



Klasien Horstman

Faculty of Health, Medicine and Life Sciences

Dikke kinderen, uitgebluste werknemers en vreemde virussen.

Filosofie van de publieke gezondheidszorg in
de 21e eeuw.



Dikke kinderen, uitgebluste werknemers en vreemde virussen.

Filosofie van de publieke gezondheidszorg in
de 21e eeuw.

Colofon

Ontwerp en print: Océ Business Services, Maastricht

ISBN: 978-905-6813-437

NUR: 882

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt worden, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur of uitgever.

Dikke kinderen, uitgebluste werknemers en vreemde virussen.

Filosofie van de publieke gezondheidszorg in
de 21e eeuw.

Rede

Maastricht, 25 juni 2010

Klasien Horstman

Mijnheer de Rector, geachte collega's en andere toehoorders,

In zijn eerste, grote werk uit 1983, *Kritik der Zynischen Vernunft*, haalt de Duitse filosoof Peter Sloterdijk de anekdote aan van de ontmoeting tussen keizer Alexander de Grote en Diogenes van Sinope, een Griekse filosoof die volgens de overlevering zou leven zonder bezittingen, in een ton 'als een hond', en die vanuit die positie op onorthodoxe wijze het Griekse leven van commentaar voorzag (Sloterdijk 1983). Toen Alexander de Grote, die er een lange reis voor over had gehad om deze bijzondere filosoof te ontmoeten, hem vroeg wat hij voor hem zou kunnen betekenen, antwoordde Diogenes 'Gaat U alstublieft uit mijn zon.'. Sloterdijk haalt deze anekdote aan om te illustreren dat de kunst van het nalaten een belangrijke ingrediënt is voor zelfbepaling: de filosoof die weinig anders nodig heeft dan zon, hoeft niet te buigen voor macht. De anekdote laat ook zien dat de filosofie het moet hebben van bescheidenheid: immers waar de pretenties te groot worden, verliezen filosofen het contact met alledaagse, concrete praktijken. Sloterdijk wil een filosofie ontwikkelen die 'tegen de idealistische wind in plast' en die open staat voor 'het aardse' – voor lijden, voor techniek en voor politiek.

De verwachtingen ten aanzien van de filosofie van de publieke gezondheidszorg staan vaak haaks op de pretentieloosheid die Sloterdijk in dit boek voorstaat. De publieke gezondheidszorg wordt in Nederland¹ meestal omschreven als het geheel van collectieve, preventieve maatregelen voor de bevordering van de volksgezondheid, zoals vaccinatieprogramma's, gezondheidsvoorlichting, bescherming tegen gevaarlijke stoffen, en de jeugdgezondheidszorg. Het is geen curatieve zorg voor een specifieke patiënt met klachten, maar preventieve zorg voor de hele maatschappij. De verwachting dat de filosofie de grondslagen, de fundamenten van dit domein kan verhelderen, de identiteit van deze professie kan definiëren door haar ontologische, ethische, en epistemologische basis te beschrijven, getuigt vanuit het perspectief van Sloterdijk echter van hoogmoed. De filosoof dient zich immers niet bezig te houden met het 'het diepere' of 'het hogere', maar met praktijken zelf.

¹ Er zijn internationale verschillen in de betekenis van public health': in landen met een Beveridge systeem (via de belasting gefinancierd systeem) zoals Engeland is de grens tussen preventieve en collectieve zorg minder groot dan in landen met een Bismarck systeem (verzekeringsgefinancierde zorg) zoals Duitsland. De geschiedenis van de publieke gezondheidszorg en nationale en internationale discussies maken bovendien duidelijk dat 'public health' een zogenaamd 'contested concept' is. Dat impliceert dat de definitie van public health naast een beschrijvende ook een strategische functie heeft in politieke debatten over wat geldt als een 'publiek probleem' en als een 'publieke verantwoordelijkheid'. Zie bijv. Dawson & Verwey (2007). Voor een mooie analyse van de vanzelfsprekendheden waarmee we publieke en individuele verantwoordelijkheden toewijzen zie Gusfield (1981).

Dat is ook de aanpak van de Amerikaanse pragmatische filosoof Rorty (Rorty 1980; 1982). Hij stelde hij dat het soort filosofie die ernaar streeft als een soort een superwetenschap een leidraad te verschaffen voor zekere kennis of juiste normen zijn beste tijd heeft gehad. Filosofen hebben namelijk geen geprivilegieerde blik op kennis of normen. Volgens Rorty is het hun taak 'to keep the conversation going' (Rorty 1989). De filosoof moet nieuwe vocabulaires ontwikkelen, herbeschrijvingen geven van bekende zaken, nieuwe interpretaties verschaffen. Filosofen moeten zich dus wel verstaan met concrete praktijken, maar niet de taal van het bestaande reproduceren. Daarbij tekent Rorty aan dat deze herbeschrijvingen ons vooral sensitief moeten maken voor wreedheid, vernedering en onverschilligheid die we niet als zodanig herkennen, bijvoorbeeld omdat we ze als gewoon ervaren. In termen van de filosofe Shklar, filosofen moet ons de 'faces van injustice' laten zien, de vele gezichten van onrechtvaardigheid (Shklar 1990).

Tegen de idealistische wind plassen, de conversatie gaande houden, de 'faces of injustice' tonen: dit zijn metaforen die uitdrukken wat ik me in het kader van deze leeropdracht voorstel te doen. Ik beoog bij te dragen tot een niet-fundamentalistische, pragmatische stijl van reflectie op publieke gezondheidszorgpraktijken en in deze rede zet ik mijn programma uiteen aan de hand van het thema 'idealen en praktijken'. Huidige publieke gezondheidszorgpraktijken hebben het moeilijk met de relatie tussen idealen en praktijken. Ze articuleren het idee dat de leer voor het leven moet gaan, en naarmate het leven zich meer aan de leer onttrekt, wordt er zwaarder geschut ingezet om het leven in overeenstemming met de leer te brengen. Wat is hier aan de hand, hoe moeten we dit begrijpen en waar moet het naar toe? Laat ik beginnen met de idealen van publieke gezondheidszorg praktijken.

Leer en leven

De idealen die in publieke gezondheidszorgpraktijken naar voren komen, zijn hooggestemd: een maatschappij waarin iedereen zo lang mogelijk gezond, vitaal, en maatschappelijk actief is. Gezondheid is niet meer iets dat je toevalt, niet meer van God gegeven en ook geen kwestie van geluk, maar een zaak van effectief risicobeheer. Honderd jaar geleden ging het er in de publieke gezondheidszorg om dat mensen niet ziek zouden worden. Er werd riolering en waterleiding aangelegd om epidemieën te bestrijden en in het kader van het beschavingsoffensief van de goeide

burgerij leerden de lagere klassen een hygiënische huishouding te voeren. Honderd jaar later, in de 21^e eeuw, gaat het er niet meer om ziekte te voorkomen maar om zo lang mogelijk gezond te blijven². Het accent in de publieke gezondheidszorg verschoof van het veranderen van de omgeving en de infrastructuur naar het veranderen van de leefstijl van mensen. En terwijl leefstijl in de jaren 1950 nog werd gezien als een collectieve zaak – ‘we’ hadden een Westerse leefstijl ontwikkeld – wordt leefstijl tegenwoordig beschouwd als een individuele keuze en verantwoordelijkheid³. Tegelijkertijd met dit proces van individualisering van de verantwoordelijkheid voor ‘gezond leven’ breidt het domein van de publieke gezondheidszorg sterk uit. Eten, drinken, bewegen, slapen, sex, werken – van voor de conceptie tot op hoge ouderdom – altijd en overal moet gezond worden geleefd en altijd en overal moeten risico’s⁴ worden gemeden. Er is geen domein van ons leven dat gevrijwaard is van ‘risico’s en waar we ‘gewoon kunnen leven’⁵.

Terwijl onderzoekers het belang onderstrepen van die ene risicofactor waarin ze zijn gespecialiseerd - de een doet in roken, de ander in bewegen en een derde in alcohol - zien burgers het hele scala aan zich voorbij trekken⁶. Burgers spreken echter doorgaans niet over gezondheid in termen van ‘risicofactoren’ maar in termen van betekenissen en ervaringen, en zij zijn veel minder geneigd dan onderzoekers en professionals om deze risicofactoren te verabsoluteren (Horstman & Houtepen 2005; Mathar & Jansen 2010). Bovendien is gezond leven voor burgers een van de vele deugden waarmee ze worstelen en niet vanzelfsprekend de belangrijkste: wat te denken van hard werken, hechten aan familie-tradities, of gepassioneerd leven. Gezond leven kan er in de context van

2 In het voetspoor van de brede WHO definitie van gezondheid als ‘a state of complete physical, mental and social well being and not merely the absence of disease or infirmity (WHO Constitution 1946)’ heeft naast de term preventie de term gezondheidsbevordering haar intrede gedaan. Een toenemend arsenaal aan risicotekniken is er op gericht mensen ‘gezonder’ te maken. Daarbij wordt de norm voor ‘gezond’ steeds minder ontleend aan het gemiddelde, maar groeit de afstand tussen de norm en het gemiddelde zodat het voor grote groepen steeds moeilijker wordt om die norm te halen. Zie ook Lupton (1995).

3 In het publieke debat wordt ‘individuele controle over risico’s’ vaak gekoppeld aan de mogelijkheid om mensen uit te sluiten van verzekeringen. Hoewel dit een belangrijk vraagstuk is, ga in daar in deze rede niet verder op in. Zie Van Hoyweghen et al (2006; 2007). Van Hoyweghen & Horstman (forthcoming)

4 Over de opkomst van statistiek als vak en van het concept ‘risico’ in de context van ontwikkelingen in de filosofie, de wiskunde en in sociale instituties zoals verzekeringen en de staat vanaf de 18e eeuw zie Hacking (1990).

5 De uitdrukking ‘gewoon te leven’ ontleen ik aan het boek van Huijer *De kunst gewoon te leven* (1996). Geïnspireerd door de notie ‘van het leven een kunst werk maken’ van Michel Foucault en zijn pleidooi voor een ‘bestaansethiek’ beschrijft Huijer daarin hoe mensen met Aids en die seropositief zijn met die ziekte cq diagnose het alledaagse leven vorm geven.

6 Het is opvallend hoe weinig onderzoekers en experts zich realiseren dat zij niet de enige expert zijn die risico-informatie verschaft, maar dat er legio experts zijn met allemaal andere prioriteiten. Veel experts zien zich zelf en ‘hun risico’ als het middelpunt van de wereld en zijn betrekkelijk weinig reflexief ten aanzien van hun eigen positie en hun eigen specifieke rationaliteit in een wereld die vol is van experts met allemaal hun eigen boodschap.

deze deugden dus heel verschillend uitzien en hoeft niet de boventoon te voeren. Terwijl onderzoekers zich richten op het ontwerpen van interventies om risico(gedrag) te reduceren, laat analyse van dergelijke interventies zien dat burgers geen machines zijn, waar aan het begin van de 'interventie' informatie in gaat en aan het einde gezond gedrag uit komt, maar mensen van vlees en bloed met eigen ritmes en tempos⁷. Hoewel beleidsmakers, onderzoekers en professionals geneigd zijn aan te nemen dat mensen hun leven veranderen op het moment dat er beleid tot stand komt, een onderzoek start of een interventie begint, lopen de tijdsregimes van beleidscycli, wetenschappelijke promotieonderzoeken, professionele projecten, en dagelijks leven natuurlijk niet synchroon⁸.

De ongebreidelde proliferatie van gezondheidsrisico's, de explosie aan epidemiologische verbanden, hangt onder andere samen met de ontwikkeling van informatietechnologie. Die maakt het mogelijk grote databestanden en biobanken aan te leggen en in de huidige prestatiecultuur in de wetenschap nodigt dat uit tot correlatiezucht. Als data beschikbaar zijn over cholesterol, genen, gewicht, slaapgedrag, koffiegebruik, boerenkool, en arbeidssatisfactie, dan levert een beetje rekenen altijd wel een risico op. Katan wees onlangs op de neiging in de gezondheidswetenschappen om zoveel mogelijk significante resultaten bij elkaar te vissen, ook al zijn ze betrekkelijk betekenisloos (Katan 2010).

7 De publieke gezondheidszorg heeft dringend bezinning nodig op het mensbeeld dat ze articuleert. Aanknopingspunten voor de ontwikkeling van een 'vlees en bloed' mensbeeld dat meer oog heeft voor de 'embodied identity' van mensen, voor de geschiedenis zijn te vinden bij o.a. Slatman (2008), Derksen & Horstman (2008). Voor inzicht in het 'multiple' karakter van lichamen zie Mol (2002; 2005). Het interessante van deze benaderingen is dat ze niet gebruik maken van tegenstellingen zoals natuurlijk en onnatuurlijk lichaam, of eigen en vervreemd lichaam, om het onnatuurlijke en het vervreemde af te wijzen, maar dat ze de mogelijkheid om lichamen te objectiveren, te instrumentaliseren, te onnaturaliseren als een mogelijkheid en capaciteit van mensen zien, om pas daarna normatieve agenda op te maken over de constitutie van lichamen/identiteiten.

8 Over de betekenis en organisatie van tijd in de publiek gezondheidszorg is nog weinig geschreven. De opkomst van een preventieve stijl in de geneeskunde en de gezondheidszorg, heeft echter grote implicaties voor de organisatie van tijd. Verleden, heden en toekomst krijgen een andere betekenis en worden anders ten opzichte van elkaar geordend (Horstman & De Vries, 1999, 55-59). De socioloog Luhmann heeft er bijvoorbeeld op gewezen dat in de context van een religieuze maatschappij met een betrekkelijk deterministisch wereldbeeld een lineaire organisatie van tijd domineerde: verleden, heden en toekomst lagen min of meer (Luhmann 1991). In een risicocultuur is volgens hem sprake van een procesmatige tijdsorganisatie: onzekerheid wordt een structureel element van die samenleving en het wordt een opgave om een relatie te maken tussen verleden, heden en toekomst en een reflexieve identiteit te vormen. In de gezondheidszorg lijkt een procesmatige tijdsorganisatie echter tot een nog deterministischer beeld van de levensloop te leiden. Zo wordt ziekte in plaats van een stand van zaken eventueel nog door een wonder of een ingreep van God te genezen steeds meer voorgesteld als een proces met een voorspelbaar verloop, waarbij steeds meer nadruk wordt gelegd de eerste fase als de enige fase waarin het verloop door preventieve acties nog kan worden beïnvloed. Terwijl mensen in de 21e eeuw in veel opzichten meer vrijheden hebben dan een eeuw geleden, wordt hun toekomst in dat opzicht minder open en hun leven meer gedetermineerd door 'het vroegste begin'. Slogans als 'gezond roze, gezond grijs' symboliseren dat preventiewerk in het begin van het leven cruciaal is, omdat de kansen om er nog iets van te maken daarna als het ware verkeken zijn. Voor interessante analyses van de manier waarop genetische technologie ingrijpt in de organisatie van tijd zie Huijer (2007).

Als we zien welke risico's bijvoorbeeld de zwangerschap bedreigen, zou niemand ooit nog zwanger durven te worden. Maar hoe vluchtig, voorlopig en controversieel een groot deel van deze risico's ook zijn, hoe weinig robuust de kennisclaims soms ook (Van Maanen 2009), de boodschap luidt dat investeren in preventie urgent is omdat het leidt tot gezondheid en een hoge ouderdom. Op de achtergrond spelen zorgen over de krimpende beroepsbevolking in Europa, over de groeiende concurrentie tussen Europese en Aziatische markten en over de middenmootpositie van Nederland in de internationale gezondheidsranglijsten een grote rol⁹. De subteksten van veel beleidsnotities op het terrein van de publieke gezondheidszorg verraden een grote onzekerheid over ons leven in een globaliserende wereld en streven naar een gezonde maatschappij is kennelijk een manier om die onzekerheid weg te nemen. In de gezondheidszorg zien we de contouren van een risicomaatschappij zoals de Duitse socioloog Beck (Beck 1992) die beschreef, een maatschappij waarin de onzekerheden niet van buiten komen maar van binnenuit, niet als product van de natuur maar als product van wetenschap en technologie. In de publieke gezondheidszorg is daar echter weinig oog voor. Wetenschap en techniek worden primair gezien als oplossing van het probleem en niet als onderdeel van het probleem. Beck, en in zijn voetspoor vele anderen, betoogt dat de onzekerheden die door wetenschap en technologie geproduceerd worden niet met conventionele politieke strategieën van sturing door kennis kunnen worden opgelost, en dat het falen van de instituties in dat opzicht het vertrouwen in deze instituties ondermijnt. Hij spreekt van een 'nieuwe moderniteit' die

9 In het Gezondheidsrapport van de Nederlandse Public Health Federatie van 5 april 2010 wordt bijvoorbeeld expliciet verwezen naar de positie van Nederland in de Europese ranglijsten. De Wilde heeft in het boek *De Voorspellers. Een kritiek op de toekomstindustrie* (2000) aan de hand van ontwikkelingen in technologie een mooie analyse gegeven van deze retorische stijl. Hij noemt deze stijl finalistisch en lineair omdat wordt aangenomen en vaak met cijfers wordt geïllustreerd dat de maatschappij zich min of meer onvermijdelijk en blind in een bepaalde richting beweegt. Hij betoogt dat dit toekomstbeeld een januskop heeft, namelijk een combinatie van een aanstormende, dreigende toekomst en een wenkende toekomst. De Wilde stelt dat terwijl het genre van de utopie het mogelijkheidsdenken vergroot, deze retorische stijl met betrekking tot de toekomst juist de verbeeldingskracht kortwiek. Het is interessant om deze analyse toe te passen op de publieke gezondheidszorg en die te analyseren als 'toekomstindustrie'. Dan zien we dat in vele beleidsnota over de publieke gezondheidszorg eerst een bepaalde aanstormende toekomst wordt geschetst (vergrijzing, concurrentie Azië), waar vervolgens bepaalde grote problemen uit worden afgeleid die onvermijdelijk op ons af komen (kosten gezondheidszorg, krapte arbeidsmarkt) en waar tenslotte de urgentie van een specifiek beleid wordt onderstreept (preventie, meer dwang bij leefstijlverandering etc.) om daarmee een wenkende toekomst te creëren (gezondheidszorg voor iedereen, welvaart). De Wilde wijst er op dat democratisch debat vraagt dat 'de toekomst' niet het beleid dicteert en de discussie ruimte inperkt, maar dat de diverse toekomst beelden in politieke arena's in het hier-en-nu ter discussie kunnen staan. Zie voor een andere analyse van dergelijke retorische stijlen in beleidsontwikkeling ook Stone (1997).

vraagt om nieuwe vormen van reflexiviteit en politiek¹⁰. Ook over deze vragen wordt in de publieke gezondheidszorg weinig nagedacht.

Vanwege de groeiende hoeveelheid risico's waar mensen aan bloot staan en de klaarblijkelijke urgentie van preventie luiden beleidsmakers en onderzoekers de noodklok over de gebrekkige effectiviteit van de publieke gezondheidszorg. De levensverwachting is weliswaar enorm gestegen, maar het zou nog beter kunnen, want de sterfte aan kanker scoort hoog en we worden niet dunner. Burgers vinden gezondheid zeker belangrijk, maar nemen de gezondheidsadviezen van de experts maar matig ter harte. Rokers laten zich de sigaret niet afpakken, campagnes als 6x sterker tegen kanker worden door (ex)patiënten van snerend commentaar voorzien, de trouwe opkomst bij vaccinatiecampagnes slinkt en het Centrum voor Jeugd en Gezin is de laatste plek waar ouders naar toe gaan als ze zich zorgen maken over hun kind. Daarbij is het opvallend dat de gebrekkige effectiviteit vooral tot uitdrukking komt in sociaal economische gezondheidsverschillen: ondanks de stijging van de levensverwachting worden gezondheidsverschillen tussen hoger- en lager opgeleiden niet kleiner¹¹. In het licht van deze ervaringen is het opmerkelijk dat publieke gezondheidszorgpraktijken weinig geneigd zijn om haar missie en doelstellingen nog eens nader te bezien. Aan de leer wordt niet getwijfeld. Integendeel, men bezint zich op strategieën om de doelen toch te bereiken.

Wat opvalt is dat de problemen van de publieke gezondheidszorg primair worden geïnterpreteerd als een *technisch probleem* – de interventies werken niet – en dat de oplossing vooral wordt gezocht in *sturing door kennis*. Met andere woorden, publieke gezondheidszorgpraktijken worden gekarakteriseerd door een rationalistische stijl. De roep is om meer evidence over effectieve interventies zodat riskant gedrag kan worden veranderd in gezond gedrag. Er wordt geïnvesteerd in effectiviteit-onderzoek, in nationale databases van bewezen effectieve interventies

¹⁰ Ik ga hier niet op de debatten die naar aanleiding van dit boek van Beck zijn gevoerd, maar het is een interessante exercitie om ontwikkelingen in de public health vanuit het perspectief van deze debatten te analyseren, omdat in deze literatuur niet de 'feiten' maar de onzekerheden het uitgangspunt zijn. Zie Beck, Giddens, Lash (1994). De publieke gezondheidszorg kan ook inspiratie ontlenen aan debatten over risk governance op andere terreinen, omdat die ingaan op de balans tussen technische expertise en deliberatieve dialoog en op institutionele vormgeving en organisatie van beide: zie bijv. Lofstedt (2005), Van Asselt (2007), Bijker, Bal Hendriks (2009).

¹¹ Deze verschillen worden meestal gerelateerd aan leefstijl: roken en overgewicht komen onder lager opgeleiden veel meer voor dan onder hoger opgeleiden. Ook deze verschillen worden eerder gezien in termen van kennis en informatie (bijv. in termen van 'health literacy') dan in termen van culturele verschillen (Carlisle et al. 2008) of in termen van verschillen in smaak en beschaving tussen gevestigden en buitenstaanders (De Swaan 1989; Bourdieu 1984).

en in academisering van professionals¹². Soms lijkt het alsof gebrekkige effectiviteit ook gezien wordt als een moreel probleem: wie zich zelf niet gezond houdt, veroorzaakt veel kosten en komt zijn of haar burgerplicht niet na, en daar moeten dan maar consequenties aan worden verbonden, bijvoorbeeld, in termen van uitsluiting van zorg. Maar deze ogenschijnlijke moralisering van het probleem leidt steeds weer terug naar een kennisvraag: schuld en boete preken, sancties stellen op ongezond gedrag – het is allemaal prima maar het moet wel bewezen effectief zijn. In de context van pogingen het leven met de leer te laten corresponderen definieert de publieke gezondheidszorg zich zelf primair als een technocratische kennispraktijk die blind is voor haar eigen (normatieve) werking¹³. Ik zal dat aan de hand van drie voorbeelden illustreren. Om te beginnen, de dikke kinderen.

Dikke kinderen

In het boek van Juli Zeh 'Corpus delicti. Een proces'(2009) schetst zij het beeld van een samenleving waarin iedereen verplicht wordt volgens een streng gezondheidsregime te leven. De volgende scene speelt zich af bij de rechtbank, waar een vader terecht staat wegens verdenking van overtreding van de wet op vroegtijdige herkenning van ziekten bij zuigelingen. 'Hoe oud is het kind? Achttien maanden. Een meisje. De vader heeft de onderzoeksplicht van fase G2 en die van G5 tot G.7 verzuimd. En wat nog dramatischer is, het kind is niet gescreend. Cerebrale stoornissen

12 De nadruk op 'evidence' kan ook gezien worden in het licht van de concurrentie tussen de publieke gezondheidszorg en de markt (sigaretten industrie, Mac Donalds etc), waarbij de laatste de irrationaliteit van emoties en verleidingen representeert en de eerste de rationaliteit van kennis en controle van die verleidingen. De publieke gezondheidszorg ervaart dat zij het veel moeilijker heeft dan de markt om een stempel te drukken op de cultuur van de gezondheidszorg. Het is echter de vraag of het hout snijdt om markt en staat analytisch en empirisch zo sterk te scheiden: de markt van rookartikelen en alcohol functioneert tenslotte bij regulering van de overheid. Tegen de achtergrond van de veronderstelde scheiding van markt en staat bepleiten sommigen actieve organisatie van publiek-private samenwerking, zoals het Convenant Gezond Gewicht: het valt te bezien waar dat toe leidt.

13 Vanuit de ethiek heeft Buchanan (2000) erop gewezen dat het primaat van een wetenschappelijke, instrumentele benadering boven een praktische en morele uiteindelijk resulteert in nihilisme. Hij ziet gezondheidsbevordering primair als een morele onderneming. In het wetenschaps- en techniek onderzoek is nadrukkelijk gedemonstreerd hoe feiten en waarden, wetenschap en maatschappij, verweven zijn, en hoe wetenschap zelf een specifieke normatieve onderneming is. Recentelijk hebben auteurs bijvoorbeeld gewezen op de performativiteit van vakgebieden zoals de economie, hetgeen betekent dat economen niet de economische verschijnselen beschrijven, maar deze construeren. Op deze manier zijn economen en financiële specialisten bijvoorbeeld mede verantwoordelijk voor de financiële crisis (Callon et al. 2007; Mackenzie et al. 2007). Op analoge wijze is sprake van performativiteit van gezondheidswetenschappen. Het concept performativiteit is radicaler dan het concept medicalisering dat ook aandacht vraagt voor de iatrogene effecten van de gezondheidszorg maar wetenschap en techniek zelf goeddeels als black box behandelt.

niet uitgesloten, allergische gevoeligheid niet gecheckt. Nee maar, wat een slordigheid, hoe kon dat gebeuren.' Deze criminalisering van het ouderschap komt ons ridicuul voor, maar in 2007 werden we opgeschrikt door het verhaal dat in Engeland een moeder werd beschuldigd van mishandeling van haar 8 jarige zoon die veel te zwaar was. In diverse Amerikaanse staten – met op elke hoek een Macdonalds - is extreem overgewicht erkend als een reden voor uithuisplaatsing van kinderen. In Nederland - met in veel scholen automaten met marsen en cola - stelde Paul Rosenmuller in de context van het Convenant Overgewicht (www.convenantgezondgewicht.nl) dat ouders die het gewicht van kinderen uit de hand laten lopen 'hun kinderen iets aan doen'¹⁴. De obsesieve trekken van de missie overgewichtbestrijding, de stoere praat en de disproportionele maatregelen brengen een oplossing natuurlijk niet dichterbij¹⁵.

Er zijn niet alleen zorgen over het gewicht van kinderen, maar ook over gebruik van alcohol en drugs, jeugdcriminaliteit, spijbelen, depressie en mishandeling. De professionele zorg heeft echter geen goede naam: bureaucratie en wachtlijsten in de jeugdzorg, autistische kinderen in de gevangenis, scholen die kinderen over de heg gooien. Met andere woorden, er wordt slecht geholpen en gezorgd waar dat nodig is. In het 'Een gezin, een plan' beleid van het ministerie voor Jeugd en Gezin (Ministerie Jeugd en Gezin 2007) wordt gepleit voor vroegsignalering van risico's en voor betere samenwerking in een sluitende zorgketen. Daarbij wordt veel verwacht van informatietechnologie. Zo worden provinciale en landelijke elektronische signaleringssystemen geïntroduceerd, die het mogelijk maken dat professionals zoals een arts, een onderwijzer of een crècheleidster een signaal afgeven als ze denken dat er sprake is van een risicokind (bijv. www.samenwerkenvoordejeugd.nl; www.zorgvoorjeugd.nl)¹⁶. Als er meerdere signalen zijn, dan wordt overleg gestart over wat er moet gebeuren. In veel gemeentes worden bij voorbaat alle kinderen al in het systeem gezet, zodat bij een eerste signaal informatie over naam en adres meteen voorhanden is. Hoe handig deze systemen in sommige opzichten wellicht ook zijn, ze hebben perverse trekken. Om het systeem

14 Interview De Pers, 23 -11-2009. In een analyse van Monaghan et al. (2010) schetsen zij de vele verschillende 'entrepreneurs' die de overgewicht epidemie construeren – ouders zijn vanuit dit perspectief wel belangrijk, maar niet de enige partij.

15 Zie voor een interessante kritiek op het overgewichtbeleid: Pieterman et al. (2005).

16 Ook in Engeland zien we in het kader van het beleid Every Child Matters dergelijke systemen, bijv. Contactpoint. www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/strategy/deliveringservices1/contactpoint/contactpoint. Zie voor analyses van dit beleid in Engeland Garret (2004; 2005; 2005a), Peckover et al. (2008), White et al. (2008).

goed te laten functioneren, moet er namelijk wel voldoende gesignaleerd worden. Het succes van beleid vraagt om het succes van de techniek en die vraagt op haar beurt om veel risicokinderen¹⁷.

Voor beleidsmakers is informatietechnologie de magic bullet voor de misère in de jeugdketen. Wie een kijkje achter de schermen neemt, ziet bij professionals echter reserve. Zij ervaren signalering vaak als een labeling van een kind op basis van een nogal arbitraire norm: moet een dik kind gesignaleerd? een teruggetrokken kind? een kind dat heel erg boos wordt? Maar wat is dik? En is boos een probleem? Bovendien moeten professionals ouders informeren over een eventuele signalering, en dat valt ze zwaar, want ze ervaren dat ze met argwaan worden bekeken en gezien het arbitraire karakter van de signaleringen vinden ze dat nog terecht ook. Het signaleren staat het helpen als het ware in de weg. Hoe het daadwerkelijk staat met het vertrouwen van ouders in de jeugdketen, is onbekend, maar dat vertrouwen een issue is en dat de diverse informatiesystemen een onbehagelijk gevoel oproepen is zeker. Hoeveel privacy protocollen ook, het vertrouwen is fragiel (Lecluize et al. 2009 en 2010; Prins 2008).

Voor de problemen in de jeugdketen worden vele verklaringen gegeven, maar bijna alle verklaringen leiden tot de diagnose van een kennis probleem. Het evidence beast, zoals De Winter dat noemde (De Winter 2008) tiert welig in de jeugdketen (Illustere Domstaddebatten 2008). Onzekerheid over juiste signaleringen kunnen – zo denkt men - worden opgelost met meer kennis van risico's. Als maar op grote schaal kinderen gevolgd kunnen worden, zo is de verwachting, dan zijn er data op basis waarvan betere classificaties van risicokinderen en betere criteria voor urgentie ontwikkeld kunnen worden, en kunnen professionals op basis van gedeelde definities efficiënter samen werken, en beter onderbouwde beslissingen nemen (White et al. 2008). Evidence zal professionals minder onzeker maken en zal leiden tot een effectieve jeugdketen. En daarmee kom ik bij het tweede voorbeeld.

17 Voor een mooie filosofische analyse van de manier waarop we omgaan met leed van kinderen, zie De Mul (2006), H. 7 Tragisch ouderschap.

Uitgebluste werknemers.

Recentelijk is de werkplek ontdekt als een aangrijpingspunt voor gezondheidsbevordering. Privatisering van de kosten van ziekteverzuim, de nieuw Zorgverzekeringswet en een krimpende arbeidsmarkt vormen de achtergrond voor nieuwe initiatieven op het terrein van gezond leven in Nederland¹⁸. Waar vroeger de meeste aandacht ging naar de arbeidsomstandigheden, staat nu de individuele leefstijl centraal. Arbodiensten, coachingsbureaus, psychologen, fitnesscentra en verzekeraars bieden een scala aan diensten aan werkgevers aan, om de gezondheid en de inzetbaarheid van werknemers te bevorderen. Werknemers moeten tot op hoge leeftijd vitaal en bevolgen blijven. De focus is dus niet op de mensen die ziek zijn – het ziekteverzuim is met 4% historisch laag - maar op de mensen die gezond zijn. Zij kunnen immers nog fitter en vitaler worden. Met andere woorden, alle werknemers zijn risico-werknemers en op de werkplek verschijnen fitnessruimtes en yoga cursussen, gaat de kantine over op gezonde voeding, doet de Arbo arts regelmatige gezondheidschecks, en gaat het hele team in training voor de halve marathon (Meershoek et al. 2010).

Ook hier is effectiviteit een punt van zorg. Het gezin waarin een iemand wordt geboren is nog steeds de beste voorspeller van leefstijl en gezondheid. Witte boorden omarmen fitness bij de baas, maar de dikke vrachtwagenchauffeur rijdt zijn vaste rustpunten niet voorbij omdat het eten daar te vet is, want het is er gezellig. De sportvoorzieningen genereren wellicht wel meer loyaliteit aan de werkgever, maar er zijn gerede vermoedens dat gezondheidsbevordering op de werkplek sociaal-economische gezondheidsverschillen vergroot. De Swaan heeft in zijn mooie studie over de constitutie van de psychoanalytische setting laten zien dat de intake voor psychotherapie niet een neutraal instrument is om het probleem in kaart te brengen, maar een middel om te onderscheiden wie wel en niet geschikt is voor zorg (De Swaan et al. 1979). Wie niet een beetje reflexief is en niet goed over zich zelf kan praten, is niet therapie-geschikt en wordt uitgesloten. Het spreekuur is dus een opgave. Iets vergelijkbaars geldt voor gezondheidsbevordering: wie niet al een rationalistische habitus heeft van gezond leven, krijgt de facto niet wat misschien nodig is.

¹⁸ In de Verenigde Staten is deze trend al in de jaren 1980 ingezet (Alexander 1988; Conrad 1988; 1988a; Zoller 2003).

Er is ook zorg over de maatschappelijke gevolgen. De institutionele scheidslijnen tussen arbeidsmarkt, gezondheidszorg, verzekeringen en privésfeer staan steeds meer onder druk. Het wordt steeds gewoner om werknemers persoonlijk aan te speken op roken of op overgewicht: als ambassadeurs van het bedrijf worden verkopers en baliepersoneel geacht er goed - dat wil zeggen slank - uit te zien. Krijgt een werknemer straks via het funktioneringsgesprek terug dat hij zo weinig lunchwandelt? Gaat de werkgever vragen om 'de gezonde leefstijl' ook thuis voort te zetten? Avonds op tijd naar bed om morgens weer fit en vitaal aan de slag te kunnen? Ook hier zijn dus net als bij de jeugdketen privacy vragen in het geding.

Net als bij de jeugdketen, worden twijfels over gezondheidsbevordering primair geduid als een kennisprobleem, en er wordt nadrukkelijk naar wetenschappelijke legitimatie gezocht. Kennisinstituten zoals universiteiten en TNO ontwerpen evidence based programma's om te stoppen met roken, instrumenten om vermoeidheid te meten, vragenlijsten om werknemers op te sporen met een verhoogd risico op uitgeblustheid. TNO bijvoorbeeld biedt bedrijven aan de knelpunten in kaart te brengen op het gebied van bewegingsarmoede en leefstijl van werknemers en vervolgens aan te geven welke oplossingen het meest effectief zijn.

Enthousiaste medewerkers, werk dat inspireert en werk waar medewerkers trots op zijn. Zowel medewerkers, leidinggevenden, organisaties en klanten varen hier wel bij. Bevlogenheid, want daar hebben we het hier over, krijgt steeds meer aandacht omdat dit de kans op gezondheidsklachten vermindert en de kwaliteit van de dienstverlening beïnvloedt. (...)

Wat biedt TNO? TNO maakt een analyse van knelpunten in de werkprocessen en van factoren in het werk die bevlogenheid stimuleren of juist belemmeren. De analyse betreft verschillende onderdelen waarbij diverse vragen beantwoord worden. (...)

In de analyse besteedt TNO zowel aandacht aan die elementen die medewerkers leuk vinden en waar ze energie van krijgen als aan de knelpunten die plezier in het werk belemmeren. (...)

Wilt u bevlogen en gezonde medewerkers? Neem dan contact op. (www.tno.nl)

En de Universiteit Maastricht heeft bijvoorbeeld de Balansmeter ontwikkeld, waarmee het risico op toekomstig verzuim van individuele medewerkers in kaart kan worden gebracht.

De Balansmeter is een exclusief product waarmee Achmea Vitale toekomstig verzuim kan opsporen. Met deze unieke vragenlijst sporen we medewerkers 'at risk' op en voorkomen we uitval door gerichte begeleiding. De Balansmeter is een wetenschappelijk getest instrument waarbij we nauw samenwerken met de Universiteit van Maastricht. (www.achmeavitale.nl)

De Universiteit Maastricht zette samen met ABN AMRO Arbo Services de Balansmeter op de markt. Een instrument (lees: een vragenlijst) dat kan voorspellen welke kantoorwerknemers een verhoogde kans hebben op langdurig ziekteverzuim. Uit een vervolgstudie bleek bovendien dat vroegtijdig ingrijpen het verzuim van deze groep met 35% kon terugdringen. Via de Balansmeter BV ontwikkelt de UM het instrument door, samen met ABN AMRO Arbo Services en Achmea Vitale. (...)

Bij wetenschappelijk onderzoek is implementatie van de resultaten vaak de grootste uitdaging. Juist bij de Balansmeter is deze implementatie succesvol verlopen. Achmea Vitale doet de arbozorg voor 2,5 miljoen Nederlanders. "Als het resultaat straks is dat een half tot één miljoen werknemers anders bejegend wordt dankzij de Balansmeter, zou dat al ongelooflijk zijn." (www.maastrichtuniversity.nl)

Deze kennisinstituten, die zelf ook hun brood moeten verdienen op deze markt, bepalen dus in hoge mate de betekenis van 'risico's en verlenen de aangeboden veranderprogramma's met hun taal van 'meten is weten' wetenschappelijke legitimatie. In de hunkering naar 'bewijs van effectiviteit' worden lastige vragen over doelen en middelen van de huidige gezondheidsmissie naar de achtergrond geschoven. En daarmee kom ik bij het derde voorbeeld.

Vreemde virussen

Hoewel we lang dachten dat de infectieziekten overwonnen waren, zijn we de laatste jaren opgeschrikt door nieuwe epidemieën. De aids-epidemie in de jaren 80 werd snel geassocieerd met promiscuïteit, homoseksualiteit en Afrika, waardoor we ons nog veilig konden wanen (Mooy 2004). Welvaart, internationaal reizigersverkeer, hoge mens-dier dichtheid, en antibiotica resistente bacteriën creëren echter kansen voor een scala aan vreemde virussen en hoe die zullen toeslaan is in hoge mate ongewis. De infectieziektebestrijding zal de komende decennia haar handen vol hebben.

Bij de preventie van de klassieke infectieziekten onder kinderen zoals polio en difterie kon - behalve op de Veluwe - decennia lang op een trouwe opkomst gerekend worden. De vaccinatiegraad in Nederland is dan ook hoog: ze ligt boven de 95%. Maar terwijl er steeds meer vreemde virussen rondwaren en er meer vaccins beschikbaar komen, wordt vaccinatie juist minder vanzelfsprekend (Blume 2006). De opkomst bij de HPV vaccinatie voor tienermeisjes ter bescherming tegen het HPV virus dat een kans geeft op baarmoederhalskanker, een vaccinatie programma dat ook onder experts niet onomstreden was (Gezondheidsraad 2008; Kok et al 2008; Boomsma et al. 2008, Rothman & Rothman 2009), was onverwacht laag. Op internet en Hyves discussieerden ouders en meisjes over de veiligheid en risico's van het vaccin op de langere termijn en over de vraag of het aanbod meisjes niet op te jonge leeftijd als seksueel actief afficheerde. Ook bij de Mexicaanse griep was er veel meer discussie dan men had verwacht. In beide gevallen werd gewezen op de mogelijke financiële belangen van de farmaceutische industrie en kwam de vraag aan de orde hoe onafhankelijk de experts eigenlijk waren.

De reacties op deze discussies verschilden. Terwijl sommige experts burgers voor irrationeel en dom verslijten, steken anderen de hand in eigen boezem: ze stellen dat de communicatiestrategie niet optimaal is geweest (Rijswoud 2009; 2010). Beide veronderstellen echter dat de doelstelling van vaccinatieprogramma's kan worden gerealiseerd met een kennisstrategie: inzicht in de effectiviteit van voorlichting en communicatie moet de weg wijzen. Maar dan wordt een interessant fenomeen over het hoofd gezien. Het waren immers de professionals in de zorg - hoogopgeleid en goed geïnformeerd - die niet happig waren op de griepvaccinatie. In diverse ziekenhuizen en verpleeghuizen was de opkomst onder het personeel lager dan onder de andere risicogroepen. Dit roept de vraag op of de kennisstrategie toereikend is voor de preventie van infectieziekten in de toekomst.

Rationalistische strategie

Risicokinderen, uitgebluste werknemers, vreemde virussen. We kunnen het rijtje gevoeglijk aanvullen met ongezonde wijken, riskante zwangerschappen etc. Hoewel de media ook vaak een veeg uit de pan krijgen voor onjuiste berichtgeving over risico's, wordt de ongehoorzaamheid van burgers aan de idealen van de publieke gezondheidszorg beschouwd als een technische probleem – als een effectiviteitsprobleem – dat met

meer technische kennis kan worden opgelost. Nu is er niets tegen kennis, maar er valt wel iets af te dingen op het idee dat burgers met technische kennis - evidence based beleid en evidence based professioneel werk - in de richting van gezond gedrag gestuurd moeten worden. Alleen al de term gedrag is opmerkelijk: uit een mooie historische analyse van het concept gedrag laat Armstrong (2009) zien dat vroeger werd gesproken over het gedrag van de huid, of van een spier, maar dat over mensen werd gesproken in termen van handelingen en gewoontes. De opmars van de term gedrag in de gezondheidszorg laat een fraai spoor van objectivering van de doelgroep van de publieke gezondheidszorg zien. Toch zijn er ook veel professionals die beseffen dat de route van evidence naar effectiviteit en gezondheid nogal bochtig is en die pogingen doen om aan dit keurslijf te ontsnappen. Ze pleiten voor bottom up werken, dialoog met burgers, en practice based evidence (Donker 2006; Saan & de Haes 2006; Stronks 2007; Harting & Van Assema 2007). Recentelijk is er ook meer aandacht voor de omgeving als stimulus voor gezond gedrag. Maar deze initiatieven kunnen zich maar moeilijk ontworstelen aan de taal van sturing, en hoewel ze in beginsel het leven aanzienlijk meer ruimte geven, moet het leven zich uiteindelijk toch voegen naar de leer. De legitimatie van dialoog schuilt tenslotte in de effectieve reductie van riskant gedrag. Anders wordt een dialoog als weggegooid geld beschouwd.

Het is opmerkelijk dat in laboratoriumwetenschappen, zoals genomics, nanotechnologie en tissue engineering, het besef groeit dat kennis over 'of het werkt' niet voldoende is om deze kennis succesvol in de praktijk te laten landen en dat interactie met de maatschappij over de betekenis van die kennis cruciaal is¹⁹. Wat betekenen genetische risico's voor het dagelijks leven, willen we die kennis eigenlijk wel, hoe grijpen genetische testen in familie relaties in, hoe we kunnen leven met kennis van die risico, welke consequenties heeft kennis over die risico's voor toegang tot verzekeringen: men beseft dat maatschappelijke leerprocessen over deze vragen noodzakelijk zijn om laboratoriumkennis maatschappelijk vruchtbaar te maken (De Vries & Horstman 2008; Swierstra et al 2009). Dit soort vragen over genetische risico's kunnen we ook stellen bij leefstijl risico's, maar in de haast om effectieve preventie te realiseren gebeurt dat amper. De publieke gezondheidszorg, die zich van origine in het hart van de maatschappij bevindt, keert zich met haar focus op

19 In Nederland houden instellingen zoals het Rathenau Instituut in Den Haag en het Centre for Society and Genomics in Nijmegen zich daar bijvoorbeeld expliciet mee bezig. www.rathenau.nl; www.society-genomics.nl

sturing door technische kennis dus steeds meer van die maatschappij af. Om dit fenomeen te begrijpen, bieden het wetenschaps- en techniekonderzoek en de sociologie aanknopingspunten.

Rationalisering als product van democratisering

Wetenschapshistorici en sociologen schetsen de uitkristallisering van een rationalistische stijl in sociaal wetenschappelijke disciplines en professies als een onbedoeld resultaat van processen van democratisering. In de eerste helft van de 20^e eeuw kenmerkte de publieke gezondheidszorg zich door een conservatieve stijl: relaties tussen politiek, professionals en burgers werden gekarakteriseerd in termen van vertrouwen. Professionals werden vertrouwd omdat ze een opleiding en ervaring hadden en daar wijsheid en gezag aan ontleenden. Ze werden door de overheid redelijk met rust gelaten en burgers keken tegen hen op. Professionals waren representanten van een sociale elite en ‘vertrouwen in professionals’ – bijvoorbeeld door het volgen van hygiënische voorschriften – bood de lagere klasse een kans te stijgen op de maatschappelijke ladder. Professionals hoefden niet te bewijzen dat ze over goede inzichten beschikten en goede adviezen gaven, want dat was voorondersteld.

In de laatste decennia van de 20^e eeuw maakt deze stijl plaats voor een rationalistische stijl: relaties tussen politiek, professionals en experts en burgers worden meer en meer gemodelleerd in termen van sturing en controle. Democratisering, toenemend pluralisme en groeiende mondigheid van burgers leiden tot grotere publieke verantwoordingsdruk over beleid. Burgers volgen niet meer de politieke voormannen en steeds vaker wordt de vraag gesteld of beleidsvoornemens en beleidsuitvoering wel deugen, en of de schaarse middelen wel goed besteed worden: er ontstaat een groeiende behoefte aan sturing en controle, een ‘quest for accountability’ (Tonkens 2003; Duyvendak et al. 2006; Van der Lans 2008). Om die belofte van sturing waar te maken, doet de politiek echter geen beroep op een collectieve moraal, want die is immers aan het verdwijnen, maar op wetenschap. Wetenschappelijke expertise gaat als scheidsrechter fungeren in de pluralistische politieke arena, omdat wetenschappelijke kennis wordt geassocieerd met objectiviteit en vertrouwen. Hoe pluriformer de samenleving, hoe meer het beleid wetenschappelijk moet worden onderbouwd en geëvalueerd. Wetenschap

krijgt een technische rol in moderne democratieën en raakt meer en meer verweven met de statelijke bureaucratistische machinerie.

De historicus Porter laat zien dat, hoewel er vele verschillende sociaal wetenschappelijke werkwijzen zijn, een specifiek kennisideaal dominant wordt, namelijk een kwantitatief kennisideaal (Porter 1995). In een verdeelde wereld fungeert statistiek als een instrument om collectieven te maken: concrete individuen worden via een reeks bewerkingen abstracte gemiddelden die collectieven representeren. Waar de maatschappelijke perspectieven op problemen en oplossingen botsen en wantrouwen in de politiek groeit, ontwikkelt de statistiek zich tot een technology of trust: ze biedt 'trust in numbers'. In deze context zijn statistieken over ziekte en sterfte een uitermate nuttig oriëntatiemiddel op de langere termijn trends in de maatschappij die democratisch debat over beleidsontwikkeling mogelijk maken. Maar als wethouders bij elke sport en speldag om een gecontroleerde evaluatie vragen om statistisch significante effecten te meten, fungeert statistiek als autoriteitsargument en ontnemt ze ruimte voor publiek debat over wat wel en niet de moeite waard is²⁰.

Met de ontwikkeling van deze rationalistische stijl raakt het idee dat burgers door professionals bevoogdend moeten worden toegesproken, in diskrediet. Paternalisme is uit den boze. Om mensen te beschermen tegen het actieve aanbod van preventieve maatregelen en adviezen, ontstaat een ethiek van autonomie, waarin autonomie wordt gedefinieerd als geïnformeerde vrije keuze²¹. Nu klinkt dat wel erg liberaal, maar het keuze menu is toch niet heel groot. Terwijl vroeger vrijheid werd beperkt door de moraal, wordt ze nu bepaald door de wetenschap. Of het nu gaat over opvoeding van kinderen, roken, of prenatale screening, het is de bedoeling dat mensen zich laten leiden door wetenschappelijke informatie over risico's. Er is een exit optie – de ongezonde keuze – maar het is niet de bedoeling dat die keuze wordt gemaakt. Autonomie in termen

20 De Wilde betoogt in de Kenniscultus (2001) dat de 'innovatiecultuur' met betrekking tot kennis leidt tot steeds nieuwe kennis-modes, en tot veranderingen van de regels tijdens het spel. Kennisproductie wordt geflexibiliseerd en vluchtig: het effect daarvan is dat stabiele oriëntatiemiddelen die – zonder te realistisch te interpreteren – nodig zijn in een democratie, onderdruk staan. Sterfte en ziektestatistieken zijn dergelijke oriëntatiemiddelen. Gebruik van statistiek als retorisch instrument of als verantwoordingsstechniek moet dus worden onderscheiden van de maatschappelijke functie van statistiek als oriëntatiemiddel.

21 De geschiedenis van 'ethiek van preventie' kan op verschillende manieren gereconstrueerd worden. Hier beperk ik me tot de constatering dat hoewel ook weldoen, niet schaden, en rechtvaardigheid vaak genoemd worden als ethische principes, de meeste aandacht uitgaat naar autonomie. Terwijl aan autonomie veel waarde wordt gehecht vanuit het besef dat preventieve maatregelen aan gezonde burgers worden aangeboden, lijkt dat autonomie principe aan belang in te boeten als die gezonde burgers als risico-dragers worden gezien: 'het risico' wordt opgevat als ware het 'een klacht' en dan zijn preventieve interventies kennelijk meer gelegitimeerd. Zie voor een beschouwing over autonomie Wit e.a. (2007). Voor een interessante kritiek op het concept 'kiezen' dat met autonomie is verbonden zie Mol (2005).

van voice – meepraten over de betekenis, de ervaringen en de waarde van gezond leven – is geen sprake²².

Meer sturing, meer wetenschap, minder gezag

Deze processen van rationalisering hebben echter paradoxale gevolgen. Aanvankelijk leidt dit tot meer gezag van experts en professionals zoals epidemiologen en gezondheidswetenschappers omdat ze iets hebben dat burgers ontberen – namelijk databanken en statistieken als onderbouwing voor kennis van risico's en van riskant gedrag en een ideologie van evidence. Experts ontwikkelen macht om te bepalen wat relevantie risico's zijn en het statusverschil tussen experts en leken groeit. Deze ontwikkeling brengt, zo betoogt Porter, in tweede instantie echter met zich mee dat vertrouwen in experts en professionals plaats maakt voor vertrouwen in hun instrumenten, in statistieken, standaarden en expliciete methodische regels om risico's te identificeren en te berekenen. En waar cijfers en methodieken de dienst gaan uitmaken, worden niet alleen de cliënten van publieke diensten - het gemiddelde kind, de gemiddelde werknemer, de gemiddelde burger - vergelijkbaar en tot object van sturing gemaakt, ook experts en professionals worden onderling vergelijkbaar, meetbaar en controleerbaar. De toenemende verantwoordingsdruk in het publieke domein leidt er toe dat ook onderzoekers en professionals steeds meer publiekelijk moeten bewijzen dat ze goed werk doen. Met de opkomst van de audit-maatschappij (Power 1999) raken publieke gezondheidspraktijken bekneld tussen performance indicatoren en kritische burgers, tussen gemiddelde en maatwerk, en het gezag van experts en professionals wordt door overheid zowel als burgers steeds meer betwist.

Deze analyse leidt tot de conclusie dat de publieke gezondheidszorg geen kennisprobleem heeft, maar een democratieprobleem²³.

22 De concepten exit en voice zijn ontleend aan het werk van de sociologisch-econoom Hirschman. Hij schetste een theorie over leerprocessen en feed back mechanismen in private en publieke instituties. Hij stelde dat exit vaak wordt geassocieerd met de markt (weglopen naar de concurrent bij ontevredenheid) en voice wordt geassocieerd met publieke instellingen die vaak een monopolie hebben (inspraak). Om voice te kunnen ontwikkelen is bovendien loyalty noodzakelijk, omdat dat tijd geeft voor reflectie en verandering. Hirschman betoogde nu dat de kracht van exit opties als feed back mechanisme vaak wordt overschat en de waarde van voice wordt onderschat. Hirschman (1970), Benschop et al. (2003).

23 Er is wel een kennisprobleem in die zin dat dat er sprake is van een sterke onbalans in de betrokken disciplines. In Nederland is publieke gezondheidszorg sterk door de epidemiologie en de psychologie beïnvloed. Perspectieven, taal en methodologie van bijvoorbeeld de medische sociologie of de cultuurwetenschappen zijn vrijwel geheel uit de publieke gezondheidszorg verdwenen. Daarmee is besef van het symbolische karakter van ziekte, gezondheid en risico's uit het vizier geraakt.

Rationalisering van de politiek resulteert, onbedoeld, in democratisering van expertise en in relativering van het verschil tussen expert- en leken kennis. Waar wetenschappers verweven raken met beleid en politiek, worden hun claims steeds meer als politieke claims geïnterpreteerd en ook als zodanig tegen het licht worden gehouden. Media berichten over het particuliere karakter van kennisclaims, over verdeeldheid onder experts, en over de netwerken waarin wetenschappers zich bewegen en plaatsen kanttekeningen bij 'onafhankelijkheid' en 'belangeloosheid' van de wetenschap. Wetenschap kreeg een functie bij het temmen van onzekerheden in democratische processen: hoe onzekerder, complexer en onvoorspelbaarder de wereld, hoe groter de hang naar zekerheid. Discussies over de resultaten en werkwijze van de publieke gezondheidszorg wijzen er echter op dat deze rationalistische stijl haar grens bereikt heeft. Het gezag van wetenschap schiet juist in een gerationaliseerde, verwetenschappelijkte politieke cultuur – die ze zelf mee heeft gecreëerd - te kort, niet omdat wetenschappelijke kennis niet waardevol is, maar omdat ze overvraagd wordt. Controverses en onzekerheden horen namelijk bij de wetenschap, en wetenschap kan dus nooit het soort zekerheid verschaffen die politieke of morele overwegingen overbodig maakt²⁴.

Wat in de publieke gezondheidszorg gediagnosticeerd wordt als een gebrek aan kennis van effectieve sturing van gedrag van burgers kan dus beter geïnterpreteerd worden als botsing van kennisclaims en van waarden. Burgers betwisten eenvoudig dat vaccineren veilig is, en daarnaast vinden ze overgewicht niet het belangrijkste in het leven. De publieke gezondheidszorg moet zich dus niet afvragen met welke kennis en technieken ze van ongehoorzame burgers effectief gehoorzame burgers kan maken, maar zich bezinnen op de relatie tussen wetenschap, politiek en maatschappij. Deze leerstoel beoogt bij te dragen aan deze bezinning en daarbij zal ik een pragmatisch filosofisch perspectief gebruiken en verder ontwikkelen.

24 De conclusie hiervan is eerder dat normativiteit in de wetenschap

Pragmatisch perspectief

Een pragmatisch perspectief²⁵ karakteriseert relaties tussen politiek, wetenschappers en professionals en burgers niet in termen van blind vertrouwen - het oude paternalisme - noch in termen van sturing en controle, maar in termen van experimenteren en publiek leren. Waarom is het nodig de taal van sturen te vervangen door een taal van leren? Volgens filosofen en sociologen van zeer uiteenlopende pluimage zoals Van Gunsteren (1994), Bauman (1995), Beck (1992) en Callon (2001) zijn huidige globale, technologische risicoculturen – hoewel er meer kennis en informatie beschikbaar is dan ooit tevoren – ten principale onzeker en onvoorspelbaar. Er is geen centraal punt om de wereld te kunnen overzien, noch een eenduidig perspectief, en zowel kennis als normen zijn betwistbaar. Noch de paus, noch de Cochrane database kunnen een baken zijn, en ook politieke instituties en markten zijn instabieler gebleken dan we dachten²⁶. Om de veerkracht van een ‘onkenbare’ maatschappij te bevorderen is het zaak om bij publieke, controversiële vraagstukken niet te focussen op sturing door technische kennis, maar publieke leerprocessen te organiseren. We hebben vragen over euthanasie en over genetische technologie bijvoorbeeld niet behandeld als effectiviteitsvragen, maar als publieke, morele en politieke issues, en door publiek debat hebben we vele kanten van die issues verkend. Ook de publieke gezondheidszorg heeft publieke leerprocessen nodig: over de betekenis van risico's, over de betekenis van gezond en goed leven, en over doelen van de publieke gezondheidszorg en de maatstaf voor kwaliteit. Let wel, we hebben het hier over leren zonder vaststaand curriculum en zonder eindtermen, want die zijn expliciet onderdeel van het debat. En naast experts en professionals dienen ook burgers een grote

25 Als filosofische stroming is pragmatisme ontstaan rond 1900 in de Verenigde Staten als een kritiek op en afscheid van dualistisch subject/objectdenken in de filosofie en op allerlei vormen van fundamentalisme ('het' en 'de' denken) onder filosofen. In plaats van kennis te zien als representatie van de werkelijkheid, wordt kennen gezien als handelen, waardoor kennen per definitie een normatieve component heeft. Handelen wordt opgevat als handelen in relatie tot 'een derde' en wordt dus niet gesubjectiveerd. Het handelingsconcept impliceert ook dat kennen een belichaamde activiteit is en geen geesteswerk. Deze stijl is ontwikkeld door filosofen zoals Charles Sanders Peirce, William James en John Dewey en komt o.a. tot uitdrukking in de filosofie, logica, sociologie. In Nederland zijn elementen van deze benadering te vinden in het werk van de rechtssociologen, Schuyt (1983) en Glastra van Loon (1980). Recentelijk grijpen politiek filosofen weer terug op deze traditie (Latour 2005; Marres 2007; Keulartz et al. 2002)

26 Het politieke landschap in Nederland is bijvoorbeeld de laatste 10 jaar veranderd op een wijze die niemand had voorzien, en ook de crisis op de financiële markten is door weinigen voorspeld.

stem te hebben in die leerprocessen en in de ontwikkeling van normen over 'goed werk' in de publieke gezondheidszorg²⁷(Jacobs et al. 2008).

Maar om publiek te kunnen leren zijn verschillen nodig. Voor een pragmatist is pluralisme, variatie, verschil geen lastig probleem, maar een zegen, omdat het de belangrijkste bron is van leervermogen in een onvoorspelbare samenleving. Variatie in bevallingspraktijken – thuis, poliklinisch, hotel, ziekenhuis – stelt ons in staat te leren: standaardisering van de bevalling in een beperkt aantal ziekenhuizen is de doodsklap voor publieke leerprocessen op dit terrein. Van ervaringen van verstokte rokers, niet rokers, stressrokers en weekendrokers, kunnen we leren over de vele vormen van goed leven, met en zonder verslaving. De sturingsfilosofie van de publieke gezondheidszorg impliceert echter dat verschillen, pluralisme en variatie geen recht wordt gedaan en zet dus een rem op leerprocessen met betrekking tot gezond leven en goed leven.

Om te kunnen leren over controversiële vragen en onbedoelde gevolgen van publieke gezondheidszorgpraktijken, moeten deze wel publiek gearticuleerd worden. Het probleem van de publieke gezondheidszorg is echter dat controversiële thema's te weinig geïdentificeerd en geagendeerd worden omdat weinigen zich over het lot van deze vragen ontfemen. Professionals worden te weinig opgeleid tot reflexieve professionals en de klem tussen audit en ongehoorzame burger maakt hen eerder afwachtend dan ondernemend. Ook ouders, kinderen, werknemers, burgers worden niet als publiek gemobiliseerd. In de curatieve zorg is het patiëntenperspectief de laatste 20 jaar aarzelend meer serieus genomen: er is veel retoriek over patiënt centraal en er is een sterke juridisering van het cliëntenperspectief, maar de geest is wel uit de fles (Trappenburg 2008) . In de psychiatrie worden ervaringsdeskundigen aangesteld in instellingen omdat zij weten hoe het is om psychotisch of schizofreen te zijn en hoe slecht isoleercellen uitpakken (zie www.ggznederland.nl; www.doorevoor.nl). De publieke gezondheidszorg, die dat juist vanwege haar aanbodgestuurde karakter het burgerperspectief zo nodig heeft, geeft burgers echter geen stem. In haar streven om maatschappelijke status te verwerven heeft ze haar cliënt, de maatschappij, burgers, zelfs de rug toegekeerd. Van een maatschappelijke praktijk is ze – tegen wil en dank, en ondanks vele

27 Deze leerprocessen impliceren niet een consumenistische omgang met publieke dienstverlening van het kaliber 'U vraagt, wij draaien'. Integendeel. Onzekerheid vraagt om debat en dialoog waarbij ook professionals en experts hun inbreng hebben - het vraagt om re-professionalisering. Waar een filosofie en praktijk van sturing met zich mee brengt dat burgers, beleidsmakers, experts en professionals elkaar vanuit wantrouwen controleren en sturen en de ruimte voor alle betrokkenen om adequaat te handelen kleiner wordt, vraagt een filosofie van leren voor beleidsmakers, professionals, experts en burgers meer ruimte, meer vertrouwen en meer weerwoord. Er worden dan op alle plekken meer opties bedacht, uitgeprobeerd en getest.

professionals, onderzoekers en beleidsmakers met het hart op de goede plaats – in veel opzichten een elitaire praktijk geworden. De tragedie van de publieke gezondheidszorg is dat ze zich met processen van rationalisering van haar publieken, en dus van haar bronnen van leervermogen heeft afgewend. De rationalistische strategie van sturing door kennis maakt dikke vrouwen, machteloze ouders en vermoeide mannen tot object, en ontkent hun capaciteit om kennis en interpretaties te genereren en om mede vorm te geven aan de publieke gezondheidszorg. In termen van de filosoof Van Gunsteren is dat een bedreiging voor de veerkracht van de zorg en de samenleving (Van Gunsteren 1994; 2003), in termen van de wetenschapsonderzoeker Jasanoff een risico voor sociaal robuuste kennis (Jasanoff 2005), en in termen van de ethica Fricker epistemische onrechtvaardigheid (Fricker 2007).

Een pragmatische stijl die pluraliteit koestert en stimuleert, betekent geen afscheid van publieke verantwoording, maar houdt juist in dat experts en professionals hun ideeën over risico's en over preventiestrategieën veel kritischer testen, namelijk niet alleen in het 'gecontroleerde laboratorium' of in het quasi RCT design, maar ook in de ongecontroleerde sociale wereld van ouders, werknemers en pubers. Juist omdat er geen garanties kunnen worden gegeven voor het succes van de jeugdketen, gezondheidsbevordering of infectieziektebestrijding, omdat dit ten principale onzekere praktijken zijn, omdat de norm voor succes betwistbaar is, en omdat er meerder concurrerende idealen van een goed leven zijn, moeten burgers in plaats van object of doelgroep co-constructor zijn van de publieke gezondheidszorg. Controverses over kennis en waarden moeten daartoe niet worden vermeden, maar worden gestimuleerd. De maatschappij is de core business van de publieke gezondheidszorg: die moet dus serieus worden genomen. Over hoe dat te doen valt nog veel te leren. Een wending van perspectief heeft veel implicaties: concepten als mens, professionele verantwoordelijkheid, veranderen, implementeren, evalueren, kwaliteit en ook methodische strategieën moeten opnieuw doordacht worden. Dat kost tijd, geld en is niet effectief. Het is echter wel de enige manier voor onderzoekers en professionals om gezag en vertrouwen te herwinnen in een maatschappij waarin ze niet meer op voorhand op een voetstuk staan. Ik heb gezegd.

A la Diogenes zou ik nu natuurlijk mijn tong moeten uitsteken naar het college van bestuur en de decaan van de faculteit Health, Medicine and Life Sciences, maar dat doe ik toch maar niet. Integendeel. Ik ben blij dat met de instelling van deze leerstoel reflectie op de publieke gezondheidszorg ruim baan wordt gegeven en ik dank het College van Bestuur en het bestuur van de Faculteit voor het vertrouwen dat ik er wel iets van zal maken. Acht jaar geleden deed in mijn inaugurale rede als Socrates hoogleraar Filosofie en Ethiek van Bioengineering aan de Technische Universiteit Eindhoven. Naast het hoofddocentschap aan deze universiteit heb ik in Eindhoven met veel plezier gewerkt aan en in het grensverkeer tussen technische wetenschappen, sociale wetenschappen en geesteswetenschappen. Ik ben erg blij dat ik dat op deze nieuwe leerstoel in Maastricht kan voortzetten.

Een andere leerstoel betekent een andere wereld betreden. Ik prijs me gelukkig dat ik nieuwe sparring partners heb leren kennen in de publieke gezondheidszorg die een beetje intellectueel avontuur niet schuwen. Rianne van Wesenbeek van de RIAGG Maastricht dank ik dat ze me heeft betrokken bij de openbare geestelijke gezondheidszorg in Noord West Maastricht. Met Rianne, Evelyn Meijering, Marten de Vries en Clemens Hosman is het erg prettig samenwerken. Ik dank Peggy Goris en de leden van de Kern- en Regiegroep van Zorg voor Jeugd in Noord Brabant voor de inkijk die zij ons bieden in the back office van de informatie-infrastructuur Zorg voor Jeugd en ik hoop dat we jullie ook het nodige terug kunnen geven. In het kader van dit project heb ik Frans Feron leren kennen, die ons als jeugdarts dicht bij de dagelijkse praktijk houdt, en is contact met Irma van der Ploeg, lector aan de Hogeschool Zuyd opnieuw aangehaald. De uitnodiging van Hans van Vliet en Pieter de Hoogh van het RIVM om samen een voorstel uit te werken voor organisatie van dialoog in de vaccinatiepraktijk, heb ik zeer op prijs gesteld, omdat de proof of the pudding nu eenmaal in the eating is. Marriet Paes heb ik leren kennen in het kader de beweging ZorgInspiratieNederland: ik ben zeer benieuwd waar onze onderzoekagenda ons zo al brengt. Met Maria Jansen, Fons Bovens, Bert Hesdahl van de GGD en Jo Maes van het Huis van de Zorg is een inspirerend overleg gestart over duurzame zorg in de regio Limburg. Ik zie uit naar de volgende ontmoeting. Via Maria ben ik ook betrokken bij een voorstel voor een Academische Werkplaats Jeugd en ik ben verheugd dat we daarin expliciet aandacht besteden aan de positie van ouders en kinderen als belangrijkste stakeholder. Simone Buitendijk, geeft altijd prachtige gastcolleges in mijn onderwijsblokken, en ik verheug me op nadere samenwerking als het gaat om de balans tussen medicalisering en veiligheid in de moeder en kind zorg in Europa. Op dit terrein, hebben ook Kasia Czabanoska, en ik elkaar gevonden. We

begeleiden samen studenten in European Public Health, en ik verheug me op onze samenwerking na de zomer. Johan Melse van het RIVM is een verwante geest en het is altijd leuk om samen ergens een congressessie te organiseren. Ik dank jullie allemaal voor de intellectuele, vriendschappelijke en vrolijke samenwerking.

Goede collega's zijn een zegen. Ik prijs me gelukkig dat ik de laatste jaren bedeed ben geweest met geweldige promovendi en postdocs, die aangenaam mee- en tegendenken bij de ontwikkeling van mijn onderzoeksagenda. Ine van Hoyweghen en Erik Aarden zetten stappen op het internationale terrein van preventie en verzekeringen, Bart Penders exploreert de effecten van interdisciplinaire en internationale samenwerking voor de kwaliteit van kennis, Els Geelen verkent de betekenis van genetische risico's in het dagelijks leven van families, Mechteld Hanna Derksen ontwikkelde een notie van lichamelijke integriteit die het lichaam serieus neemt, Patricia Jaspers verdiept zich in de governance van wetenschappelijk onderzoek en Inge Lecluze onderzoekt de impact van informatietechnologie in de jeugdzorg. Veel dank voor de discussies die we hadden en hebben! Van de samenwerking met Agnes Meershoek bij de analyse van gezondheidsbevordering op de werkplek en met Jenny Slatman bij de ontwikkeling van een filosofie van het lichaam voor de publieke gezondheidszorg, verwacht ik veel. Anja Krumeich heeft de master Global Health ontwikkeld die in september 2010 van start gaat en dat is een goede aanleiding om van 'global public health' meer werk te maken, en ik ben erg blij met de rechtsfilosofische en historische inbreng van David Townend en Eddy Houwaart in het onderzoeksprogramma. Onze vakgroep heeft in meerdere opzichten een turbulente tijd achter de rug, maar we lijken langzaam weer op koers te komen. Ik dank Guido de Wert voor de bestuurlijke en organisatorische samenwerking, die veel beter loopt dan wij beide ooit hadden durven denken. Als ik wil weten of ik iets wel of niet goed doe, ga ik naar Rob Houtepen, mijn maatje in pragmatische filosofie en onverbeterlijk moralist. Ik dank hem, maar ook mijn vriendinnen Marli Huijter en Janneke Harting voor hun commentaar op de eerste versie van deze rede.

Dan zijn er mijn lieve vrienden en vriendinnen en mijn familie. Jullie maken mijn worstelingen met het leven en de leer en met mijn BMI, van dicht bij mee en ik dank jullie voor compassie, inspiratie, nuchterheid, ironie en praktische steun. Ik dank Coos de Groot bijvoorbeeld ook voor de beelden. Tenslotte zijn er de mannen, Redmar en Louk. Los van de liefde heb ik van niemand heb ik zo veel geleerd over zin en onzin van sturen als van hen.

Literatuur

- Adam, B., U.Beck, J. van Loon (2000) *The risk society and beyond. Critical issues in social theory*. London, Sage.
- Alexander, J. (1988) The ideological construction of risk: an analysis of corporate health promotion programs in the 1980's, in: *Social Science and Medicine*, 26, 5, 559-567.
- Armstrong, D. (2009) Origins of the problem of health-related behaviours. A genealogical study, in: *Social Studies of Science* 39, 6, 909-926.
- Asselt, M. van (2007) *Risk governance: over omgaan met onzekerheid en mogelijke toekomsten*. Maastricht, Universiteit Maastricht (oratie)
- Bauman, Z. (1995) *Life in fragments. Essays in postmodern morality*. Oxford, Blackwell.
- Beck, U. (1992) *Risk Society. Towards a new modernity*. London, Sage.
- Beck, U. A.Giddens, S.Lash 1994) *Reflexive modernization. Politics, tradition and aesthetics in the modern social order*. Cambridge, Polity Press.
- Benschop, R. K.Horstman, R.Vos (2003) Voice beyond Choice. Hesitant voice in public debates about genetics in health care, in: *Health Care Analysis* 11, 3, 141-150.
- Bijker, W. R.Bal, R.Hendriks (2009) *The paradox of scientific authority. The role of scientific advice in democracies*. Cambridge, MIT Press.
- Blume, S. (2006) Anti-vaccine movements and their interpretation, in: *Social Science and Medicine* 62, 628-642.
- Boomsma, I.J., A.J. M.Drenthen, C.J. in't Veld (2008) HPV vaccinatie weinig zinvol, in: *Medisch Contact*, 47, 1948-1951.
- Bourdieu, P. (1984) *Distinction. A social critique of the judgement of taste*. Cambridge, Harvard University Press.
- Buchanan, D.R. (2000) *An ethic for health promotion. Rethinking the sources of human well-being*. Oxford, Oxford University Press.
- Callon, M. P.Lascoumes, Y.Barthe (2009) *Acting in an uncertain world. An essay on technological democracy*. Cambridge, MIT Press.
- Callon, M. Y.Millo, F.Muniesa (2007) *Market devices*. Oxford, Blackwell Publishing.
- Carlisle, S. P.Hanlon, M.Hannah (2008) Status, taste and distinction in consumer culture: acknowledging the symbolic dimensions of inequality, in: *Public Health*, 122, 631-637.
- Conrad, P. (1988) Worksites health promotion: the social context, in: *Social Science and Medicine*, 26, 5, 485-489.
- Conrad, P. (1988a) Health and fitness at work: a participants' perspective, in: *Social Science and Medicine* 26, 5, 545-550.
- Dawson, A. & M. Verwey (eds.) (2007) *Ethics, prevention and public health*. Oxford, Oxford University Press.

- Derksen, M.H. K. Horstman (2008) Engineering flesh: towards an ethics of lived integrity, in: *Medicine, Health Care and Philosophy* 11, 3, 269-283.
- Donker, M. (2006) *Torn between two lovers. Lokaal volksgezondheidsbeleid tussen politiek en wetenschap*. Rotterdam, Erasmus MC (oratie)
- Dowty, T. (2008). Overlooking children: an experiment with consequences. *Identity in the Information Society*, 1, 109-121.
- Duyvendak, JW, T.Knijjn, M.Kremer (2006) *Policy, people and the new professional. De-professionalisation and re-professionalisation in care and welfare*. Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Fricker, M. (2007) *Epistemic injustice. Power and the ethics of knowing*. Oxford, Oxford University Press.
- Garret, P.M. (2004) The electronic eye: emerging surveillance practices in social work with children and families, in: *European Journal of Social Work* 7, 1, 57-71.
- Garret, P.M. (2005) New Labours new electronic 'telephone directory': the Childrens Act 2004 and plans for databases on all children in England and Wales, in: *Social Work and Social Sciences Review* 12 1 5-21.
- Garret, P.M. (2005a). Social work's 'electronic turn': notes on the deployment of information and communication technologies in social work with children and families. *Critical Social Policy* 25 4 529-553.
- Gezondheidsraad (2008) *Vaccinatie tegen baarmoederhalskanker*. Den Haag, Gezondheidsraad.
- Glastra van Loon, J.F. (1980) *De eenheid van het handelen. Opstellen over recht en filosofie*. Amsterdam, Boom.
- Gunsteren, H. van (1994) *Culturen van besturen*. Amsterdam, Boom.
- Gunsteren, Van H. (2002) *Stoppen. U kunt het U wilt het U doet het niet*. Amsterdam, Van Gennip.
- Gusfield, J.R. (1981) *The culture of public problems: drinking-driving and the symbolic order*. Chicago, University of Chicago Press.
- Hacking, I. (1990) *The taming of chance*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Harting, J. P. van Assema (2007) *Community projecten in Nederland. De eeuwige belofte*. Maastricht, UM/ZONMW.
- Hirschman, A.O. (1970) *Exit, voice and loyalty. Responses to decline in firms, organizations and states*. Cambridge, Harvard University Press.
- Horstman, K., G. de Vries, O.Haveman (1999) *Gezondheidspolitiek in een risicocultuur*. Den Haag, Rathenau Instituut.
- Horstman, K., R.Houtepen (2005) *Worstelen met gezond leven. Ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- Huijjer, M. (1996) *De kunst gewoon te leven. Aids en de bestaansethiek van Foucault*. Amsterdam, Boom.

- Huijer, M. (2007) Orchestrating Time in the Genomic Era Timescape Perspective on the Changing Practice of Hereditary Breast Cancer Prevention. *Configurations. A Journal of Literature, Science, and Technology* 13 3 421-434.
- Illustere domstaddebatten (2008) Universiteit Utrecht. www.uu.nl
- Jacobs, G. R., Meij, H. Tenwolde, Y. Zomer (red.) (2008) Goed werk. *Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam, SWP.
- Jasanoff, S. (2005) *Designs on nature. Science and democracy in Europe and the United States*. Princeton, Princeton University Press.
- Katan, M. (2010) Overheersende toevalstreffers. *NRC* 15 mei, Wetenschapsbijlage, p.2.
- Keulartz, K. M. Korthals, M. Schermer, T. Swierstra (eds.) *Pragmatist ethics for a technological culture*. Dordrecht, Kluwer.
- Kok I.M.C.M. de, J.D.F. Habbema, M.J.E. Mourits, J.W.W. Coebergh, F.E. van Leeuwen (2008) Onvoldoende gronden voor opname van vaccinatie tegen Humaan papillomavirus in het Rijksvaccinatieprogramma, in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 152, 2001- 2004.
- Lans, J. van der (2008) *Ontregelen. De herovering van de werkvloer*. Amsterdam, Augustus.
- Latour, B. (ed.) (2005) *Making things public. Atmospheres of democracy*. Cambridge, MIT Press.
- Lecluijze, I., F. Feron, Y. van de Ploeg, K. Horstman (2009) *Van belofte naar praktijk: evaluatie van ZVJ in Noord Brabant*. NJI Congres Jeugd in Onderzoek (poster).
- Lecluijze, I., F. Feron, Y. van der Ploeg, K. Horstman (2010) *Diversiteit van professionele ervaringen met Zorg voor Jeugd ten aanzien van privacy*. NJI Congres Jeugd in Onderzoek (poster).
- Lofstedt, R.E. (2005) *Risk Management in post trust societies*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- Lupton, D. (1995) *The imperative of health. Public health and the regulated body*. London, Sage.
- Maanen, H. van (2009) *Goochelen met getallen. Cijfers en statistiek in krant en wetenschap*. Amsterdam, Boom.
- MacKenzie, D., F. Muniesa, L. Siu (2007) *Do economists make markets? On the performativity of economics*. Princeton, Princeton University Press.
- Mathar, T. Y.J.M.F. Jansen (eds.) (2010) *Health promotion and prevention programmes in practice. How patient's health practices are rationalised, reconceptualised and reorganised*. Bielefeld, Transcript.
- Marres, N. (2007) The issues deserve more credit. Pragmatist contributions to the study of public involvement in controversy, in: *Social Studies of Science* 37, 5, 759-780.

- Meershoek, A. Y.Bartolomee, E.Aarden, I. van Hoyweghen, K.Horstman (2010) *Vitaal en bevlogen. Vermarkting van gezondheid van werknemers*. Voorstudie WRR.
- Meershoek, Y.Bartholomee, K.Horstman (te verschijnen 2010) *Vitaal en bevlogen. Economisering van gezondheid van werknemers. Beleid en Maatschappij*
- Mol, A. (2002) *The body multiple: ontology in medical practice*. Durham, Duke University Press.
- Mol, A. (2005) *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam, Van Gennip.
- Monaghan, L.F., R.Hollands, G.Pritchard (2010) Obesity epidemic entrepreneurs: types, practices and interests, in: *Body and Society* 16, 2, 37-71.
- Mooij, A. (2004) *Geen paniek. Aids in Nederland*. Amsterdam, Bert Bakker.
- Mul, J. de (2006) *De domesticatie van het noodlot. De wedergeboorte van de tragedie uit de geest van technologie*. Kampen, Klement.
- Parton, N. (2006). 'Every Child Matters': The shift to prevention whilst strengthening protection in children's services in England. *Children and Youth Services Review* 28 976– 992.
- Peckover, S., White, S., & Hall, C. (2008). Making and managing electronic children: E-assessment in child welfare. *Information, Communication & Society* 11 3 375-394.
- Pieterman, R. J.C.Hanekamp, J.M.Baak (2005) Overgewichtbeleid is onaanvaardbaar. Overheid overschrijdt praktische en ethische grenzen van medische interventie, in: *Medisch Contact* 60, 48, 1944-1947.
- Porter, T. (1995) *Trust in numbers. The pursuit of objectivity in science and public life*. Princeton, Princeton University Press.
- Power, M. (1999) *The Audit society. Rituals of verification*. Oxford, Oxford University Press.
- Prins, C. (2008) Heeft digitale jeugdzorg de toekomst? in: M. van den Berg, C.Prins, M. Ham (red.) *In de greep van de technologie. Nieuwe toepassingen en het gedrag van de burger*. Amsterdam, Van Gennip.
- Programmaministerie Jeugd en Gezin (2007). *Alle kansen voor alle kinderen. Programma voor Jeugd en Gezin 2007-2011*. Den Haag: Programmaministerie Jeugd en Gezin.
- Rijswoud, E. van (2009) Flu: weighing up conflicting expert information, in: *Nature*, vol. 460, 30 July, 571.
- Rijswoud, E. van (2010) Virology experts in the boundary zone between science, policy and the public: a biographical analysis, in: *Minerva* 48, 2, 145-167.
- Rorty, R. (1980) *Philosophy and the mirror of nature*. Oxford, Basil Blackwell.

- Rorty, R. (1982) *Consequences of pragmatism* (Essays: 1972-1980). Brighton, The Harvester Press.
- Rorty, R. (1989) *Contingency, irony and solidarity*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Rothman, SM, D.J.Rothman (2009) Marketing HPV vaccine. Implications for adolescents health and medical professionalism, in: *JAMA* 302, 7, 781-786.
- Saan, H. W. de Haes (2005) *Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden, NIGZ.
- Schuyt, C.J.M. (1983) *Tussen recht en moraal. De plaats van het recht in verzorgingsstaat en democratie*. Alphen aan de Rijn.
- Shklar, J.N. (1990) *The faces of injustice*. New Haven, Yale University Press.
- Slatman, J. (2008) *Vreemd lichaam. Over medisch ingrijpen en persoonlijke identiteit*. Amsterdam, AMBO.
- Sloterdijk, P. (1983) *Kritik der zynischen Vernunft*. Frankfurt am Main, Suhrkamp Verlag.
- Stone, D. (1997) *Policy paradox. The art of political decision making*. New York, W.W. Norton & Company.
- Stronks, K. (2007) *Maatschappij als medicijn*. Amsterdam, AMC (oratie)
- Swaan, A. de, R. van Gelderen, V.Kense (1979) *Het spreekuur als opgave. Sociologie van de psychotherapie 2*. Utrecht/Antwerpen, Het Spectrum.
- Swaan, A. de (1988) *Zorg en de staat. Welzijn, onderwijs en gezondheidszorg in Europa en de Verenigde Staten in de nieuwe tijd*. Amsterdam, Bert Bakker.
- Swierstra, T. M. Boenink, B. Walhout, R. van Est (red.) (2009) *Het leven als bouw pakket. Ethische verkenningen van een nieuwe technologische golf*. Kampen, Klement.
- Tonkens, E. (2003) *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht, NIZW.
- Trappenburg, M. (2008) *Genoeg is genoeg. Over gezondheidszorg en democratie. Studies over politieke vernieuwing*. Amsterdam, Amsterdam University Press.
- Van Hoyweghen, I. van, K.Horstman, R.Schepers (2006) Making the normal deviant. The introduction of preventive medicine in life insurance, in: *Social Science and Medicine* 63, no.5, 1225-1235.
- Van Hoyweghen, I. van, K.Horstman, R.Schepers (2007) Genetic 'risk-carriers' and life style 'risk-takers': which risks deserve our legal protection in insurance? In: *Health Care Analysis*, vol. 15, no.3, 179-193.
- Van Hoyweghen, I. van, K.Horstman (eds.) *Solidarity matters. Embedding genetic technologies in private and social insurance arrangements*, Introduction Special Issue *New Genetics and Society* (forthcoming).

- Vries, G. de, K.Horstman (Eds.) *Genetics from laboratory to society. Societal learning as an alternative to regulation*. Basingstoke, Palgrave Macmillan.
- White, S. C.Hall, S.Peckover (2008) The descriptive tyranny of the common assessment framework: technologies of categorization and professional practice in child welfare, in: *British Journal of Social Work* 1-21.
- Wilde, R. (2000) *De voorspellers. Een kritiek op de toekomstindustrie*. Amsterdam, De Balie.
- Wilde, R. (2001) *De kenniscultus. Over nieuwe vormen van vooruitgangsgeloof*. Maastricht, Universiteit Maastricht (oratie)
- Winter, M. de (2010) Hoedt U voor het evidence beest. In: *Facta* 16, 4, p. 17.
- Wit, E. e.a. (2007) *De autonome mens. Nieuwe visies op gemeenschappelijkheid*. Amsterdam, SUN.
- Zeh, J. (2009) *Corpus delicti. Een proces Amsterdam*, Anthos.
- Zoller, H.M. (2003) Health on the line: identity and disciplinary control in employee occupational health and safety discourse, in: *Journal of Applied Communication Research* 31, 2, 118-139.

