we dat opgenomen in een kadertje.



De onderste laag van dat plaatje, het nadenken over de fundamentele vooronderstellingen kan ook een kritiek zijn op zowel de institutionele beleidscontext alsook op concrete ethische afwegingen. Tegelijk is dit ook een wisselwerking. We hebben in de praktijk te maken met gezondheidsvragen waar we iets mee moeten. Dus we zien hier inderdaad twee onderscheiden, maar nadrukkelijk gerelateerde, terreinen van One Health. De rol van de ethiek is om daarbij ook de vraag te stellen naar het antropocentrische perspectief en kritisch te reflecteren op de operationalisering van One Health.

Dr. Franck Meijboom (1975) studeerde theologie en ethiek aan de universiteit van Utrecht en de universiteit van Aberdeen (UK). Hij is als universitair hoofddocent ethiek verbonden aan de Faculteit Diergeneeskunde van de universiteit Utrecht, waar hij tevens leiding geeft aan het Centre for Sustainable Animal Stewardship (CenSAS).

Drs. Joachim Nieuwland (1983) studeerde diergeneeskunde aan de Universiteit van Utrecht en filosofie aan Tilburg University. Als docent ethiek is hij verbonden aan de faculteit Diergeneeskunde van de Universiteit Utrecht. Hij werkt op dit moment ook aan zijn proefschrift aan de universiteit Leiden, waar hij onderzoek doet naar de verplichtingen jegens mensapen binnen het kader van One Health.

Franck en Joachim schreven het pre-advies *Gezondheid in Meervoud. Over ethische aspecten bij One Health en de noodzaak tot samenwerking binnen de ethiek.* Op NVBe.nl vindt u hoe het pre-advies besteld kan worden.

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

Reflectie op 'Gezondheid in meervoud' vanuit wetenschappelijk perspectief

Hendrik-Jan Roest

Het pre-advies *Gezondheid in meervoud. Over ethische aspecten bij One Health en de noodzaak tot samenwerking binnen de ethiek* is een goed leesbare en toegankelijke reflectie op de praktijk van One Health. Als gevolg van uitbraken van nieuwe infectieziekten zoals Q-koorts en SARS, de problematiek van antibiotiaresistentie en het gegeven dat we in Nederland samenleven met meer dan 100 miljoen dieren, is met de One Health-benadering in ons land de nodige ervaring opgedaan. Tot nu toe zijn we echter vooral daarmee doende geweest. Een moment van reflectie is daarom op z'n plaats.

Deze reactie op het pre-advies is ingegeven door mijn ervaring als dierenarts-onderzoeker op het gebied van de microbiologie van zoönosen en als leider van verschillende projecten waarin de humane, veterinaire, ecologische, economische en sociale specialismen samenkomen. Als onderzoeker bij Wageningen Bioveterinary Research, het nationaal referentielaboratorium voor meldingplichtige dierziekten, probeer ik in de eerste plaats te *begrijpen*, met als kernvraag 'waarom?'. Daarbij heb ik een adviserende rol richting de overheid. In die rol baseer ik mij op waarnemingen en feiten, maar vel ik daar geen waardeoordeel over. Vanuit deze achtergrond wil ik graag reflecteren op een viertal aspecten van het pre-advies *Gezondheid in meervoud*.

One Health en humane gezondheid

Traditioneel zijn de diergeneeskunde en de daaraan

gerelateerde disciplines sterk dienstbaar geweest aan de gezondheid van de mens. Dit is, zoals ook het pre-advies laat zien, een haast logisch gevolg van onze normatieve opvatting over mensen, dieren en de omgeving waarin we leven. Een goed voorbeeld is het specialisme 'veterinaire volksgezondheid' dat binnen de diergeneeskunde is ontstaan. Dierenarts James H. Steele was daarvan in de jaren 1950-'60 een van de grondleggers. Het specialisme richtte zich vooral op vleeskeuring en leverde zo een bijdrage aan de bestrijding van voedselgerelateerde infectieziekten bij de mens. Hoewel de volksgezondheidsrisico's, mede door de toegenomen hygiëne, in vergelijking met 50 tot 100 jaar geleden sterk zijn gereduceerd, is de gerichtheid op de mens nog steeds een belangrijk aspect van dit specialisme (Steele, 1964).

Vanuit de diergeneeskunde is ook de One Health-benadering sterk gepromoot. Calvin Schwabe, dierenarts en epidemioloog, introduceerde deze term in zijn tekstboek Veterinary Medicine and Human Health (Schwabe, 1964/1984). Ook in het Nederlandse wetenschappelijke One Health-speelveld zijn diergeneeskundigen sterk vertegenwoordigd. Het is opvallend dat juist de diergeneeskunde zich zo sterk heeft geprofileerd richting de humane gezondheid en dat dit niet is opgepakt vanuit de humane gezondheidszorg zelf. Hiervoor zijn een aantal verklaringen te geven. Ten eerste wordt studenten diergeneeskunde geleerd om 'over de soort heen te denken'. Anatomie, (patho) fysiologie en ziektekunde van verschillende diersoorten worden meer inzichtelijk als je, uitgaande van een gemeenschappelijk basisprincipe, de logica van de verschillen per diersoort begrijpt. Ten tweede worden landbouwhuisdieren als voedsel geconsumeerd. Dit brengt een bijzondere verantwoordelijkheid met zich mee voor eigenaren en zeker ook voor behandelaren met specifieke kennis van gezondheid en ziekte bij dieren. Ten derde staan dierenartsen als eerste bloot aan zoönosen. Vanuit het perspectief van zelfbescherming ligt het dan ook voor hand om de implicaties van zoönosen te (kunnen) overzien.

Ecosysteem

Kennis van onze leefomgeving, het ecologische systeem waarin we leven, vormt een wezenlijk onderdeel van de integrale benadering die One Health voorstaat. Het ecosysteem lijkt daarbij in One Health-vraagstukken een aparte entiteit te zijn en zo wordt het ook benaderd in het pre-advies. Het wordt haast gezien als een black box. In mijn beleving doet deze benadering het ecosysteem tekort. Ook in de ecologie zijn verschillende disciplines te onderscheiden die ieder op zich een waardevolle bijdrage leveren aan de One Health-benadering. Dieren, vectoren, transmissieroutes en planten vormen een samenhangend, elkaar beïnvloedend en complex geheel dat zijn weerslag heeft op gezondheid van mens en dier. Door de black box op deze manier te ontrafelen kunnen ook ethische vragen meer reliëf krijgen. Een voorbeeld hiervan is de ecologie van de ziekte van Lyme. Deze door teken overgedragen infectieziekte heeft zijn reservoir in de wilde fauna. Populaties kleine zoogdieren (zoals verschillende soorten muizen) spelen een belangrijke rol en worden beïnvloed door vegetatie-dynamiek. Deze dynamiek is afhankelijk van het weer, maar ook van de inrichting van tuinen en natuurgebieden en grondwaterstanden. De vegetatie-dynamiek heeft echter zelf ook invloed op de omvang van de tekenpopulatie evenals op de blootstelling van mensen aan teken. En de blootstelling van mensen wordt weer bepaald door onze manier van recreëren in de natuur. Zo ontstaat een complex systeem met een eigen dynamiek dat vraagt om een daarvoor geëigend ethisch afwegingskader.

Casus Q-koorts

De Q-koortsepidemie in Nederland, die duurde van 2007 tot en met 2010, heeft de noodzaak van een One Health-benadering voor zoönotische infectieziekten onderstreept. Gedurende de epidemie bleek dat geïntegreerde toepassing van kennis en de uitwisseling van gegevens uit het humane en veterinaire domein de effectiviteit van onderzoek en de kwaliteit van adviezen verbeterde. Ook nam het onderlinge begrip en vertrouwen toe tussen onderzoekers, beleidsadviseurs en beleidsmakers waardoor het beleid jegens mens en dier aan samenhang en coherentie won. Dit beleid kwam echter onder grote druk te staan omdat, ondanks de genomen maatregelen, het aantal humane Q-koortsmeldingen niet verminderde. Dit leidde tot een verandering van aanpak bij de bestrijding van Q-koorts. Tot in 2009 richtte het beleid zich op maatregelen om infectierisico's te verminderen. Hoewel

dit risico-gebaseerde beleid wetenschappelijk gezien effect zou moeten sorteren, was de termijn waarop de effecten zichtbaar zouden moeten worden onduidelijk. Dit leidde in de tweede helft van 2009 tot een beleidsverandering met nadruk op het voorzorgsprincipe, waarmee de weg werd geëffend voor drastische maatregelen zoals het doden en ruimen van dieren op Q-koorts-geïnfecteerde bedrijven (Bruschke, 2015).

De Q-koortsepidemie heeft zowel op organisatorisch niveau als in de samenwerking tussen onderzoekers uit het humane en veterinaire domein aanleiding gegeven tot versterking van het One Health-beleid. Op organisatorisch niveau is een overlegstructuur geformaliseerd tussen experts uit verschillende domeinen. Mogelijke signalen van opkomende zoönosen worden in een maandelijks Signaleringsoverleg Zoönosen (SoZ) door experts vanuit het humane-, veterinaire, en faunadomein besproken. Ook de samenwerking tussen onderzoekers uit het humane, veterinaire en ecologie-domein is sterk verbeterd en heeft geresulteerd in een groot aantal One Health projecten.

Het 'hoe' en 'waarom' van One Health

In het pre-advies wordt betoogd dat zich aan het One Health-concept geen eenduidig moreel kader laat verbinden. Het uitgangspunt is dat de gezondheid van mens, dier en natuur in samenhang moet worden geanalyseerd, maar daarmee is nog geen antwoord gegeven op het 'hoe' en 'waarom'. Juist deze vragen en de mogelijke antwoorden daarop vormen voor mij de motivatie om vanuit het One Health-concept te werken.

Alvorens mijn motivatie nader toe te lichten wil ik eerst ingaan op wat ik zie als de kern van de One Health-benadering. Voor mij is dat samenwerken. Samenwerking tussen disciplines is alleen mogelijk als aan een aantal voorwaarden wordt voldaan. Om te beginnen is dat eigenwaarde. Binnen een discipline moet de overtuiging bestaan dat kennis uit de discipline kan bijdragen aan het oplossen van een probleem in de One Health-context. Ten tweede is zelfreflectie nodig. Waar liggen de grenzen van het vakgebied en waar biedt een aanpalend vakgebied meer of betere kennis? Ten derde moet er een besef zijn van onderlinge afhankelijkheid. Dit zorgt voor de noodzakelijke drijfveer om samen te werken. Ten slotte moet er tussen disciplines wat betreft onderzoeksniveau en -faciliteiten sprake zijn van gelijkwaardigheid, op basis waarvan verschillende disciplines min of meer gelijkwaardige gesprekspartners kunnen zijn. Dat vraagt om een daarop toegesneden verdeling van onderzoeksgelden. Het behoeft geen betoog dat het humane (infectieziekten)onderzoek over ruimere budgetten beschikt dan het veterinaire en ecologische onderzoek. Voor een optimaal functioneren van het One Health-concept zal ook het veterinaire en ecologische onderzoek voldoende financiële ondersteuning moeten krijgen.

Waarom One Health? Zoals ook in het pre-advies wordt aangegeven leven we in een systeem waarin mens, dier en ecologie onderling afhankelijk zijn. Als in dit systeem een disbalans ontstaat moet dit binnen het systeem worden opgelost, waarbij het wegnemen van de oorzaak van de disbalans het meest effectief is. Voor zoönosen is het dier de bron. Kennis vanuit dier- of ecologiedomein is daarbij dus essentieel. Het gaat bovendien om complexe problemen die raken aan verschillende domeinen van mens, dier en ecosysteem. Een interventie in het ene domein heeft ook effect in de andere domeinen. Vaak kunnen we als individuele professional het probleem in z'n geheel niet overzien en ontbreekt het aan het begin van het oplossingstraject ook aan helderheid over de uiteindelijke oplossing. Het vraagt om het inschakelen van deskundigheid op uiteenlopende gebieden. Een belangrijk aspect hierbij is dat juist op de kruispunten van domeinen vermeerdering en versterking van kennis plaatsvindt, waarbij wetenschappers in aanraking komen met andere onderzoeksmethoden die een katalyserend effect kunnen hebben. Deze katalyserende werking is de kracht van de One Health benadering.

Dat brengt ons tenslotte weer terug op de vraag: hoe? Het bovenstaande indachtig zullen we samenwerking en interactie tussen verschillende vormen van expertise moeten faciliteren en organiseren. Het ligt voor de hand om daarbij in de toekomst ook een ethicus aan de One Health-tafel te nodigen. Samen komen we namelijk verder, zowel binnen als buiten de bio-ethiek.

Dr. Hendrik-Jan Roest is onderzoeker intracellulaire bacteriële infecties/One Health en hoofd van de afdeling Bacteriologie en Epidemiologie aan onderzoeksinstituut Wageningen Bioveterinary Research.

Referenties

J. Steele, The Socioeconomic Responsibilities of Veterinary Medicine, *Public Health Reports*, 1964 July; 79(7): 613-618

C.W. Schwabe, *Veterinary Medicine and Human Health*. 1964/1984, 3rd ed. Baltimore: Williams and Wilkins.

C.J.M. Bruschke, H.I.J Roest, R.A. Coutinho, *Q fever: the Dutch policy, Journal of Risk Research*, 2015, http://dx.doi.org/10.1080/13669877.2015.1042498

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

One Wellbeing

Monique Janssens

Waarom willen we dat mensen en dieren gezond zijn? Omdat ze dan met plezier en zonder pijn of onaangename beperkingen kunnen eten, slapen, spelen, werken, zich verbinden met anderen, enzovoort. Kortom: ze kunnen dan hun doelen nastreven. Uiteindelijk draait alles om welzijn. Dus bij One Health hoort One Wellbeing.

Ik zit in een leesclub. In die leesclub lazen we onlangs *Het oerboek van de mens* (2016), van Karel van Schaick en Kai Michel. Een interessant boek, lichtelijk speculatief hier en daar, maar voor mij had het minstens één eye-opener in petto. Die had te maken met intimiteit tussen mens en dier, en de rampen die daaruit zijn voortgekomen voor beiden. Toen grofweg 10.000 jaar voor Christus rondtrekkende jager-verzamelaars zich begonnen te vestigen in gehuchten en daar landbouw en veeteelt begonnen te bedrijven, gingen ze veel intiemer samenleven met dieren. Ze aten bij dieren, sliepen bij dieren, en hadden waarschijnlijk ook vaak seks met dieren. Zo ontstonden er, vaker dan voorheen, grootschalige, voor de mens onverklaarbare, epidemieën.

Gezondheid van mens, dier en milieu zijn innig verbonden en worden beïnvloed door politieke, culturele, economische en sociale factoren. Dus een geïntegreerde benadering in plaats van symptoombestrijding op geïsoleerde terreinen, daar kan niemand op tegen zijn. Ook ben ik blij dat voor de auteurs van het pre-advies *Gezondheid in meervoud* de morele status van dieren een gegeven is. Dan hoeven we daar ook geen boom meer over op te zetten. Kortom: ik ben het verregaand met hen eens.

Nijntje

Toch wil ik een paar punten aanstippen vanuit de dierethiek. Laten we aan de hand van Nijntje, mijn mascotte, eens kijken hoe verschillend we dieren behandelen. Nijntje is een konijn en daarmee als soort

het ultieme symbool van het meten met verschillende maten. Konijnen kunnen om te beginnen huisdieren zijn. In dat geval worden ze geknuffeld en als ze ziek zijn gaan we ermee naar de dierenarts. Maar het konijn is ook vaak proefdier: dan máken we ze ziek. Kom je een ziek konijn tegen in het wild, dan doe je misschien niets. We vinden dan al gauw dat je de natuur haar gang moet laten gaan. – al heb ik weleens tijdens een fietsvakantie in Ierland een konijn in mijn stuurtas naar de dierenarts gebracht. Wordt het konijn commercieel gebruikt voor vermaak, bijvoorbeeld in een goochelvoorstelling, dan moet je het redelijk verzorgen, op een zakelijke manier. Geknuffel is niet nodig. En is Nijntje een vleeskonijn, dan leeft ze op ijzerdraad en wordt ze als adolescent geslacht en opgegeten. Kortom: onze normen wisselen sterk, afhankelijk van het gebruik van een dier.

Dierethiek en bedrijfsethiek: twee werelden

Deze toch wat problematische ethiek van onze omgang met dieren is bekend en veelbesproken in de dierethische literatuur. Echter, in de bedrijfsethiek hoor je er niemand over. (Ook hier is sprake van verzuiling!) Bedrijven die ethisch willen zijn, houden rekening met People, Planet en Profit, een concept bedacht en beschreven door Elkington in 1997. Een bedrijf dat ethisch goed wil zitten, zal aandacht besteden aan het welzijn van de mens, het voortbestaan van de planeet en het voortbestaan van het bedrijf door middel van winstgevendheid. Dieren komen in dit concept niet voor. Tijdens mijn studie ethiek met een extern vak maatschappelijk verantwoord ondernemen (MVO) kwam ik erachter dat de dieren door Elkington simpelweg vergeten zijn. Dat heeft hij overigens erkend, in antwoord op een vraag van mij via Twitter.

Diergezondheiddierenwelzijn (nee, geen tikfout)

Mijn promotieonderzoek richt zich nu op precies dat onderwerp: de relatie tussen de dierethiek en de bedrijfsethiek, of concreter: de positie van dierenwelzijn binnen MVO. In dat kader interviewde ik enige tijd geleden managers in de voedselindustrie die verantwoordelijk waren voor dierenwelzijn (Janssens en Van Wesel 2016): kwaliteitsmanagers, MVO-managers, et cetera. Eén van hen sprak telkens een term uit die ik pas na een tijdje verstond: diergezondheiddierenwelzijn. Voor hem waren die twee zozeer één geheel dat hij ze nooit los uitsprak. Het was één thema. Ik had er hier natuurlijk een streepje tussen kunnen zetten, het interview was mondeling, maar de uitspraak was als gold het één term, en zij bleek tekenend voor een hardnekkig misverstand in de dierhouderij. Dat misverstand bleek één van de vaste overtuigingen die dierenwelzijn als MVO-thema in de weg staan, namelijk de vaste overtuiging dat diergezondheid en dierenwelzijn aan elkaar gelijk zijn. Een ander voorbeeld van zo'n vaste overtuiging is dat dierenwelzijn gelijk is aan een hoge productie.

Rollin (2011) geeft een plausibele verklaring voor beide misverstanden. Toen een boer nog maar enkele koeien, kippen en varkens had, was het gemakkelijk de dieren goed in de gaten te houden. Als bij één van de dieren de productie van melk, eieren of spek terugliep, was dat mogelijk een teken dat het dier niet lekker in zijn vel zat, dat het ziek was of ergens pijn had (gezondheid). En in veel gevallen voelde het zich dan ook ellendig (welzijn). Tegelijk kregen de dieren zoveel ruimte en aandacht dat hun welzijn over het algemeen redelijk goed was als ze niet ziek waren.

In het huidige systeem, dat helemaal gericht is op een zo goedkoop mogelijke productie, is dit principe volgens Rollin onbewust geëxtrapoleerd naar het niveau van een schuur met honderden dieren. Als daar in totaal maar genoeg vlees, ei of melk uit komt, is het goed. En dan zal het met gezondheid en welzijn ook wel in orde zijn, is de misleidende gedachte. Beter gezegd: hoeveel gezondheid en welzijn daarvoor is geofferd is economisch gezien niet relevant. Misschien zijn daarbinnen wel dieren die extreem productief zijn, met alle welzijnsproblemen van dien, en zijn er andere die dood neervallen (wat eufemistisch 'uitval' wordt genoemd).

Dit soort gelijkstellingen zijn misverstanden die zo snel mogelijk opgehelderd moet worden. Koeien met uiers die tot op de grond hangen, zitten niet lekker in hun vel. En spierbonken als het, voor vleesproductie gefokte, rund Belgisch Blauw ook niet. Hetzelfde geldt voor leghennen die letterlijk aan de lopende band eieren leggen en geen calcium overhouden voor hun botten. Als het aantal eieren dat per minuut van die lopende band rolt maar hoog is.

Welzijn als centrale waarde

Welzijn is de centrale waarde, en gezondheid staat ten dienste van die waarde. Ook de auteurs van het pre-advies schrijven dat gezondheid van waarde is omdat je er andere waardevolle dingen mee kunt doen, zoals werken, vrienden zien en genieten van vrije tijd. En dat is dan weer voor ons welzijn, direct of indirect. Bij dieren is dat net zo. Hun gezondheid is één van de factoren die maakt dat zij zonder angst, pijn, verveling of andere onaangename emoties kunnen genieten van rennen, liggen, eten, drinken, jongen zogen, zich schoonhouden, en ga zo maar door.

Dat betekent ook dat de natuur of het ecosysteem op een ander niveau staat dan mens en dier. We hebben de natuurlijke omgeving nodig voor welzijn, maar zelf ervaart zij geen welzijn. Het heelal is onverschillig. Echter, de instrumentele waarde van de natuurlijke omgeving voor welzijn is enorm, en daarmee is zij indirect zeker zo belangrijk.

Hoe?

Duidelijk is *dat* we gezondheidsvraagstukken van mens, dier en ecosysteem in samenhang moeten behandelen. Het *waarom* is volgens mij ook wel duidelijk: omdat je er veel meer welzijn mee zult bereiken. Het *hoe* is complex, maar welzijn moet daarbij centraal staan.

Nu is het nog zaak hier vorm aan te geven. Het eerder genoemde onderzoek met de interviews (Janssens en Van Wesel 2016) resulteerde in een model dat laat zien welke factoren maken dat bedrijven zich wél bekommeren om dierenwelzijn. Die factoren kunnen we groeperen in drie clusters: leiderschap, partnerschap en 'kampioenschap'. De eerste is de belangrijkste: leiderschap van zowel de verantwoordelijke manager als het bedrijf zelf, lef tonen, voorop willen lopen, risico's durven nemen. Wat daarmee nauw samenhangt zijn partnerschappen: intensieve samenwerking met allerlei partijen, waaronder overheden, onderzoekers en dierenwelzijnsorganisaties. Met die partnerschappen bereik je veel meer dan in je eentje, zo blijkt. De derde factor, 'kampioenschap', heeft te maken met publieke uitingen over intenties, plannen en resultaten, vaak in samenwerking met dierenwelzijnsorganisaties. Denk aan persberichten en uitingen op sociale media. Vooral cluster 2, allerlei stimulerende factoren rond partnerschappen, kan wellicht – en nu speculeer ik zelf – een nuttige aanvulling vormen op de ideeën uit het pre-advies over het *hoe*. Of je nu denkt aan een commissie, een adviesraad of een ander platform waarin alle relevante partijen deelnemen, partnerschappen zijn nodig. Mijn aanvullende advies daarbij zou zijn: vergeet niet de bedrijven en de bedrijfsethiek als onderzoeksveld erbij te betrekken.

Conclusie

Het lijkt zinvol om een commissie of raad op te tuigen die zich met vraagstukken rond de ethiek van One Health bezighoudt, met als centrale te bevorderen waarde: het welzijn van mens en dier. Ontzuiling is daarbij van groot belang. Zorg bijvoorbeeld dat ook de dierethiek en de bedrijfsethiek betrokken worden. Daarbij kunnen we als Vereniging van Bio-ethiek ook maar beter van onze eigen zuil komen.

Deze tekst is een bewerking van een presentatie, gehouden op het symposium One Health van de NVBe op 31 maart 2017, in reactie op het pre-advies.

Monique Janssens is zelfstandig ethicus en communicatieadviseur (EthischBedrijf.nl), buitenpromovendus aan de Erasmus Universiteit Rotterdam, en auteur van 'Dieren en wij – Hun welzijn, onze ethiek' (2010).

Literatuur

Elkington John (1997). *Cannibals with Forks: The Triple Bottom Line of 21st Century Business*. Capstone Publishing Ltd., Oxford, UK.

Janssens, Monique R.E. and Muel Kaptein (2016). The Ethical Responsibility of Companies Toward Animals: A Study of the Expressed Commitment of the Fortune Global 200. *Journal of Corporate Citizenship* 63,42-72.

Janssens Monique R.E. and Van Wesel, Floryt (2016). We Are the Champions! Leadership, Partnership and Championship as Drivers for Animal Ethics the Western Food Industry. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2876638

Rollin, Bernard E. (2011) *Putting the Horse Before Descartes: My Life's Work on Behalf of Animals*. Temple University Press, Philadelphia.

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

Bij een ethiek voor One Health graag meer aandacht voor uitdagingen *buiten* de bio-ethiek

André Krom

Het pre-advies *Gezondheid in meervoud* geeft een mooi overzicht van grote uitdagingen waar One Health de bio-ethiek voor plaatst. Ik voeg er graag één aan toe: meer aandacht voor uitdagingen *buiten* de bio-ethiek. In het bijzonder de institutionele implicaties, en hoe te voorkomen dat niet-ethici worden overvraagd. Brede stellingen over wat tot hun professionele verantwoordelijkheid behoort, verdienen nadere kwalificatie.

Op grotere hoogte wordt de lucht ijler

Laat ik om te beginnen mijn grote waardering uitspreken voor het recente NVBe-pre-advies *Gezondheid in meervoud* (Meijboom & Nieuwland, 2017). De auteurs hebben mooi werk geleverd, en persoonlijk kan ik me in grote lijnen prima vinden in hun analyse van het belang van One Health en de ethische en filosofische vragen die dit oproept. Het is complexe materie, en de auteurs slagen er uitstekend in om de lezer mee te nemen in hun heldere betoog vol aansprekende voorbeelden. Ze behouden de helikopterblik.

Toch kreeg ik het bij het lezen van het pre-advies af en toe ook een beetje benauwd. Niet vanwege het inhoudelijke heen-en-weren tussen brede vergezichten en gedetailleerde casuïstiek. Dat maakt het pre-advies juist aantrekkelijk. Wel doordat bij de reflectie op de *betekenis* van de inhoudelijke analyse weinig aandacht uitgaat naar de specifieke *context* waarin deze reflectie zijn beslag moet krijgen: de institutionele setting waarin ook niet-ethici nadrukkelijk worden aangesproken.

Zeker, de auteurs noemen 'institutionele aspecten' expliciet als één van de vier uitdagingen waar One Health de bio-ethiek voor plaatst, naast het belang van 'minder verzuiling, meer samenwerking'.[1] Het is mijns inziens *in deze uitdagingen* dat de andere twee gestalte moeten krijgen, te weten: 'aandacht voor achterliggende discussies' en 'aandacht voor mens, dier en natuur'.[2] Immers, als One Health om bredere discussies vraagt, dan zal dat *in* concrete instituties en samenwerkingsverbanden moeten gebeuren. Daar wordt de lucht ijler.

Professionele verantwoordelijkheid?

Dat begint bij een stelling over de verantwoordelijkheid van wat Meijboom & Nieuwland 'One Health-professionals' noemen:

> *'... One Health-professionals – artsen, dierenartsen, onderzoekers, beleidsmedewerkers en milieukundigen... [hebben] ethische en politiek-filosofische vragen op het bord liggen. Zij allen, inclusief ethici hebben een professionele verantwoordelijkheid om de morele vragen en problemen van One Health mee te nemen in hun beslissingen.' (p.82)*

Deze stelling is een belangrijke schakel tussen theorie (het pre-advies) en de praktijk. Informatie over de verantwoordelijkheid van professionals geeft immers idealiter inzicht in wat we in de praktijk van hen mogen verwachten. Een paar zaken valt dan op. Om te beginnen dat de auteurs de stelling wel poneren, maar niet *onderbouwen*. Waar komt 'de professionele verantwoordelijkheid om de morele vragen en problemen van One Health mee te nemen in hun beslissingen' eigenlijk vandaan? Ook valt op dat de veronderstelde verantwoordelijkheid tamelijk breed is geformuleerd: '*de* morele vragen en problemen van One Health' meenemen in hun beslissingen? (mijn cursivering) Allemaal? Dat zijn er nogal wat!

De institutionele 'uitdaging'

Hebben artsen, dierenartsen, onderzoekers, beleidsmedewerkers en milieukundigen allemaal precies dezelfde professionele verantwoordelijkheid? Deze vraag brengt ons bij wat de auteurs de institutionele uitdaging noemen. 'Uitdaging' is daarbij zoals gebruikelijk een understatement. Ik neem het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

(RIVM) als (positief) voorbeeld. Formeel is het RIVM een agentschap van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS): het instituut doet ook onderzoek voor andere ministeries, zoals Economische Zaken (EZ), Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW), en Infrastructuur en Milieu (I&M). Cruciaal voor het vraagstuk van professionele verantwoordelijkheid van RIVM-ers is dat daarbij in belangrijke mate sprake is van *vraagsturing*, vanuit *afzonderlijke* ministeries. De uitdaging is dat dit grenzen kan stellen aan de mogelijkheid voor RIVM-ers om 'de morele vragen en problemen van One Health' mee te nemen in hun beslissingen. Een professionele verantwoordelijkheid van RIVM-ers om precies dat te doen, verwijst dus al snel naar mogelijkheden tot interdepartementale samenwerking, en naar de mate waarin het primaire proces binnen het RIVM is ingericht op de samenwerking die nodig is om 'de volle breedte van ethische en politiek-filosofische vragen van One Health' te kunnen adresseren. Anders oriënteren richting One Health vraagt dus al snel om anders *organiseren* van het werk.[3] Ook *inhoudelijk* zijn er implicaties. Bijvoorbeeld dat aandacht voor ethische en politiek-filosofische vragen het nodig kan maken om aanvullende expertise binnen te halen.

Hoe gaat het RIVM met deze uitdaging(en) om?

Het RIVM werkt al op verschillende manieren aan deze uitdaging(en). Een paar voorbeelden. Algemeen probeert het RIVM verkokering te lijf te gaan. 'Aan de voorkant' gebeurt dat door meer en meer de samenleving binnen te halen bij het beantwoorden van vragen die aan het RVM worden gesteld. Juist op het onderwerp One Health probeert het RIVM integraal te werken, met veel werk aan zoönosen (bv. Lyme, Q-koorts) en antibiotica-resistentie. In het algemeen probeert het RIVM te komen tot gezamenlijke vraagsturing met alle overheidslagen en verschillende kennisinstituten. In het proces van het beantwoorden van de "vraag" werken organisatieonderdelen samen en wordt op consistentie van de output getoetst.

Wat betreft aandacht voor normatieve aspecten valt op dat soms expliciet ethiekvragen aan het RIVM worden gesteld en in dialoog met opdrachtgevers agendeert het RIVM ethische vragen ook meer en meer. Intern worden structuren opgebouwd die het binnenhalen van de samenleving ondersteunen, en die (expliciete) normatieve reflectie bevorderen. Een voorbeeld is de *RIVM Academy*, waarin RIVM-breed leerwerktrajecten worden aangeboden om als vertrouwd adviseur midden in de samenleving te kunnen staan. Binnen de Academy wordt een *Community of Practice* opgericht die zich bezighoudt met *wicked problems*, met als focus hoe om te gaan met wetenschappelijke en normatieve onenigheid. Intern, en in relatie met het maatschappelijke speelveld rond de RIVM-thema's. Samenwerken in netwerken is daarbij eerder regel dan uitzondering.

De voorbeelden laten zien: in de praktijk is veel mogelijk (wat betreft heroriënteren), maar het vraagt ook veel (wat betreft anders organiseren). Van belang voor deze bespreking is dat het allerminst vanzelfsprekend is dat alle heroriëntaties die de analyse van Meijboom & Nieuwland meebrengt, ook direct passen bij de rol van actoren in het institutionele krachtenveld. Ook als actoren dit zelf tot hun rol rekenen, is het nog steeds de vraag welke ruimte het institutionele krachtenveld hen laat om die rol te *kunnen* vervullen. De auteurs stellen daarom denk ik terecht dat hun conclusies '... ver verwijderd [kunnen] liggen van de dagelijkse realiteit en besluitvorming'. (p.38)

Deze conclusie is ook relevant voor de vraag wat de verantwoordelijkheid van One Health-professionals precies inhoudt. Als ethicus heb ik binnen het RIVM het voorrecht om mee te mogen denken over hoe onderzoekers en beleidsadviseurs meer bedreven kunnen raken in het meenemen van ethische vragen in hun werk. Maar *dat* zulke ruimte er is binnen een organisatie, is allesbehalve vanzelfsprekend. Wat nu als die ruimte er niet is, of maar zeer beperkt? Ligt ook dan bij elke professional de hele lading ethische en politiek-filosofische vragen rond One Health op het bord? En wat vraagt dit in termen van expertise, nog afgezien van beschikbare capaciteit en institutionele ruimte?

Hoe kunnen we het risico van *overvragen* beperken?

Uiteraard kunnen individuen (en organisaties) ook nu allerlei dingen anders en beter doen die raken aan One Health. De centrale vraag is echter niet alleen wat zij kunnen doen, maar wat we redelijkerwijs van hen

mogen *verwachten*. Zonder nadere kwalificatie is er mijns inziens een reëel risico dat de 'professionele verantwoordelijkheid om de morele vragen en problemen van One Health mee te nemen in hun beslissingen' (mogelijk veel) meer vraagt dan redelijkerwijs van professionals kan worden verwacht.

Hoe kunnen we het risico van *overvragen* beperken? Hier biedt het in de ethiek breed geaccepteerde principe van "ought implies can" wellicht houvast. Op grond van dat principe is de vraag wat iemand *behoort* te doen ("ought") in belangrijke mate afhankelijk van wat iemand *kan* doen ("can"). Dat help ons om onderscheid te maken tussen wat een individu kan doen op basis van zijn of haar vaardigheden en expertise, en de ruimte die deze persoon heeft om dat ook daadwerkelijk te doen. Zo bezien heeft de afbakening van de morele verantwoordelijkheid van een One Health professional ook een belangrijke organisatorische en institutionele kant. De organisatorische en (bredere) institutionele context kan immers een belangrijke rol spelen in zowel het bevorderen van specifieke vaardigheden en expertise van professionals, als in het creëren van ruimte om deze vaardigheden en expertise in de praktijk te kunnen brengen.

De invloed van de organisatorische en institutionele context is misschien ook een reden om morele verwachtingen ten aanzien van aandacht voor One Health in eerste instantie vooral op *organisaties* te richten als 'probleemeigenaar', en pas in tweede instantie op specifieke individuen als professionals binnen die organisaties. Het is dan in belangrijke mate de verantwoordelijkheid van organisaties om de voorwaarden te creëren waarin professionals tenminste sommige morele vragen en problemen van One Health mee kunnen nemen in hun beslissingen. Dat kan op verschillende manieren. Bijvoorbeeld door, zoals bij het RIVM, een ethicus in dienst te nemen (of in te huren). Dat zou een deel van de (morele) druk op de andere professionals kunnen wegnemen, bijvoorbeeld door ondersteuning in hoe zij bedreven kunnen raken in het meenemen van ethische vragen in hun werk.

De verantwoordelijkheid van individuele professionals wordt dan tenminste begrensd door wat de organisatie als geheel kan doen om invulling te geven aan een One Health-benadering in het institutionele krachtenveld. Van zowel One Health-professionals als de organisatie waarin zij werken mogen we dan denk ik redelijkerwijs verwachten dat ze doen wat ze kunnen binnen de ruimte die zij daarvoor al hebben, en om – waar mogelijk – de ruimte voor een integrale benadering van gezondheid van mens, dier en milieu te vergroten. Zo kunnen we uitgaan van een algemene morele verantwoordelijkheid voor One Health-professionals, zonder dat er *overvraagd* wordt. Aandacht voor One Health moet immers zelf ook gezond blijven.

dr. André Krom is ethicus. Hij werkt als senior beleidsadviseur nieuwe technologieën bij het RIVM (afdeling Nanotechnologie, Arbo en Transport). Hij richt zich op de governance van risico's van nieuwe technologieën en is o.a. betrokken bij het oprichten van een Community of Practice rond dossiers waarin wetenschappelijke en normatieve onzekerheid een belangrijke rol spelen ('wicked problems').

Noten

1. Respectievelijk uitdaging 3 en 4 (p.83-84).
2. Respectievelijk uitdaging 1 en 2 (p.82-83).
3. Voor de zekerheid: ik doel hier niet op 'reorganiseren' in arbeidsrechtelijke zin. Het gaat me om het anders organiseren van *het werk zelf*: wie met wie samenwerkt, wat aan de orde komt, etc.

Literatuurverwijzingen

Meijboom, F.L.B. & J. Nieuwland (2017). *Gezondheid in meervoud. Over ethische aspecten bij One Health en de noodzaak tot samenwerking binnen de ethiek.* Pre-advies ten behoeve van het jaarsymposium van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek (NVBe) op 30 maart 2017. Utrecht: NVBe.

Podium voor Bio-ethiek • jaargang 24 • nr. 2 • 2017

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

Antibiotica, dieren en mensen

David Speksnijder en Jaap Wagenaar

De dierlijke productie heeft in de Westerse samenleving sinds de Tweede Wereldoorlog een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Betere huisvesting, verbeterde voeding en gerichte fokkerij hebben, met steun vanuit de overheid, gezorgd voor een sterke toename van de productie van vlees, melk of eieren per dier. De meeste veehouderijen zijn tegenwoordig omvangrijke bedrijven die zich hebben gespecialiseerd in slechts één diersoort. Deze veranderingen hebben het mogelijk gemaakt dat dierlijke producten relatief goedkoop zijn en voor iedereen toegankelijk.

Het gebruik van antibiotica heeft deze specialisatie en intensivering in de veehouderij voor een belangrijk deel gefaciliteerd. Vanaf de jaren 50 van de vorige eeuw werden antibiotica op steeds grotere schaal ingezet. Ze werden gebruikt om individuele zieke dieren te behandelen, maar ook preventief aan grote groepen dieren toegediend om infecties met bacteriën te voorkomen. Daarnaast bleken bepaalde antibiotica in lage concentraties in het voer een positieve invloed te hebben op de groei van de dieren. De laatste worden antimicrobiële groeibevorderaars genoemd. Antibiotica werden vrij algemeen beschouwd als goedkope manier om efficiënt te produceren zonder aanwijsbare negatieve consequenties voor mensen en dieren. Vanaf begin jaren 70 van de vorige eeuw begon er in wetenschappelijke kringen mondjesmaat discussie te ontstaan over het op grote schaal toedienen van antibiotica bij dieren. Het was reeds bekend dat het gebruik van een antibioticum bij mensen kon leiden tot bacteriën die ongevoelig (resistent) werden voor dat antibioticum. Deze resistente bacteriën konden moeilijk te behandelen of zelfs onbehandelbare infecties veroorzaken. Er begonnen zorgen te ontstaan dat gebruik van antibiotica bij dieren zou kunnen leiden tot resistente bacteriën in de voedselketen die vervolgens tot infecties bij mensen zouden kunnen leiden. Vooral in de Scandinavische landen heeft dit vanaf de jaren 80 van de vorige eeuw geleid tot een reeks van publieke en private maatregelen om het antibioticagebruik in de veehouderij sterker te reguleren.

Nederlandse ontwikkelingen

In Nederland werd tussen 1999 en 2006 het gebruik van antimicrobiële groeibevorderaars uitgefaseerd in het kader van een Europees verbod. Dit leidde echter niet tot een afname van het antibioticagebruik. In een vergelijking van antibiotica verkoopcijfers van tien Europese landen behoorde de Nederlandse veehouderij in 2007 tot de bovenste regionen. Dat terwijl er in de humane geneeskunde in Nederland op datzelfde moment juist de minste antibiotica per hoofd van de bevolking werd voorgeschreven in Europa (en zelfs in de wereld). Het relatieve hoge antibioticagebruik in de veehouderij contrasteerde sterk met het zeer restrictieve antibioticagebruik in de humane gezondheidszorg.

In 2005 werd ontdekt dat veel varkens in Nederland besmet waren met de vee-gerelateerde meticilline resistente *Staphylococcus aureus* (LA-MRSA) die tegen diverse antibiotica resistent is. Mensen die met varkens werken hebben een grote kans besmet te worden met deze bacterie. Deze besmetting is doorgaans ongevaarlijk, totdat iemand met LA-MRSA in het ziekenhuis geopereerd moet worden. Dan blijkt LA-MRSA vervelende en soms zelfs onbehandelbare infecties te veroorzaken. Deze ontdekking van een uitgebreid MRSA reservoir in dieren contrasteerde opnieuw met de situatie in de humane geneeskunde waar Nederlandse ziekenhuizen zeer effectief zijn in het bestrijden van MRSA besmettingen (de "ziekenhuisbacterie"). De constatering dat LA-MRSA wijdverspreid in dieren circuleerde gaf daarom de nodige onrust in de gezondheidszorg.

Bovenstaande ontwikkelingen leidden in 2008 tot overleg tussen het toenmalige ministerie van landbouw en de diverse veehouderijsectoren. Gezamenlijk werd een convenant antibiotica-resistentie dierhouderij opgesteld, gericht op het terugdringen van antibioticagebruik. In dit convenant werden duidelijke afspraken gemaakt over verantwoordelijkheden van

dierenartsen en veehouders in het voorschrijven en gebruik van antibiotica en het transparant maken van het antibioticagebruik binnen de veehouderij.

Met de ontdekking in 2010 dat veel pluimveevlees was besmet met Extended-Spectrum Bèta Lactamase (ESBL) producerende bacteriën met een mogelijk groot risico voor de volksgezondheid raakte het Nederlandse antibioticabeleid in een stroomversnelling. Hoewel er veel onduidelijk was over het daadwerkelijke gevaar van deze ESBLs voor de volksgezondheid werd er vanuit het voorzorgsprincipe gehandeld. Daarnaast hebben de grote krantenkoppen over het gevaar van de "Kippenbacterie" zeker bijgedragen aan het algemene gevoel van urgentie binnen de samenleving en de diersectoren. De overheid besloot de Nederlandse veehouderij strikte reductiedoelstellingen op te leggen. Het antibioticagebruik moest met respectievelijk 20% en 50% verminderd worden in 2011 en 2013 ten opzichte van 2009. Later werd zelfs een 70% reductie in 2015 als doelstelling geformuleerd door de overheid. Het werd grotendeels aan de diersectoren zelf overgelaten hoe deze reductie bereikt zou moeten worden. De overheid zou met flankerend beleid sectorinitiatieven ondersteunen. De hoogte van deze reductiedoelstelling (50%) was vooral een pragmatische keuze, mede gebaseerd op het niveau van antibioticagebruik in andere landen (o.a. Denemarken). Het was onbekend in welke mate antibiotica-resistentie binnen de veehouderij zou gaan afnemen wanneer het antibioticagebruik zou worden gehalveerd.

Een belangrijk initiatief was de oprichting van de Stichting Diergeneesmiddelenautoriteit (SDa) die als een publiek-private onafhankelijke stichting belast werd met opstellen van reductiedoelstellingen per diersector en het transparant maken van het voorschrijven en gebruik van antibiotica op het niveau van dierenartsen en veehouders. Bestaande kwaliteitssystemen binnen de diersectoren legden veehouders een aantal verplichtingen op. Eén hiervan was de verplichting dat een veehouder slechts van één dierenarts antibiotica mag betrekken. Dit moest ervoor zorgen dat dierenartsen inzicht zouden krijgen in het antibioticagebruik van de bij hen aangesloten veehouders en voorkomen dat veehouders antibiotica zouden betrekken bij verschillende dierenartsen die het bedrijf niet kenden. Daarnaast werden veehouders verplicht jaarlijks met hun dierenarts een plan van aanpak te schrijven om diergezondheid te verbeteren en antibioticagebruik te verlagen en daarnaast een bedrijfsspecifiek behandelprotocol voor de meest voorkomende dierziektes op te stellen. De diersectoren namen zelf het initiatief om restricties op te leggen voor het gebruik van antibiotica die als zeer belangrijk worden beschouwd binnen de humane geneeskunde. Deze restricties werden later door de overheid opgenomen in wetgeving. Daarnaast werd het preventieve gebruik van antibiotica wettelijk verboden.

Ook dierenartsen namen initiatieven om de reductiedoelstellingen te realiseren. Zo werd er door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Diergeneeskunde (KNMvD) een kwaliteitssysteem voor dierenartsen in het leven geroepen. Onderdelen hiervan zijn postacademische educatie, intercollegiaal overleg en de ontwikkeling van richtlijnen voor veterinair handelen die dierenartsen moeten ondersteunen in hun beroepsuitoefening.

Effecten van de maatregelen en toekomstperspectieven

De bovenstaande maatregelen hebben samen met allerlei specifieke maatregelen op bedrijfsniveau gezorgd voor een daling van 58,4% in het antibioticagebruik in de Nederlandse veestapel tussen 2009 en 2015. Preventieve toepassing van antibiotica om te voorkomen dat dieren ziek worden is grotendeels vervangen door andere preventieve maatregelen zoals het verbeteren van de voeding en door vaccinaties. Waar voorheen nog wel eens alle dieren in een groep werden behandeld als er slechts enkele dieren ziek waren, is er momenteel veel aandacht voor het behandelen van alleen nog maar de individuele zieke dieren in een groep. Wetenschappelijke data over de gevolgen van deze reductie op diergezondheid ontbreken grotendeels, maar de indruk bestaat dat deze reductie niet heeft geleid tot een aanzienlijke verslechtering in diergezondheid. Ook ervaringen in Scandinavische landen hebben laten zien dat diergezondheid op peil te houden is met juiste managementmaatregelen en met minder gebruik van antibiotica.

Het uiteindelijke doel van het reductiebeleid is het verkleinen van het risico op overdracht van antibiotica-resistentie vanuit de veehouderij naar de mens.

Reeds jarenlang wordt in Nederland de mate van antibiotica-resistentie gemonitord door te kijken naar antibiotica-resistentie in indicatorbacteriën afkomstig van dieren in de veehouderij. Uit deze monitoring blijkt dat het aandeel resistente indicatorbacteriën in de Nederlandse veestapel de laatste jaren afneemt. Hieruit mag geconcludeerd worden dat de Nederlandse aanpak tot nu toe effectief is geweest. Toch moeten we ons realiseren dat er nieuwe dreigingen vanuit de veehouderij op zullen duiken. Nieuwe technieken geven steeds meer inzicht in de zeer complexe verspreidingsroutes van antibiotica-resistentie. Hiermee is onlangs een nieuw type antibiotica-resistentie gevonden dat ook in de Nederlandse veestapel (zij het zeer beperkt) voor lijkt te komen. We zullen dus waakzaam moeten blijven en continu moeten anticiperen op het ontstaan van nieuwe types antibiotica-resistentie.

De laatste 3 jaren is de daling in antibioticagebruik gestagneerd. Er blijkt nog aanzienlijke variatie te bestaan tussen dierenartsen en veehouderijbedrijven in de hoeveelheid antibiotica die zij voorschrijven en gebruiken. De komende jaren zal worden gekeken welke factoren deze verschillen kunnen verklaren en in hoeverre deze factoren met (beleids)maatregelen zijn te beïnvloeden. Het is te verwachten dat hiervoor steeds meer maatwerk noodzakelijk is, gericht op de specifieke omstandigheden van een individuele dierenarts en veehouder. Het blijft balanceren: we willen dieren niet onterecht met antibiotica behandelen om de kans op resistentieontwikkeling zo klein mogelijk te houden. Anderzijds willen we voorkomen dat een antibioticakuur wordt onthouden aan een ziek dier dat daadwerkelijk is gebaat bij een antibioticabehandeling om dierwelzijn niet te schaden. Het is belangrijk alert te blijven op de mogelijke gevolgen van een verminderd antibioticumgebruik voor diergezondheid en dierwelzijn. De inzet van nieuwe diagnostische middelen en andere technologieën zijn van groot belang om juiste keuzes te kunnen maken. Daarnaast is goede kennis en kunde (vakmanschap) van zowel dierenarts als veehouder ten aanzien van het voorkómen van dierziektes en het op de juiste manier inzetten van antibiotica essentieel om met minder gebruik van antibiotica toch dieren gezond te houden en goede productieresultaten te waarborgen. Alleen door gerichte inspanningen van alle betrokkenen kunnen we ervoor zorgen dat antibiotica in de toekomst effectief blijven voor de behandeling van zowel mensen als dieren.

Dr. David Speksnijder is dierenarts en onderzoeker. Prof. dr. Jaap Wagenaar is veterinair microbioloog. Beiden werken aan de Faculteit Diergeneeskunde van de Universiteit Utrecht op het departement Infectieziekten en Immunologie. Ze houden zich bezig met onderzoek naar antibiotica-resistentie in de veehouderij en manieren om antibioticagebruik te reduceren.

Referenties

Aarestrup, F.M., 2015. The livestock reservoir for antimicrobial resistance: a personal view on changing patterns of risks, effects of interventions and the way forward. *Philosophical transactions of the Royal Society of London.Series B, Biological sciences,* **370**(1670), pp. 20140085.

Aminov, R.I., 2010. A brief history of the antibiotic era: lessons learned and challenges for the future. *Frontiers in microbiology,* **1**, pp. 134.

Raad voor dieraangelegenheden, 2016. *Antibioticabeleid in de dierhouderij: effecten en perspectieven (Antibiotic policy in animal husbandry: effects and perspectives).*

Speksnijder, D., Mevius, D., Bruschke, C. and Wagenaar, J., 2015. Reduction of veterinary antimicrobial use in the Netherlands. The Dutch success model. *Zoonoses and public health,* **62**(s1), pp. 79-87.

Stichting Diergeneesmiddelen Autoriteit, 2016. Het gebruik van antibiotica bij landbouwhuisdieren in 2015; Trends, benchmarken bedrijven en dierenartsen, en aanpassing benchmarkwaardensystematiek.

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

Antibiotica-resistentie: een complexe catastrofe

Niels Nijsingh

De resistentie van ziekteverwekkende bacteriën voor antibiotica wordt ook wel het ultieme One Health-probleem genoemd: een probleem waarbij mens, dier en milieu op complexe manier verweven zijn. Wij, mensen en andere dieren, wisselen constant bacteriën uit met de wereld om ons heen, zodat een verhaal over de manier waarop bacteriën onze gezondheid beinvloeden altijd óók gaat over de manier waarop we ons verhouden tot andere mensen, dieren én ecosystemen. Een geïntegreerde systeemaanpak is daarom onvermijdelijk. Maar is dat genoeg?

Wicked, super wicked

Om maar meteen met de deur in huis te vallen: antibiotica-resistentie is een zich reeds voltrekkende ramp die ons allemaal aangaat. Een ramp, bovendien, waarvan zowel de oorzaken als de oplossingen ontmoedigend complex zijn. Antibiotica-resistentie wordt ook wel een 'wicked problem' genoemd: een groot, onhandelbaar probleem waarvan de oorzaken en oplossingen op verschillende, elkaar onderling beïnvloedende niveaus gezocht moet worden. Het is zelfs een 'super wicked problem': een *wicked problem* waarbij tijd niet neutraal is: afwachten is niet zonder gevolgen. Een ander voorbeeld van een *super wicked problem* is klimaatverandering.[2]

Hier komt One Health om de hoek kijken: One Health is een benadering die de complexiteit van *wicked problems* 'omarmt' ("embrace complexity"[3]). Door middel van een geïntegreerde systeembenadering en uitgaand van de verwevenheid van de verschillende vraagstukken, vertegenwoordigt One Health het streven naar een kader waarbinnen deze vragen in al hun samenhang begrepen kunnen worden. Zoals Meijboom en Nieuwland in het preadvies uitleggen[4], doet een One Health-benadering recht aan de constatering dat problemen zoals antibiotica-resistentie niet alleen betrekking hebben op menselijke gezondheid, maar ook op de gezondheid van dieren en zelfs ecosystemen. Of tenminste, dat is het doel, want met het uitspreken van die ambitie zijn we er natuurlijk nog niet. De kunst zal zijn om de verschillende perspectieven op elkaar af te stemmen, waarbij we nergens vaste grond onder onze voeten vinden – er is geen archimedisch punt van waaruit we de problemen kunnen ordenen, merken Meijboom en Nieuwland terecht op.[5] Dát we de verschillende niveaus in samenhang moeten bekijken, zegt nog niets over hóe. Ik hoop te laten zien dat deze balanceer-act vooral in het geval van antibiotica-resistentie een precaire onderneming is.

Een complexe catastrofe

Op zichzelf genomen is het verschijnsel van resistentie eenvoudig genoeg: als populaties van bacteriën blootgesteld worden aan antibiotica, bestaat er een risico dat er zich binnen die populatie stammen ontwikkelen die resistent zijn voor die antibiotica. En dat is een probleem. Als antibiotica niet meer werken, keren we terug naar een tijdperk waarin de stomste infecties het einde betekenden van een ledemaat, of een leven. Routine-operaties worden weer spannend, jonge moeders overlijden aan kraamkoorts, en tuberculose maakt een comeback. Als er nu geen drastische maatregelen genomen worden, zo is de waarschuwing, zullen er over enige jaren miljoenen doden per jaar te betreuren zijn.[6] Bovendien is dit niet een probleem waar we al vooruitschuivend de toekomstige generaties mee op kunnen zadelen: het probleem speelt nu, en wordt steeds ernstiger.

Het zal duidelijk zijn dat een serieuze poging om deze catastrofe af te wenden van harte welkom is en – dat is het goede nieuws – gelukkig is er op allerlei niveaus een toenemende bewustwording van de ernst van het probleem. Ook is er consensus over de noodzaak om antibiotica-resistentie vanuit verschillende invalshoeken te benaderen. We kunnen vijf terreinen onderscheiden waarop actie ondernomen kan worden: ontwikkeling, toegang tot antibiotica, diagnose en surveillance, vervuiling en toepassing bij dieren.

Ten eerste moeten we op zoek naar nieuwe antibiotica, of alternatieven daarvoor. Of, preciezer, we

zouden willen dat de farmaceutische industrie daar iets harder naar zou zoeken. Het probleem is dat de ontwikkeling van antibiotica momenteel vanuit zakelijk oogpunt niet zo aantrekkelijk is. De kunst is daarom om de juiste combinatie van wortels en stokken te vinden om de industrie te motiveren, zodat we niet zonder komen te zitten. Interventies op de vier andere terreinen betreffen manieren om tijd te winnen zodat we nog even door kunnen met de antibiotica die we hebben. Op het niveau van toegang tot antibiotica zijn er allerlei interventies denkbaar die maken dat patiënten (en artsen!) minder roekeloos omspringen met antibiotica: we zullen ervoor moeten zorgen dat we met z´n allen minder antibiotica gaan consumeren. Het derde terrein betreft diagnose en surveillance; tijdige opsporing en monitoring door middel van goedkope en betrouwbare tests. Vervuiling door de farmaceutische industrie is een probleem dat pas recent meer aandacht krijgt. Fabrieken, vooral in China en India, blijken enorme hoeveelheden antibiotica te lozen. Het effect op de resistentie van ziekteverwekkers is indirect en daardoor moeilijk voorspelbaar: resistentie raakt bijvoorbeeld verspreid door het ecosysteem doordat onschuldige bacteriën die zich toevallig ophouden in buurt van een antibioticaproducent in aanraking komen met antibiotica. Pas wanneer de onschuldige bacteriën vervolgens weer in aanraking komen met ziekteverwekkers en de genetische weerbaarheid tegen antibiotica overdragen, ontstaat er een toename van resistente infecties. Tot slot is er het gebruik van antibiotica bij dieren, waarover in dit nummer meer te lezen is in de bijdrage van Speksnijder en Wagenaar.

Brandend huis

Vooropgesteld: afhankelijk van welke interventies de komende jaren doorgevoerd worden, is het natuurlijk mogelijk dat het probleem van antibiotica-resistentie beperkt blijft tot een groot en ernstig, maar hanteerbaar probleem. Tegelijkertijd is het ook mogelijk dat alle maatregelen tezamen tekortschieten en we de strijd tegen resistentie verliezen. We weten het niet. Wat we wel weten is dat er serieuze sociale, morele en economische kosten en risico´s verbonden zijn aan de verschillende handelingsopties. Veel van het huidige beleid is relatief onomstreden, maar naarmate het probleem nijpender wordt, zullen de maatregelen allicht pijnlijker worden. Denk bijvoorbeeld aan draconische quarantainemaatregelen of de suggestie om antibiotica niet langer te verstrekken aan dementerende bejaarden[7]. Meer systemische ingrepen, zoals het op de schop nemen van het patentsysteem of de voedselproductie, kunnen moeilijk voorspelbare economische en sociale effecten hebben. Sommige interventies kunnen zelfs onbedoeld resistentie verergeren: stimuli aan farmaceutische bedrijven kunnen indirect een aanmoedigend effect hebben op gebruik, belastingen op antibiotica kunnen besmettelijke infecties in de hand werken doordat medicijnen voor de armen onbetaalbaar worden, enzovoort. Daarbij gaat het bovendien om een probleem met globale dimensies: er is wel enig voordeel voor landen die een strikt antibioticabeleid voeren, maar uiteindelijk houden bacteriën zich niet aan grenzen en zal elk succesvol beleid tegen resistentie internationale coördinatie vereisen.

De vraag die zich in deze complexe situatie onvermijdelijk opdringt, is in hoeverre we ter voorkoming van een catastrofe mogen marchanderen met onze principes. Uit de oorlogsethiek kennen we vraagstukken waarbij de 'alledaagse' mensenrechtenraamwerken geproblematiseerd worden: mag je een terrorist martelen als dit levens redt? Is het legitiem om onschuldige burgers te doden als dat de overwinning op een bloeddorstige vijand dichterbij brengt? In de kwestie van antibiotica-resistentie ligt er een interessante parallel aan deze gruwelijke dilemma's, maar dan zonder 'the bad guys'.[8] In hoeverre mogen we de rechten van personen geweld aan doen als dat *mogelijk* een catastrofe helpt voorkomen? Onder welke omstandigheden mogen we de belangen van de enkeling opofferen aan het grotere goed? En wat als het geen enkelingen meer zijn – mogen we bijvoorbeeld in het geval van een pandemie op massale schaal besmettingsgevaarlijke individuen afzonderen? Hoe zit het eigenlijk met de *toegang* tot antibiotica? Terwijl varkens en kippen volgestouwd worden met de nieuwste antibiotica, zijn er nog altijd mensen op de wereld voor wie deze geneesmiddelen buiten bereik zijn. Kunnen we hen met droge ogen vertellen dat we moeten 'minderen' met het gebruik van antibiotica? En hebben we nog rekening te houden met de belangen van dieren in dit verhaal, of moeten die in het geval van een conflict maar gewoon ondergaan wat wij denken dat onze kan-

sen op overleving vergroot?

Vergelijk de situatie van ons, burgers van de wereld, met die van iemand in een brandend huis. Terwijl er normaal gesproken goede redenen zijn om, bijvoorbeeld, mijn schoenen aan te trekken als ik het huis verlaat of misschien te kijken of het regent en indien nodig een paraplu mee te nemen, kunnen we ons voorstellen dat die redenen niet aan de orde zijn als het huis brandt. Zelfs het nagaan van de oorzaak van de brand is, hoewel ontzettend belangrijk om bijvoorbeeld herhaling te voorkomen, niet de eerste prioriteit van iemand die aan een vuurzee wenst te ontsnappen.

De metafoor van het brandende huis zal duidelijk zijn: geconfronteerd met de mogelijkheid van een catastrofe van wereldproporties is het de vraag wat een redelijke reactie is. Het probleem is dat er keuzes gemaakt moeten in een situatie van grote onzekerheid en er maar beperkt tijd is om eens iets uit te proberen. Wat betekent dit nou voor de omgang met antibioticaresistentie vanuit een One Health-perspectief? Aan de ene kant is er sprake van een urgentie die noopt tot snel en krachtdadig handelen. Aan de andere kant bestaat er een aanzienlijk risico dat dat handelen tekortschiet, verkeerd uitpakt, of dat anderszins relevante normatieve gezichtspunten over het hoofd gezien worden. Dat is, gegeven de omvang van het probleem, bepaald geen geruststellende conclusie.

Dr. Niels Nijsingh is gespecialiseerd in de ethiek van de publieke gezondheidszorg (public health ethics). Hij is momenteel als postdoc verbonden aan de universiteit van Göteborg, Zweden.

Op 15 en 16 november 2017 wordt een symposium gehouden in Göteborg over de ethiek van antibioticaresistentie. Sprekers zijn onder meer Alena Buyx, Julian Savulescu, Michael Selgelid en Marcel Verweij. Deelname is gratis, maar registreren is wel noodzakelijk. Zie: http://care.gu.se/conference-in-ethics--nov-2017

Noten

1. Robinson, T. P. et al. (2016). Antibiotic resistance is the quintessential One Health issue. *Trans R Soc Trop Med Hyg* , 110 (7), pp. 377-380.
2. Levin, Kelly, et al. "Overcoming the tragedy of super wicked problems: constraining our future selves to ameliorate global climate change." *Policy Sciences* 45.2 (2012): 123-152.
3. Lang, T. and Rayner, G., 2012. Ecological public health: the 21st century's big idea? An essay by Tim Lang and Geof Rayner. *Bmj*, *345*, p.e5466.
4. Meijboom, F.L.B. & Nieuwland, J. (2017), *Gezondheid in Meervoud*. Den Haag: Nederlandse Vereniging voor Bio-Ethiek.
5. Ibid., paragraaf 3.2, zie ook Verweij, Marcel, and Bernice Bovenkerk. "Ethical Promises and Pitfalls of OneHealth." (2016): 1-4.
6. O'Neill, J. (2016). Tackling drug-resistant infections globally: final report and recommendations. *The review on antimicrobial resistance*.
   Momenteel overlijdt 'slechts' een geschatte 700.000 mensen per jaar aan multi-resistente bacterieën, maar volgens dit rapport kunnen we in 2050 rekenen op 10 miljoen sterfgevallen per jaar door antibioticaresistentie. Waarbij opgemerkt moet worden dat de schattingen antimicrobiële resistentie betreffen, waarbij ook de resistentie van virussen meegenomen wordt.
7. Leibovici, L., and M. Paul. "Ethical dilemmas in antibiotic treatment: focus on the elderly." *Clinical Microbiology and Infection* 21.1 (2015): 27-29.
8. Sandin, P. (2009). Supreme emergencies without the bad guys. *Philosophia*, *37*(1), pp. 153-167.

Podium voor Bio-ethiek • jaargang 24 • nr. 2 • 2017

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

Zijn de gezondheidseffecten van milieuvervuiling (on)gelijk verdeeld?

Stijn Neuteleers & Bert Morrens

De gezondheid van mensen, dieren en ecosystemen is sterk verweven met elkaar. Eén van de meest voor de hand liggende interacties tussen gezondheid en de leefomgeving betreft de impact van milieuvervuiling op de menselijke gezondheid. Vroeger leek dit vooral een probleem voor de omwonenden van vervuilende installaties en dit waren dan vaak sociaal zwakkere groepen. Hedendaagse milieuproblemen zijn vaak complex en lijken zich over de hele samenleving te verspreiden, denk bijvoorbeeld aan stoffen in de voedselketen. Betekent dit dat er geen sociale ongelijkheid meer is als het gaat om milieu-gerelateerde gezondheidsproblemen?

Milieurechtvaardigheid en dubbele ongelijkheid

Hoewel sociale rechtvaardigheid altijd al een belangrijk thema was binnen de hedendaagse milieubeweging, werd de relatie tussen armoede en milieuvervuiling pas echt op de agenda gezet door de Amerikaanse *Environmental Justice* beweging vanaf de jaren '70 – een burgerbeweging voor meer milieurechtvaardigheid. In de beginfase ging het vooral om protest tegen stortplaatsen en de negatieve gezondheidseffecten daarvan op nabijgelegen gemeenschappen. Het ging daarbij vaak om gemeenschappen die overwegend arm en Afro-Amerikaans waren (Bullard & Johnson, 2000). Er zijn verschillende verklaringen voor deze vorm van milieu-onrechtvaardigheid: de lagere grondprijzen in arme buurten trekken industriële activiteiten aan, door vervuiling dalen de grondprijzen nog verder en trekken ze meer minderbedeelden aan, door de toename van armen en etnische minderheden trekken blanke middenklassers weg, en door de gedaalde huis- en huurprijzen wordt het voor mensen minder aanlokkelijk om te verhuizen. Uit onderzoek bleek bovendien dat etnische achtergrond vaak de sterkste voorspeller was van de locatie van stortplaatsen, sterker dan bijvoorbeeld armoede en grondwaarde. De vervuiling lijkt zich te bewegen naar de plaats met de minste weerstand, zowel economisch als politiek-sociaal.

In de recente literatuur over milieu en gezondheid is er bovendien sprake van een zekere dubbele ongelijkheid (O'Neill et al., 2003). Enerzijds wonen en werken mensen in armoede vaker in de buurt van vervuilingsbronnen. Anderzijds kunnen mensen in armoede ook gevoeliger zijn voor de blootstelling eraan en dus sneller gezondheidsklachten ontwikkelen. Zij die maatschappelijk het meest kwetsbaar zijn, zijn ook het meest kwetsbaar voor de gezondheidseffecten van milieuvervuiling.

Twee uitdagingen

Er zijn ten minste twee belangrijke uitdagingen voor het traditionele idee van milieurechtvaardigheid. Ten eerste, waar de gevolgen van diverse klassieke vormen van vervuiling veelal geografisch beperkt bleven – bijvoorbeeld voor de omwonenden van een stortplaats – zijn veel recente vormen van vervuiling minder gebonden aan bepaalde territoria. PCB's in de voedselketen of luchtvervuiling kunnen zich over de hele samenleving verspreiden. De Duitse socioloog Ulrich Beck (1992) stelt dat hedendaagse vervuiling in dit opzicht meer gelijk is; iedereen wordt erdoor getroffen, ongeacht woonplaats, sociale positie of bijdrage tot het probleem.

Ten tweede zijn veel gezondheidsproblemen en de gevoeligheid voor milieuvervuiling mede afhankelijk van leefstijl (roken, alcoholconsumptie, beweging, vetrijke voeding, enzoverder). Als grotere gevoeligheid voor milieuvervuiling samenhangt met leefstijlkeuzes dan valt dit probleem volgens sommigen onder de eigen verantwoordelijkheid. *Luck egalitarians* bijvoorbeeld stellen dat de nadelige effecten van milieuomstandigheden geminimaliseerd moeten worden, maar dat gezondheidsverschillen tussen mensen als gevolg van individuele keuzes gerechtvaardigd kunnen zijn. Mensen die grotere gezondheidsrisico's nemen – door bijvoorbeeld roken, alcohol, te weinig beweging of

gevaarlijke sporten – zijn bijgevolg ook mede verantwoordelijk voor de kosten die dat gedrag met zich meebrengt.

Samen zetten deze twee uitdagingen het idee van milieurechtvaardigheid onder druk. Als milieuvervuiling gelijk verspreid is en de gevoeligheid ervoor een kwestie is van individuele keuzes, dan is er van sociale ongelijkheid eigenlijk geen sprake meer. In plaats van sociale onrechtvaardigheid is het een kwestie van individuele verantwoordelijkheid geworden. Maar is dit alles wel een correcte beschrijving van de feiten en zijn de normatieve conclusies gerechtvaardigd?

De uitdagingen empirisch onderzocht

De eerste vraag is of milieuproblemen en bijhorende gezondheidsproblemen inderdaad gelijk verspreid zijn. Het antwoord daarop is niet eenduidig. Biomonitorings-onderzoek in Vlaanderen, waarbij op individueel niveau de concentraties van vervuilende stoffen (zware metalen en POP's zoals PCB's) in het bloed gemeten worden, vindt wel degelijk correlaties tussen sociaal-economische status (SES) en de blootstelling aan bepaalde stoffen (Morrens et al., 2012). De correlaties wijzen echter soms in tegengestelde richting. Zware metalen zoals lood en cadmium komen meer voor bij mensen met een lagere SES. Voor persistent organische polluenten (POP's) is de relatie echter omgekeerd: zij komen meer voor bij mensen met een hoge SES.

Hetzelfde biomonitoringsonderzoek toont echter ook aan dat deze sociale verschillen niet verklaard kunnen worden door geografische factoren (zoals woonplaats of afstand tot industrie), maar wel door specifieke leefstijlfactoren en voedingspatronen. Zo blijken de sociale verschillen in blootstelling aan zware metalen samen te hangen met rookgedrag en consumptie van orgaanvlees, wat meer voorkomt bij mensen met een lagere SES. Blootstelling aan POP's daarentegen wordt bepaald door het krijgen van borstvoeding, de consumptie van alcohol en van vis en schaaldieren, hetgeen meer voorkomt bij mensen met een hogere SES.

Dit onderzoek laat alvast toe om één al te simpele conclusie te weerleggen, namelijk dat het vooral de sociaal zwakkeren zijn die meer vervuilende stoffen in hun bloed hebben omdat zij een ongezonde levensstijl hebben. De wisselwerking tussen gevoeligheid, milieuvervuiling en leefstijl is complexer en niet te herleiden tot de kenmerken van één groep.

De uitdagingen vanuit een ethisch perspectief

Die resultaten volstaan echter niet om het onderliggende normatieve gezichtspunt te weerleggen. Men kan nog steeds stellen dat iedereen individuele verantwoordelijkheid draagt, ook wanneer de betreffende gezondheidsproblemen niet op eenduidige wijze tot één bepaalde oorzaak te herleiden zijn. Moeten mensen die roken niet zelf opdraaien voor hun gezondheidskosten? Zijn ouders die een prenatale test weigeren niet verantwoordelijk voor de mogelijke kosten van een kind met een handicap? Veel auteurs zijn het oneens met de verstrekkende implicaties van een dergelijk *luck egalitarianism* (Denier, Gastmans & Vandevelde, 2013). Om te beginnen is de exacte causale rol die leefstijl speelt verre van eenduidig. Hoewel roken de kans op longkanker verhoogt, zijn er ook niet-rokers die aan longkanker overlijden. Daarnaast is het moeilijk te zeggen welke keuzes echt vrij en autonoom werden gemaakt. Als het om leefstijl gaat, maken mensen in dezelfde sociale groep vaak dezelfde keuzes. Bovendien gaat een te grote nadruk op individuele keuzes misschien juist in tegen ons idee van vrijheid. Vaak willen we risico's kunnen nemen, ook qua gezondheid: verder pendelen voor een betere job, te hard werken, naar een feest gaan en drinken, spannende sporten doen zoals bergbeklimmen en skiën. Stellen dat al deze keuzes onwenselijk zijn, lijkt overmatig paternalistisch. Tenslotte lijkt het als normatief uitgangspunt ook erg hardvochtig om mensen te laten opdraaien voor alle gevolgen van onbezonnen keuzes. Zou dat bijvoorbeeld betekenen dat wij mensen met een handicap als gevolg van eigen keuzes (bijvoorbeeld ongelukken door autorijden of sporten) daarom niet helpen?

Naast deze problemen met het *luck egalitarianism* zijn er twee meer fundamentele bekommernissen. Gezondheid is ten eerste een basisvoorwaarde om te kunnen functioneren en deel uit te maken van de samenleving – om te kunnen werken, naar school te gaan, deel te nemen aan sociale activiteiten, enzoverder. Juist daarom lijkt het van minder belang wat

de oorzaak van ziekte is en/of wie er verantwoordelijk voor is (Denier, 2005).

Ten tweede mag leefstijl dan wel de gevoeligheid voor milieu-gerelateerde gezondheidsproblemen verhogen, de oorzaak en de verantwoordelijkheid voor die problemen ligt in de eerste plaats bij de vervuiling en de vervuilers. Vervuiling is in zekere zin het aanrichten van schade. Bij schade is correctieve of herstellende rechtvaardigheid van toepassing, namelijk het voorkomen, herstellen of compenseren van schade. De eerste onrechtvaardigheid bij vervuiling is niet de ongelijke verdeling ervan, maar het bestaan ervan, juist omdat vervuiling het creëren van schade is.

Conclusie

Los van het vraagstuk van sociale ongelijkheid is het voorkomen van milieuvervuiling en het voorzien van een goede gezondheidszorg van groot belang, juist omdat gezondheid een belangrijke rol in ons leven speelt. De relaties tussen gezondheid en milieuvervuiling mogen dan al complexer geworden zijn, de sociale ongelijkheid is binnen die relatie niet verdwenen. Heel wat hedendaagse milieuproblemen zijn minder gebonden aan een bepaalde plaats, maar nog steeds zijn bepaalde vormen van milieuvervuiling gelokaliseerd in de buurten van de minderbedeelden. Daarnaast is niet iedereen even gevoelig voor bepaalde milieuproblemen en spelen leefstijlkeuzes daarbij een belangrijke rol. Maar het is op voorhand niet goed mogelijk om te zeggen welke leefstijlkeuzes leiden tot een verhoogde gevoeligheid. Het promoten van gezonde levenskeuzes lijkt daarom waardevol, maar het verschuiven van de verantwoordelijkheid naar het individu is empirisch en normatief niet vanzelfsprekend. Bijgevolg blijft het basisidee van milieurechtvaardigheid eigenlijk onveranderd: er is iets onrechtvaardig aan gezondheidsproblemen die een externe en waarschijnlijk vermijdbare oorzaak hebben, namelijk milieuvervuiling, en het lijkt nog onrechtvaardiger als de gevolgen daarvoor worden neergelegd bij hen die al in een sociaal zwakkere positie zitten.

Stijn Neuteleers (PhD) werkt als filosoof aan de Universiteit van Louvain-la-Neuve (UCL) en Bert Morrens (MSc) werkt als socioloog aan de Universiteit Antwerpen.

Literatuur

Beck, U. (1992) From Industrial Society to the Risk Society: Questions of Survival, Social Structure and Ecological Enlightenment. *Theory, Culture & Society,* 9, 1, pp. 97-123.

Bullard, R. & G.S. Johnson (2000) Environmental Justice Grassroots Activism and Its Impact on Public Policy Decision Making, *Journal of Social Issues*, 56, 3, pp. 555-578.

Denier, Y. (2005) On Personal Responsibility and the Human Right to Healthcare. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 14, 2, pp. 224-234.

Denier, Y., C. Gastmans & A. Vandevelde. (2013) Justice and Responsibility in Health Care – An Introduction. In: Denier, Y., C. Gastmans & A. Vandevelde, *Justice, Luck & Responsibility in Health Care*. Dordrecht: Springer, pp. 1-25.

Morrens, B. et al. (2012) Social Distribution of Internal Exposure to Environmental Pollution in Flemish Adolescents. *International Journal of Hygiene and Environmental Health,* 215, 4, pp. 474–81.

O'Neill, M.S. et al. (2003) Health, Wealth, and Air Pollution: Advancing Theory and Methods. *Environmental Health Perspectives,* 111, 16, pp. 1861-1870.

Promovendicolumn

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

De ethiek van One Health

Joost van Herten

Dat de gezondheid van mensen, dieren en het milieu onlosmakelijk met elkaar verbonden is, dat is geen nieuws. Zo weten we al lang dat veel infectieziekten bij mensen afkomstig zijn van dieren. We spreken dan over zoönosen. Meestal worden in dat verband voorbeelden genoemd zoals Q-koorts en Vogelgriep, waarmee ook een relatie wordt gelegd met de veehouderij. Verder weg zijn er uitbraken van het Ebola- en Zika-virus, waarbij vooral wilde dieren een rol spelen. Maar wat veel mensen niet weten is dat ook dichterbij gevaren op de loer liggen.

Zo werd er begin dit jaar in Nederland bij vier jonge honden Brucellose vastgesteld. De pups waren geïmporteerd uit Roemenië en besmet met de Brucella Canis-bacterie. De diagnose was nog niet zo makkelijk omdat de symptomen variëren van ontstekingen in de wervelkolom tot abortus. Ook kunnen de dieren zonder veel symptomen drager zijn. Via het speeksel kan de bacterie op mensen worden overgedragen. Als mensen besmet raken krijgen ze koorts, hoofdpijn en klachten als algemene malaise. Vervelend is dat de ziekte bij honden niet makkelijk met antibiotica is te behandelen. Honden kunnen ondanks de behandeling drager blijven en bij stress de bacterie weer gaan uitscheiden. Zo vormen ze een blijvend risico voor de volksgezondheid. Bij koeien komt deze bacterie ook voor en wordt bij abortus het hele bedrijf geruimd. Maar bij honden zou dit beleid waarschijnlijk tot maatschappelijke onrust leiden. Dus wat is nu wijsheid bij de bestrijding van deze zoönotische infectieziekte bij honden?

Om dergelijke gezondheidsvragen te adresseren wordt vaak een beroep gedaan op het concept One Health. Dat houdt een interdisciplinaire samenwerking in tussen onder andere artsen en dierenartsen, met als doel de gezondheid van mensen, dieren en het milieu te bevorderen. Het belang van deze samenwerking werd duidelijk na dreigende pandemieën zoals Vogelgriep aan het begin van deze eeuw. Zeker in een tijd van klimaatverandering en een sterke toename van het globale verkeer van mensen, dieren en goederen, is het zaak om de bestrijding van zoönosen holistisch te benaderen. De verspreiding gaat immers vele malen sneller dan vroeger en een vroege detectie is van groot belang.

One Health geeft aan dat bij de bestrijding van zoönosen samengewerkt moet worden maar vertelt ons niet waarom, dat beargumenteren Franck Meijboom en Joachim Nieuwland in *Gezondheid in Meervoud,* het NVBe pre-advies 2017. Dit maakt implementatie lastig. Zo stelt One Health naast de gezondheid van mensen ook de gezondheid van dieren en het milieu centraal. Maar als we in de praktijk gezonde dieren doden om een infectieziekte te bestrijden, dan lijkt de gezondheid van dieren en milieu eerder instrumenteel aan volksgezondheid. Bovendien spelen bij bestrijding van zoönosen naast gezondheid ook andere zaken een rol, zoals biodiversiteit, economische factoren, en privacy-issues. Het concept One Health vertelt ons niet hoe we deze belangen moeten wegen.

Mijn onderzoek richt zich op de morele dilemma's die voortkomen uit zoönosebestrijding volgens het One Health-concept. De doelstelling is om deze dilemma's in kaart te brengen en de ethische vooronderstellingen die hierbij een rol spelen te onderzoeken. De vraag die ik wil beantwoorden is hoe een One Health-aanpak vanuit ethisch perspectief kan worden vorm gegeven en te rechtvaardigen is. Met de uitkomsten van mijn onderzoek hoop ik aanbevelingen te kunnen doen voor een maatschappelijk verantwoorde zoönosebestrijding.

Om te beginnen zal ik een conceptuele analyse doen van het One Health-concept in relatie tot

zoönosebestrijding. Alleen als we begrijpen wat dit concept precies inhoudt en betekent, wordt duidelijk hoe het in de praktijk geïnterpreteerd wordt en tot morele dilemma's kan leiden. Een interessant aspect is de vraag welke definitie van gezondheid past binnen het One Health-concept. In het verlengde daarvan kun je je afvragen of het eigenlijk wel mogelijk is om gezondheid van mens, dier en milieu gelijktijdig te bevorderen. Via empirisch onderzoek zal ik vervolgens inventariseren welke morele dilemma's artsen en dierenartsen ervaren bij het bestrijden van zoönosen. Daarbij ga ik op zoek naar de ethische vooronderstellingen die hierbij een rol spelen, bijvoorbeeld over de morele status van dieren en het milieu. Ook richt ik me op de afweging van risico's en de inzet van het voorzorgsprincipe dat een grote rol speelt bij beslissingen over bestrijdingsmaatregelen. Tot slot zal ik de inzichten uit het empirisch onderzoek integreren met morele theorieën om de huidige praktijk te evalueren en tot aanbevelingen voor het beleid te komen.

Ik wil vooral ook onderzoeken wat nu de toegevoegde waarde is van de bio-ethiek bij het oplossen van de morele dilemma's rondom One Health. Binnen One Health komen subdisciplines als dierethiek en volksgezondheidsethiek samen. Volgens mij vereist One Health ook samenwerking binnen de bio-ethiek. Vanuit de bio-ethiek moet er ook verbinding zijn met het empirisch perspectief. Het risico van een theoretisch-ethische benadering is dat deze niet aansluit bij de praktijk en daarom niet in staat is om moreel richting te geven aan gezondheidsprofessionals. Vanuit een ideaal perspectief zou bijvoorbeeld een drastische reductie van het aantal landbouwhuisdieren in de wereld de risico's op zoönosen sterk verminderen. De kans dat dat op korte termijn gebeurt is echter klein. Ik ga op zoek naar een invulling van de ethiek rondom One Health in een niet-ideale wereld.

Thema: Ethiek van One Health: meer dan volksgezondheid alleen

Medische ethiek anno 2017: een driegesprek

Katja ten Cate in gesprek met huisarts Jolien Glaudemans, klinisch ethicus Eric van de Laar en ethicus Govert den Hartogh.

Dirk Stemerding

In 2018 bestaat de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek 25 jaar. Voor het bestuur van de NVBe en de redactie van Podium een mooie gelegenheid om een beeld van de hedendaagse bio-ethiek te schetsen. In de aanloop naar het jubileumjaar doen we dit met impressies uit drie domeinen: het medische of gezondheidsdomein, het milieu-ethische en het technologische domein. Telkens worden drie actoren met elkaar in gesprek gebracht die op verschillende manieren bezig zijn met de ethiek in dat domein: een professional, bijvoorbeeld een arts, een ethicus werkzaam in die praktijk en een deskundige van de academie. Zij vertellen hoe de ethiek in hun werk er uitziet en of ze al dan niet iets aan elkaar hebben. We beginnen de reeks met een inkijkje in de medische sector.

Jolien Glaudemans studeerde geneeskunde en is sinds 2,5 jaar waarnemend huisarts in en rond Amsterdam. Tevens is zij bezig met een promotieonderzoek op het gebied van Advanced Care Planning bij afdeling huisartsgeneeskunde in het AMC.

Eric van de Laar studeerde muziek en theologie, en promoveerde daarna op een onderzoek op het grensvlak van ethiek en economie. Sinds 2008 is hij klinisch ethicus in het Catharina ziekenhuis in Eindhoven.

Govert den Hartogh studeerde theologie en filo-

sofie en werkte daarna bij de faculteit filosofie, sectie ethiek van de UvA in Amsterdam. In 1991 werd hij bijzonder hoogleraar medisch ethiek aan het AMC, in 1995 werd hij hoogleraar wijsgerige ethiek bij de faculteit filosofie. In 2008 ging hij met emeritaat. Hij houdt zich momenteel met name bezig met kwesties rondom het levenseinde en schrijft daar een boek over.

Katja: *Jolien, zou jij kunnen beginnen met een vraagstuk waar jij in de praktijk, als huisarts, wel eens tegenaan loopt?*

Jolien: Er zijn veel dingen te noemen, maar toch met name het euthanasievraagstuk, daar ben ik de afgelopen jaren erg tegenaan gelopen. Tijdens mijn opleiding tot huisarts ben ik bij vier euthanasieën betrokken geweest. Bij alle vier gevallen heb ik het gevoel gehad dat het vooral was wat de patiënt en zijn omgeving wilde, maar waar ik niet volledig achter kon staan. Waar het werkelijk om gaat, dat wordt naar mijn idee vaak niet echt besproken. Wat is nou ondraaglijk lijden en wie zijn wij om dat te beoordelen als dokters?

Een voorbeeld van wat ik lastig vond. Man in de 60 met uitgezaaide darmkanker, heel zelfstandige man, ondernemer, regelde altijd eigen zaken, wilde euthanasie. Dus eigenlijk een euthanasie volgens het boekje, een die geen vragen oproept bij de toetsingscommissie. De rust die de mogelijkheid van euthanasie hem bracht gaf hem het gevoel van controle, dat deed hem heel erg goed. Hij heeft nog een groot afscheidsfeest gegeven en daarna is hij heel rustig en mooi overleden met euthanasie. Ik zag dat het hem goed deed, maar ik vond het zo kunstmatig, zo onwerkelijk.

Ik dacht wat zijn we hier nou aan het doen. Moeten we het niet hebben over controle, over omgaan met loslaten en acceptatie en zo. Want hij kreeg vooral euthanasie vanwege zijn somatische klachten, maar volgens mij leed hij daar niet eens zo aan. Hij leed vooral existentieel, bang om controle te verliezen. Maar daar zijn we eigenlijk nooit een goed gesprek over aangegaan. En daar voel ik me als arts ook niet bekwaam genoeg in, daar word je ook absoluut niet in opgeleid. Daar heb je geestelijk verzorgers voor nodig denk ik.

Nog een voorbeeld. Oude dame, opgenomen in het ziekenhuis met darmbloedingen, gebruikte bloedverdunners. Veel belastende onderzoeken gehad naar oorzaak, kwam steeds niets uit. Zij wilde toen geen onderzoeken meer, en zei laat me maar, ik vind mijn leven wel goed zo. Toen werd ze opgenomen in een hospice om daar te sterven. Daar werd zoals gebruikelijk veel medicatie gestopt, waaronder haar bloedverdunners, waardoor het bloedverlies stopte en ze niet doodging. Voor haar een enorme domper. Het was een vrouw die al lange tijd negatief in het leven stond. Etaleerde heel sterk hoe ze leed onder het leven. Ze wilde ook niks meer, niet uit bed, ze at slecht en kreeg veel doorligplekken. Dus ik snapte echt wel dat ze er onder leed. Je gaat ook niet tegen zo iemand zeggen van hup ga eens even beter eten, dan voel je je een stuk beter en kun je weer naar huis. Want dat wilde ze duidelijk helemaal niet. Ze lag daar dus in het hospice niet dood te gaan, maar wel heel langzaam stukje bij beetje in te leveren. En ze wilde euthanasie. We hebben eerst nog een psychiater geraadpleegd om te kijken of ze depressief was. Dat was ze niet, toen hebben we na veel praten die euthanasie uitgevoerd.

Maar ik vond het ook krom. Ik vind euthanasie niet iets moois, ik vind het heel naar en zwaar om te doen. Je spuit iets in en iemand gaat dood. Heel snel en onomkeerbaar, heel onwerkelijk. En ik zie de lawine op ons afkomen van mensen die er geen zin meer in hebben, die kampen met existentiële vraagstukken. Waar we vervolgens niet het gesprek over aangaan, en wat de dokter dan mag oplossen met euthanasie. Dat vind ik wel eng. Nu ook met die voltooid leven discussie, denk ik, moeten we echt op de rem trappen, eerst eens even heel goed nadenken.

Katja: *Dit is dus inderdaad duidelijk iets waar je mee aan het worstelen bent, en je eigen positie nog in aan het bepalen bent. Heb je in die zoektocht nog steun aan de medische ethiek?*

Jolien: Door mijn eigen onderzoek in de sectie medische ethiek AMC ben ik er wel mee bezig. Maar ik vind het als clinicus heel lastig hoor, hoe je je weg moet vinden in al de theoretische kaders, die vaak heel ontoegankelijk zijn. Ik zou behoefte hebben aan meer toegankelijke teksten en denkkaders, in een taal die ik als dokter beter ken. Nu blijft het heel vaak hangen op de principe-ethiek, want dat is wat we dan vaak nog wel geleerd hebben als dokter, de vier principes. Maar dat vind ik toch wel heel erg beperkt.

Katja: *Eric en Govert, hoe kijken jullie hiernaar? Hebben jullie het idee dat jullie werk Jolien zou kunnen helpen?*

Eric: Ja, daar zat ik over te denken. Je kunt natuurlijk vanuit je worsteling meteen naar de boeken gaan grijpen, maar je zou in je werksetting ook naar iemand toe kunnen gaan, een geestelijk verzorger of een ethicus bijvoorbeeld. Waar je mee kan sparren. Of doen jullie dat niet?

Jolien: Er is wel intervisie natuurlijk, en ook wel moreel beraad, maar dat zijn collega-clinici. En dat is ook een beetje mijn 'maar...' Met dit soort moeilijke discussies komen we niet echt veel verder heb ik het idee.

Katja: *Govert, hoe kijk jij hiernaar?*

Govert: Als ik die verhalen hoor dan komen natuurlijk meteen de thema's naar boven waar ik zelf ook mee bezig ben. Die eerste patiënt is iemand voor wie de regie houden iets heel essentieels is. En daar is vaak het idee bij dat iemand met zo'n houding de autonome persoon bij uitstek is. Maar vanuit een hellenistische kijk zou autonomie juist zijn dat je in staat bent om in bed te liggen en te ondergaan dat je door anderen wordt verzorgd, dat je kunt omgaan met de situatie, wat die dan ook is. En dat is wel een mooie gedachte vind ik. Maar ja, tegen iemand van 60-70 al helemaal gevormd door het leven, daar kun je natuurlijk niet tegen gaan preken van joh je hebt niet de juiste opvatting van autonomie. Dan zit je toch in een kader waarin je uit zult moeten gaan van de waarden van de betrokkene zelf. Je kunt natuurlijk wel met hem praten, en zeggen dat zijn houding misschien wel erg krampachtig is. Maar dat aspect van hoe ga je om met je situatie, met je naderende dood, ja daar schrijven en spreken wij als ethici eigenlijk heel weinig over. En ik ben het met je eens dat dat wel een hele wezenlijke dimensie is in deze hele problematiek.

Jolien: Wat ik heel fijn vind om te horen, is dat er dus verschillende opvattingen zijn over autonomie. Want voor mij is autonomie eigenlijk een heel rechtlijnig begrip. En ik merk dat mede-artsen hier ook heel zwart-wit in zijn. Dat zie je met 'shared decision making', dat artsen zelf huiverig zijn om patiënten te gidsen of te coachen, want iemand is een autonoom wezen dus die moet alles kunnen zelf bepalen.

Govert: Ja, waar ik het over had is autonomie als element van een goed leven, iets wat je probeert te zijn. En autonomie waar jij op doelt is autonomie als recht, het recht om zelf te kunnen beslissen. Het zelfbeschikkingsrecht is heel belangrijk, dat je serieus genomen wordt in wat je zelf wilt. Maar het betekent daarmee nog niet dat je geen invloed mag proberen uit te oefenen op iemands keuzen. Natuurlijk mag je tegen iemand aanpraten, proberen te overtuigen, zeggen dat die iets helemaal verkeerd doet of ziet. Dat is allemaal geen aantasting van het zelfbeschikkingsrecht!

Katja: *En zouden filosofische teksten over begrippen als autonomie professionals in de praktijk zoals Jolien daarbij kunnen helpen?*

Eric: Ik ben daar heel erg mee bezig van hoe kan je die twee werelden nou bij elkaar brengen. De genuanceerde dingen die bijvoorbeeld over autonomie gepubliceerd worden en de hele concrete worstelingen van de arts. Ik denk niet dat elke dokter zich in de filosofie zou hoeven te verdiepen. Dat is ook niet mogelijk.

Govert: Nee dat kun je niet vragen van dokters. Het zou goed zijn als filosofen eens een keer zouden schrijven voor Huisarts en Wetenschap of Medisch Contact, maar die worden in het huidige systeem afgerekend op wat ze publiceren in *peer reviewed* filosofische tijdschriften. Dus de prikkels in het systeem zorgen er ook niet voor dat men elkaar makkelijk bereikt. Maar ook omgekeerd, aan de artsenkant is er niet echt de behoefte volgens mij om praktijk en theorie wat meer bij elkaar te brengen.

Eric: Nou dat denk ik wel. De worstelingen hebben ze in ieder geval zeker wel. Maar het blijft nu inderdaad vaak bij worstelen. Ik denk dat je tussen die twee werelden dus eigenlijk een soort intermediair nodig hebt. Dat is ook precies mijn eigen rol van heen en weer pendelen tussen die twee werelden. Iets wat we in ons ziekenhuis al pionierend hebben moeten ontdekken van hoe doen we dat nou. Dokters moeten niet het idee hebben dat ze ethiek moeten doen omdat bijvoorbeeld het ziekenhuis dat een goed idee vindt. Nee zij worstelen zelf met vragen, waarbij ze ook verlegen zitten om raad en inzichten. Dus daar zoek je dan vormen bij, waar is deze arts mee geholpen? Wat wij hebben gedaan is bijvoorbeeld een ethisch werkclubje gemaakt met dokters en verpleegkundigen. Dan duik je samen ergens in en ik begeleid dat. Zorgen dat die

expertise die artsen zelf niet weten te vinden, dat die naar binnen komt.

Jolien: Zijn dat dan ook wel eens teksten van filosofen? Van zeg maar de studeerkamergeleerden die door jou op die manier bij de clinici worden gebracht?

Eric: Dat hangt een beetje van de aard van de problematiek af. Maar bijvoorbeeld de problematiek rondom tijdig spreken over het levenseinde, of hoe ga je om met nieuwe technologieën, moet alles wat kan, dat soort vragen, ja dan is het wel heel aardig om met zo'n ethiekclubje ook wat te lezen over wat doet technologie met mensen, en hoe verhoudt zich dat tot hun existentie. Dus ja dan breng ik daar ook wel eens theoretische teksten over in.

Katja: *Ik zie een wisselwerking tussen drie niveaus, waarbij professionals zeker wat kunnen hebben aan het werk van ethici, met jouw werk Eric misschien vooral als intermediair tussen theorie en praktijk. Maar ik vroeg me af of het ook andersom werkt. Of input vanuit de praktijk ook van belang is voor bijvoorbeeld jouw werk Govert?*

Govert: Ja, ik heb me daar wel voor proberen in te zetten voor die wisselwerking. Bij de Onderzoeksschool Ethiek was dat ook echt ons evangelie. Dat is niet altijd gelukt, maar ik zie ook nu nog wel voorbeelden van dat het inderdaad zo werkt. Waar mensen in de praktijk bijvoorbeeld voortdurend mee bezig zijn is wilsbekwaamheid. Wij hadden daarvoor een ethisch kader ontwikkeld met als uitgangspunt dat je wilsbekwaamheid moet beoordelen in algemene zin. Je beoordeelt dus of iemand de cognitieve en misschien ook wel emotionele capaciteiten heeft om tot beslissingen te komen, maar je kijkt niet naar de concrete beslissing die iemand neemt. Want dan ben je eigenlijk al paternalistisch bezig. In de praktijk blijkt het alleen helemaal niet zo te gaan. Zolang iemand de beslissingen neemt die je zou verwachten, is er voor niemand natuurlijk aanleiding om wilsbekwaamheid te gaan beoordelen. Pas als iemand gekke dingen gaat beslissen, ja dan ga je vragen stellen bij zijn wilsbekwaamheid, en dan blijft ook die gekke beslissing een rol spelen in de beoordeling daarvan.

Dus wij hadden een theoretisch kader gemaakt dat helemaal niet klopte met de praktijk en moesten dat toch opnieuw gaan doordenken. Wij richtten ons teveel op het doorhakmoment zeg maar, is iemand wilsbekwaam of is hij niet wilsbekwaam?

Is hij wilsbekwaam dan mag je niet paternalistisch zijn, en als hij niet wilsbekwaam is dan tellen zijn beslissingen eigenlijk helemaal niet meer mee. Maar ik denk dat het veel meer een gradueel iets is. Is iemand minder wilsbekwaam dan weeg je het wat minder mee. Is iemand wel volledig wilsbekwaam maar hij neemt toch hele rare beslissingen, ja dan moet je daar toch niet klakkeloos in mee gaan. Dan moet je op zijn minst met iemand gaan praten, misschien zelfs wel ruzie met hem maken.

Katja: *Is dit een voorbeeld waarbij je het theoretisch kader hebt aangepast aan de praktijk?*

Govert: Dat begrip wilsbekwaamheid moet je inderdaad opnieuw doordenken. In die zin vond ik de wetsevaluatie wilsbekwaamheid echt een heel erg gemiste kans. Daar staat niet één filosofisch stuk in over wilsbekwaamheid. Terwijl dat het moment was geweest om te concluderen dat we dit begrip opnieuw moeten doordenken om het in de praktijk een handvat te kunnen geven. Het reflectief evenwicht, ja voor mij is dat echt wel waar ik naar zoek. Dingen waarvan ik denk dat is een goed concept, ja als dat dan toch blijkt te wringen met de opvattingen en ervaringen in de praktijk, dan moet er iets gebeuren, aan de ene of de andere kant.

Eric: Dit is toch eigenlijk heel wezenlijk, dat dat veel meer gebeurt. En ik denk dat je dat dus moet organiseren, zoals wij doen in het ziekenhuis. Ik zie dat echt als een belangrijke taak, die twee veel systematischer bij elkaar te brengen. Dat het niet bij toeval blijft, dat er meer reflectiemomenten komen en meer momenten waar die uitwisseling plaats kan vinden.

Govert**:** Ik zoek ook wel gericht hoor naar inzichten uit de praktijk. In de discussie over euthanasie bij dementie is bijvoorbeeld lang gezegd die mensen die lijden niet. Maar er is heel interessante literatuur uit antropologische hoek, waarin het innerlijk leven van dementie patiënten heel lang is gevolgd. Alles opschrijven wat ze zeggen en doen en daaruit dan proberen te reconstrueren hoe mensen denken. Heel interessant, al die onderzoekers zelf zijn tegen euthanasie bij dementie want dat vinden ze een onderschatting van de persoonlijkheidsstatus van de patiënt. Maar wat ze dan

naar voren brengen over dat innerlijke leven, ja dat is echt alarmerend. Bijna alleen maar negatieve emoties omdat demente mensen steeds gestoord worden in hun contact met de werkelijkheid, andere mensen reageren raar op ze, er wordt ze steeds van alles afgepakt, ze zijn vaak heel gefrustreerd en boos en verward daardoor. Dus het idee dat dat lijden is, dat blijkt daar voor mij in ieder geval heel duidelijk uit. Ik kwam dat eigenlijk per toeval tegen, maar dan ga ik daarna daar wel naar op zoek en dan blijkt er heel veel literatuur over te bestaan.

Katja: *Dus jij bent eigenlijk ook constant op zoek naar dit soort intermediairs die jou inzicht verschaffen in de praktijk. Hebben jullie daar ideeën over hoe dat beter of anders zou kunnen?*

Eric: Ja dat kan en dat moet echt veel meer en beter, vind ik. Van oudsher heeft de geestelijke verzorging dat altijd gedaan denk ik, een beetje er bij. Terwijl ik denk dat er wel degelijk plek is voor een stevige ethiekfunctionaris in elk ziekenhuis. Is ook wel heel gek eigenlijk in al die grote ziekenhuizen met al die high-tech zorg, dat zoiets er niet is.

Jolien: Er is natuurlijk wel de KNMG artseninfolijn, waar je ook ethische vragen kunt stellen, hoewel je dan vaak een meer juridisch antwoord krijgt is mijn ervaring. Maar in de eerste lijn is er eigenlijk helemaal niet zoiets als ethiekondersteuning, dat ken ik helemaal niet.

Eric: Wij hebben vanuit het ziekenhuis contact gelegd met alle huisartsen uit de regio en de specialisten ouderengeneeskunde uit de verpleeghuizen. Dus die weten inmiddels dat ze daarvoor bij ons terecht kunnen. Maar je moet daar dus wel heel veel voor investeren in relaties. Dat je de mensen en de problemen waar zij mee worstelen weet te vinden, dat is heel belangrijk.

Jolien: Ik zit te denken, we hebben een uitgebreid nascholingssysteem, waar je allemaal punten moet halen. Daar zit volgens mij wel een component maatschappelijk handelen bij, maar ethiek is daarin niet een apart iets. Ik denk dat dat wel veel prominenter aanwezig mag zijn, want voor elke professional is het belangrijk en nuttig. Dat je bijvoorbeeld zegt van je moet daar heen, je moet je daar in ontwikkelen, wil je je benodigde nascholingspunten krijgen. Ik zou daar best voorstander van zijn.

Eric: Ik heb wel het idee dat dat besef groeiende is hoor, ook onder dokters zelf, dat ze iets moeten met begrippen als autonomie, zelfbeschikking, kwaliteit van leven en de existentiële kant van die vraagstukken, Dus ik ben niet zo pessimistisch, als ik ook zie wat er allemaal aan symposia en dergelijke georganiseerd wordt.

Katja: *Govert zie jij dat ook, dat de medische ethiek aan het veranderen is?*

Govert: Ik vind eerlijk gezegd dat het niet de goede kant op gaat. Vroeger hadden collega filosofen veel meer die insteek, dat wat je deed ook van belang moest zijn voor de praktijk. Ik zie dat mensen zich weer meer opsluiten in hun eigen discipline, hun eigen specialisme. Het besef van mensen van wat ik nu aan het doen ben dat kan ook van belang zijn voor andere partijen, de maatschappelijke discussie of bijvoorbeeld het medische werkveld, dat zie ik steeds minder. En wat ik al zei, het systeem, het beoordelingssysteem dat stimuleert dat ook niet. Je wordt afgerekend op je publicaties binnen je vakgebied. Dus aan dat systeem zou je misschien wat moeten doen, dat maatschappelijke bijdragen ook echt worden gewaardeerd.

Katja ten Cate is bestuurslid van de NVBe. Zij doet promotieonderzoek naar de opvattingen van artsen over goed sterven, hun eigen rol daarbij en de plek van euthanasie daarin. Tevens werkt zij bij de KNMG binnen het SCEN-programma (Steun en Consultatie Euthanasie in Nederland).

Bewerking door Dirk Stemerding.
Dr. Dirk Stemerding is zelfstandig onderzoeken Biotechnologie en Maatschappij.

De NVBe viert haar jubileum op donderdag 19 april 2018. Noteert u deze datum alvast. Het jubileum-symposium bouwt voort op de vraagstelling van dit eerste driegesprek: wat is de rol en de taak van ethiek in verschillende praktijken. Wat betekenen die praktijken voor elkaar?

Zichtbaar CEG – Podium voor Bio-ethiek

Margot Zomers en Alies Struijs

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) signaleert en informeert over nieuwe ontwikkelingen op het snijvlak van ethiek, gezondheid en beleid. Het CEG brengt geregeld signalementen uit en organiseert bijeenkomsten, waarbij u uiteraard van harte welkom bent. De website van het CEG (www.ceg.nl) is een bron van informatie over ethische thema's, u vindt hier alle publicaties evenals actuele informatie over bijeenkomsten. U kunt zich inschrijven voor de Nieuwsbrief, zodat u op de hoogte blijft van de werkzaamheden van het CEG.

Publicatie signalement

Geslachtscellen uit het lab – juli 2017

Op 4 juli 2017 verscheen het CEG signalement 'Geslachtscellen uit het lab'. Dit signalement gaat over het kweken van geslachtscellen: IVG (in-vitrogametogenese). Er is alle reden om na te denken over de wenselijkheid en mogelijke gevolgen van IVG voor individu en samenleving. Met dit signalement biedt het CEG een aanzet voor een ethische discussie. De publicatie is te downloaden van de CEG website.

Signalement in voorbereiding

Ethische aspecten van medische expertsystemen – oktober 2017

Een medisch expertsysteem is een toepassing van kunstmatige intelligentie en kan een 'digitale collega' vormen voor een arts. Wat voor gevolgen zal het gebruik hiervan hebben op de arts-patiënt relatie? Waar ligt de verantwoordelijkheid voor beslissingen die worden 'ingefluisterd' door kunstmatige intelligentie? Deze en andere ethische vragen komen aan de orde in het signalement dat het CEG momenteel voorbereidt.

Bijeenkomsten en Els Borst Lezing

De appende zorgverlener en de twitterende patiënt – 29 juni 2017

Ziekenhuizen maken volop gebruik van de mogelijkheden die internet en social media bieden. Ook het maken van geluids- en beeldopamen is gemeengoed geworden tijdens de zorgverlening. Welke ethische en juridische aspecten kleven hieraan? En welke invloed heeft het gebruik van deze middelen op de zorgrelatie? Daarover organiseerden het CEG en de Vereniging Filosofie en Geneeskunde (VFG) samen een bijeenkomst om dit thema te verkennen. Sprekers waren Jaco van Duivenboden, senior adviseur eHealth Nictiz, over 'Digitaal dokteren: wat kan, mag en moet'. Daarna beschouwde Hans van Dartel, ethicus, de door social media ontstane nieuwe dimensies van relationaliteit in de zorg. Alistair Niemeijer, universitair docent zorgethiek en post-doc onderzoeker, gaf een presentatie vanuit de ervaringen als patiënt, ouder en onderzoeker over de mate van neutraliteit van nieuwe technologieën in de zorg. Dick Willems, hoogleraar Medische ethiek en vicevoorzitter van de CEG commissie, gaf een afsluitende beschouwing. Van de bijeenkomst verschijnt een kort verslag op onze website.

De ethiek van eHealth in de spotlight – 28 september 2017

Bij de invoering van eHealth is er veelal aandacht voor praktische, organisatorische en financiële uitdagingen. De ethische uitdagingen mogen echter niet worden onderschat. Nieuwe technologische mogelijkheden en de veranderende verhoudingen tussen bijvoorbeeld patiënten en zorgverleners brengen ethische vragen met zich mee. Op donderdag 28 september 2017 organiseert Nictiz (expertisecentrum voor standaardisatie en eHealth dat streeft naar een verbetering van de kwaliteit van en efficiëntie binnen de zorg middels ICT) in samenwerking met het CEG de bijeenkomst 'De ethiek van eHealth in de spotlight'. Tijdens deze bijeenkomst wordt de ethische kant van het gebruik en de inzet van eHealth van diverse kanten belicht. Meer informatie over de bijeenkomst, het programma en de mogelijkheid tot aanmelden is te vinden via de website van Nictiz.

5e Els Borst Lezing - 14 november 2017

Op dinsdagmiddag 14 november 2017 spreekt prof. dr. Joris Slaets, hoogleraar ouderengeneeskunde aan het UMCG en sinds 2015 directeur van de Leyden Academy on Vitality and Ageing de 5e Els Borst Lezing uit.

In 2013 werd ter ere van het tienjarig jubileum van het CEG in aanwezigheid van Els Borst de 1e Els Borst Lezing uitgesproken. Els Borst stond als voormalig minister van VWS aan de wieg van het CEG en heeft tijdens haar carrière veel aandacht besteed aan ethische thema's. In de 5e Els Borst lezing spreekt Joris Slaets over het spanningsveld tussen veilige zorg en goede zorg. De lezing vindt plaats in Den Haag. U bent van harte welkom. Nadere informatie volgt binnenkort op de website van het CEG.

Nieuw op de website

Database CEG-publicaties

In de database CEG-publicaties die nu op onze website staat, is een systematisch overzicht van alle CEG publicaties te vinden. Dit overzicht geeft de hoofdzaken van iedere publicatie weer met daarbij een link naar de betreffende volledige publicatie. Verschillende zoekstrategieën kunnen toegepast worden om een publicatie te vinden, zoals het selecteren op titel, jaar, trefwoord en recente publicatie. Daarnaast biedt de database de mogelijkheid om te zoeken naar publicaties over ethische vraagstukken binnen de clusters: nieuwe technologieën, behandeling en zorg, maatschappij- en gezondheidsbeleid.

Berichten van het Rathenau Instituut

Jacqueline Pot & Maartje Niezen

Het Rathenau Instituut in Den Haag stimuleert de publieke en politieke meningsvorming over wetenschap en technologie. Daartoe doet het instituut onderzoek naar de organisatie en ontwikkeling van het wetenschapsysteem, publiceert het over maatschappelijke effecten van nieuwe technologieën, en organiseert het debatten over vraagstukken en dilemma's op het gebied van wetenschap en technologie. Op deze plek komen lopende thema's en projecten aan de orde en een vooruitblik op zaken die in de pijplijn zitten.

In een analyse op basis van deskresearch en deelname aan bijeenkomsten wordt gekeken naar 'het brede gezondheidsbegrip en preventie'. Het begrip 'positieve gezondheid' omvat naast lichamelijke en mentale aspecten ook sociale aspecten. Deze gaan over het vermogen van mensen om regie te voeren over het eigen leven en deel te nemen aan sociale activiteiten inclusief werk. Maar wat betekent die brede opvatting voor de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid? Kan iedereen die verantwoordelijkheid wel op zich nemen? Er bestaan onder burgers grote verschillen in hoeverre ze dat willen en kunnen. 'Positieve gezondheid' wordt door veel partijen omarmd maar het roept ook vragen op. Wanneer leven we gezond (genoeg) en wie mag daarover mee beslissen?

De analyse van het breder gezondheidsbegrip wordt uitgevoerd in de context van het thema 'Gezondheidsdata en het EPD' van het werkprogramma 2017 – 2018. Een omvangrijker lopend onderzoek binnen dat thema focust op verantwoordelijkheden en gedigitaliseerde gezondheidsdossiers. In dit onderzoek kijken we hoe via de digitalisering van het gezondheidsdossier de verantwoordelijkheid voor gezondheid wordt gedelegeerd naar het individu. Digitalisering belooft individuen meer autonomie te geven (denk aan toegang tot informatie over ziekte en gezondheid) en geeft daarmee ook meer regie aan de

burger. Maar die zelf-regie zet bestaande relaties ook vaak onder druk. Hoe ziet de bescherming van het individu er uit wanneer hij/zij wordt aangesproken op zijn/haar verschillende verantwoordelijkheden als burger, patiënt, werknemer of inwoner?

Aan de hand van casussen zal worden gekeken hoe de verschillende digitale dataverzamelingen vormgeven aan deze 'eigen verantwoordelijkheid' voor gezondheid. De overheid zet zwaar in op *e-health* en digitalisering in de zorg. In de discussies hierover gaat het vaak over privacy of kosten en baten en hoe het georganiseerd zou moeten worden. Maar wat betekent dit voor de manier waarop onze zorg georganiseerd *is*? Wat zijn de consequenties voor de patiënt en de burger? Wat doen we met alle data, wie mag ze gebruiken en van wie zijn ze? Veel startups die zich bezighouden met medische data zijn opgebouwd rondom een verdienmodel, niet rondom de zorg.

Al decennia lang wordt er gewerkt aan een 'elektronisch patiënten dossier' (EPD). Het klassieke papieren 'patiëntendossier' is doorgaans al wel gedigitaliseerd. Maar van een elektronisch dossier- met alle data van een patiënt- is nog geen sprake. Een streefbeeld is een persoonlijk dossier, waarin informatie over onze gezondheid uit verschillende bronnen, zoals leefstijl*app*s en zorginformatiesystemen bij elkaar wordt gebracht. De realiteit is dat de verschillende stakeholders ongecoördineerd bijdragen aan het verzamelen, analyseren en toepassen van gezondheidsdata. Huisartsen hebben hun eigen portaal, maar ziekenhuizen en gemeenten ook. In hoeverre is de koppeling van deze verschillende dossiers wenselijk en wie heeft daar zeggenschap over? Hoeveel kan er over worden gelaten aan het individu?

Het project bouwt hiermee voort op eerdere studies van het Rathenau Instituut naar de digitalisering van de samenleving ('Opwaarderen') en de digitalisering van zorg en welzijn (zoals 'Eerlijk Advies: de opkomst van de e-coach' en 'De meetbare mens').

Uit de Vereniging

Lid worden?

U bent van harte welkom als lid van de NVBe.
Op de website www.nvbe.nl (doorklikken naar 'Lidmaatschap') vindt u een formulier waarmee u zich kunt aanmelden als lid.

Na aanmelding zult u een rekening ontvangen voor de contributie. Als uw betaling binnen is, wordt uw lidmaatschap definitief en zult u het Podium voor Bio-ethiek en de uitnodigingen voor NVBe-activiteiten ontvangen.

Reguliere leden kunnen kiezen uit drie verschillende opties:

- NVBe-lidmaatschap plus digitaal Podium (per e-mail): €40,00 per jaar
- NVBe-lidmaatschap plus gedrukt Podium (per post): €45,00 per jaar
- NVBe-lidmaatschap plus digitaal én gedrukt Podium: €50,00 per jaar

Als u deel uitmaakt van een organisatie, kunt u ook een institutioneel lidmaatschap overwegen. Dat kost €175,- De instelling krijgt dan het Podium in vijfvoud en drie leden van die organisatie hebben gratis toegang bij NVBe-activiteiten.

Voordelen?

9. Deelname aan nationaal interdisciplinair bio-ethisch netwerk.
10. Driemaandelijkse gratis ontvangst van het Podium voor bio-ethiek.
11. Uitnodiging en gratis toegang tot het NVBe-jaarsymposium en de onderwijsmiddag.
12. Gratis ontvangst jaarlijks gepubliceerde pre-advies.

Als welkomstcadeau ontvangt u – zolang de voorraad strekt – een exemplaar van het boek *Ethiek in discussie. Praktijkvoorbeelden van ethische expertise.*

Uit de Vereniging

NVBe onderwijsmiddag

21 november 2017

Graag nodigen wij u uit voor de Onderwijsmiddag van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek 'De rol van theorie in ethiekonderwijs' op dinsdagmiddag 21 november 2017 in Utrecht.

De onderwijsmiddag 2017 zal in het teken staan van de rol van ethische theorieën in ethiekonderwijs binnen verschillende disciplines. In hoeverre wordt theorie gebruikt om ethiekonderwijs te doceren? Wat zijn de leerdoelen van het ethiekonderwijs? Wat willen we studenten meegeven? En wat is de rol van theorie hierin?

Sprekers uit verschillende disciplines (geneeskunde, technologie, dier en milieu) met een eigen visie op ethiekonderwijs zullen deze middag aan het woord komen. Daarnaast willen we graag met u in debat over dit thema. Het zal een interactieve middag worden.

De exacte invulling van de middag volgt later, voor nu vragen we u om 21 november van 13.30 – 17.00 uur in uw agenda te noteren.

Deelnemen? U kunt zich alvast aanmelden voor de onderwijsmiddag via emailadres: ledenadministratie@nvbe.nl. Vermeld daarbij in de onderwerp-regel 'Aanmelding onderwijsmiddag NVBe 2017'. Schrijf in de email of u lid bent van de NVBe. Na aanmelding ontvangt u een bevestiging (leden) of een factuur (niet-leden). Deelname voor NVBe-leden is gratis en kost voor niet-leden € 17,50.