

de nadruk op normalisatie, kennis en de zeer sterke relatie daartussen. Twee bij uitstek moderne machts-gereedenschappen die gezamenlijk gezonde leefstijlen moeten fabriceren tot op het niveau van de meest persoonlijke keuzes. Ons daarover een beetje dik maken lijkt me heel gezond.

H.J. (Hugo) van Dijk is masterstudent filosofie aan de Rijksuniversiteit Groningen.

Literatuur

- Almuli, T. (2019) *Knap voor een dik meisje; Het gewicht van gewicht*. Amsterdam: Nijgh en Van Ditmar.
- Frissen, P. (2012) *Recht op vetzucht*. In: Frissen, P., *Van goede bedoelingen, de dingen die nooit voorbijgaan; Beschouwingen over de staat van Nederland*. Amsterdam: Van Gennep.
- Foucault, M. (1983) On the Genealogy of Ethics: An Overview of Work in Progress. In: Rabinow P., *The Foucault Reader*. New York: Pantheon.

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

‘Overdaad schaadt’ De risico’s van het Preventieakkoord

Klasien Horstman

Nadat er decennialang geïnvesteerd is in de curatieve geneeskunde en de zorg, is er steeds meer aandacht voor gezondheid. Het Preventieakkoord is daar een uitdrukking van. Hoewel het streven naar gezondheid als zodanig weinig controversieel is, vraagt de vormgeving van dat streven wel om een kritische blik. Een te fanatiek streven naar gezondheid resulteert al snel in een weinig vriendelijke en weinig open maatschappij.

Toen ik onlangs goedgehumeurd naar mijn werk ging, bleek dat iemand in het trappenhuis ‘vrolijke’ stickers had geplakt met opmerkingen over een gezonde leefstijl en het nut van traplopen. Ik neem altijd de trap, maar een gevoel van groot chagrijn overviel me nu en ik had de neiging om weer naar huis te gaan. Moeten nu alle plekken moreel beladen worden, moet ik overal worden toegesproken over gezond leven, wie denkt eigenlijk dat hij of zij in de positie is mij te complimenteren over het feit dat ik de trap neem? De volgende dag waren de stickers weg. Misschien had onze strenge gebouwenbeheerder ingegrepen. Heel fijn. Dat er een trap is, dat is voldoende, de boodschappen kunnen achterwege blijven.

Goede bedoelingen zijn niet genoeg

Het Preventieakkoord - ‘een vuist voor een gezonder Nederland’ - is goedbedoeld. De statistieken laten zien dat veel mensen last hebben van chronische ziekten die veel zorgkosten met zich mee brengen en die links- of rechtsom samenhangen met roken en overgewicht. Ook alcoholgebruik is gepromoveerd tot de top van urgente gezondheidsrisico’s. Veel partners hebben zich gecommitteerd; er zijn doelen afgespro-

ken en er wordt gemonitord in hoeverre die gehaald worden. Er is ook kritiek: teveel invloed van de industrie, een deel van de doelen is onhaalbaar, er is óver in plaats van mét doelgroepen gesproken en er wordt betutteld. De cynische lezer ziet een akkoord waarin de ene helft van Nederland zich van het ene samenwerkingscircus naar de andere feestelijke alliantie beweegt om de andere helft van Nederland op te voeden. Het zal moeten blijken hoe de praktijk van het Preventieakkoord er uit gaat zien.

Aandacht schenken aan gezondheid en welzijn kan een goede zaak zijn, maar het is natuurlijk cruciaal *hoe* die aandacht wordt gegeven. Is de aandacht voor gezond leven uitdrukking van een technocratisch maakbaarheidsgeloof met totalitaire trekken waar geen ontkomen aan is, of is het onderdeel van een reflexief discours dat ruimte geeft aan diversiteit van ervaringen en betekenissen en ruimte biedt om te leren en te experimenteren? Fungeert het akkoord als een legitimatie voor instituties om zich met het leven van individuele mensen te bemoeien, of is het een stimulans voor instituties om te onderzoeken hoe ze zelf bijdragen aan ongezondheid en verminderd welzijn? Zijn alle samenwerkingspartners genoegzaam verenigd om nu het gedrag van 'anderen' in de goede richting te sturen of stimuleren ze respect in de eigen organisatie voor alledaagse worstelingen met gezondheid? Het Preventieakkoord is niet stigmatiserend bedoeld, maar er is gereede kans dat het wel zo uitwerkt. Het Preventieakkoord is onderdeel van een bredere denkstijl over gezond leven, die maar weinig bewegingsvrijheid biedt.

Risico's van het gezond leven discours

In de eerste plaats ademt deze werkwijze weinig besef van het feit dat onze kennis beperkt is. Epidemiologische gezondheidsclaims over gezondheid, voeding, alcohol zijn voorlopig en controversieel (Penders & Van Dam, 2012) maar worden als basis voor beleid genomen. In de huidige wetenschappelijke cultuur, met sterke competitie om onderzoeksgelden en stevige banden tussen wetenschap en beleid, zet elk gezondheidsspecialisme zijn eigen risico als het belangrijkste in de etalage en het huidige gezond leven-regime stapelt al die uitvergroete correlaties tot contextloze risico's. Dat is een van de redenen dat de geloofwaar-

digheid van veel gezondheidsadviezen betrekkelijk is. De meeste mensen zijn er wel van overtuigd dat roken ongezond is en hebben het idee dat een balans nodig is om 'goed in je vel te zitten' (Horstman & Houtepen, 2005, Horstman, te verschijnen in 2019). Zij weten echter ook dat je de snel wisselende gezondheidsadviezen en -hypes in perspectief moet plaatsen en dat context ertoe doet. Mensen weten dat er behalve gezondheid ook andere waarden zijn - plezier, genot, hard werken, vriendschap - en dat we moeten schipperen met prioriteiten. Er zit veel wijsheid in het alledaagse leven, maar de partners van het Preventieakkoord zien dat niet. In het onderzoek van Sanne Visser in Groningen bleek dat mensen vooral betekenis hechten aan 'gewoon eten' in plaats van aan 'gezond eten' (Visser, 2016). 'Gewoon' verwijst dan meer naar de waarden en gewoonten van eerdere generaties in de familie dan naar de nieuwste adviezen over gezonde voeding. De symbolische band met grootouders en ouders is belangrijker dan het volgen van de volgende hype. De oude Griekse leefregel - matig met alles - zou een betere basis zijn voor een Preventieakkoord dan een betrekkelijk willekeurige uitvergroting van drie epidemiologische risico's.

Ten tweede wordt de denkstijl van het Preventieakkoord gekarakteriseerd door een individualistische benadering van gezondheidsrisico's en van gezond leven. Het sleutelwoord is 'kiezen'. Mensen moeten 'een gezonde keuze' maken voor 'een gezonde leefstijl' om de beleidsdoelen te halen. Internisten vertellen weliswaar dat obesitas echt ingewikkelder is dan 'gezonde keuzes' (wat te denken van medicijnen, hormonen, stofwisseling) en de focus op overgewicht heeft waarschijnlijk voor velen geleid tot jojoën en gewichtstoename, maar toch wordt gesuggereerd dat 'gezond kiezen' tot gezondheid leidt. Er wordt in het rapport verwezen naar sociaaleconomische ongelijkheid, maar toch staat 'de gezonde keuze' centraal alsof het niet uitmaakt waar je wordt geboren. Gezondheidsrisico's worden extreem uitgelicht, waardoor 'ongezond gedrag' het meest in het oog lopende kenmerk van mensen wordt. Bij onze studenten gezondheidswetenschappen wordt de 'obesitas epidemie' er met de paplepel ingegoten, en ze kunnen dikke mensen alleen maar zien als een probleem dat oplossing behoeft. Een weekje onderwijs over Foucault is helaas te

weinig om hen duidelijk te maken dat overgewicht een categorie is die we zelf maken en geen natuurlijk gegeven, dat er andere manieren zijn om naar iemand te kijken – kapsel, kleur van de ogen, vorm van de oorlel?

Ten derde is 'Gezond leven' geen neutraal ideaal maar een symbolische norm in de sociale competitie en concurrentie tussen groepen van mensen. De smaak van eten en roken is de smaak van onderscheid (Bourdieu, 1979; Van Otterloo, 1990). De arena van gezond leven nodigt uit om continue oordelen te vellen over de leefstijl van anderen en anderen daarmee iets lager op de maatschappelijke ladder te duwen zodat zij zich gaan schamen. Organisaties betuigen weinig respect voor dikke mensen: een dikke man die niet vooraan mag staan in de erewacht bij de dodenherdenking, een receptioniste die naar de backoffice van het bedrijf wordt geplaatst. De normen voor 'gezond leven' zijn niet onschuldig omdat ze deze sociale competitie met winnaars en verliezers mede creëren. Het Preventieakkoord ziet gezondheidsverschillen wel als een uitdaging: "*Mensen met een lage opleiding en laag inkomen zijn in onze samenleving veel slechter af als het om gezondheid gaat.*" (p.4) En het pleit voor "*speciale aandacht voor de achterliggende problematiek bij gezondheidsproblemen, en de samenhang tussen de aanpak van onder andere in en rond werk, het sociale domein, schulden, en sociaaleconomische gezondheidsverschillen*". Omdat het hier echter geen handen en voeten aan geeft, en geen conceptualisering biedt van gezond leven anders dan in termen van kiezen, kan de lezer weinig anders dan concluderen dat "mensen met een lage opleiding en een laag inkomen" onverstandige keuzes maken en zich dus moeten schamen. Juist door deze stijl van denken, draagt het Preventieakkoord bij aan tweedeling tussen niet-rokers en rokers, zij die wel en niet van vet houden, zij die wel en niet elke dag een biertje drinken. Het is door diverse critici al opgemerkt, in een tijd waarin burgerparticipatie hoog in het vaandel staat, doet de objectivering van de 'ongezonde klasse' in het Preventieakkoord 'vooroorlogs' aan.

Realistischer en vriendelijker

Het gezond leven-regime zoals dat in het Preventieakkoord tot uitdrukking komt, gaat gepaard met een rationalistisch maakbaarheidsgehoof (De Mul, 2006).

Met een zak vol meer en minder robuuste epidemiologische correlaties legitimeert ze een breed scala aan interventies om gedragingen in een bepaalde richting te sturen. Maar overdaad schaadt. Waarom geen Preventieakkoord dat stelt dat er geen recept is voor 'gezond leven' en dat er meerdere wegen zijn die naar Rome leiden? Waarom geen Preventieakkoord dat respect voor anderen centraal stelt en rokers, dikkerds, en zij die van een glaasje houden geen schaamte toebrenkt, maar instituties aanspreekt op hun rol in de vormgeving van een gezonde en stressvrije maatschappij. Mensen die 'gewoon leven' zijn het er snel over eens: geen snoepautomaten in een school, ook niet een hele dag stil zitten, voldoende parken in de stad, veilige wegen om naar school en werk te fietsen, basisvoedingsmiddelen als groente en fruit laag geprijsd houden, schuldenstress verminderen, niet een leven lang nachtdiensten. Het is geen *rocket science*, maar er valt genoeg te doen zonder preken, met relativeringsvermogen en met gevoel voor 'de ander'.

Prof. dr. Klasien Horstman is hoogleraar Filosofie van de Publieke Gezondheidszorg, Universiteit Maastricht. Zij onderzoekt de relatie tussen wetenschap, politiek en maatschappij in praktijken van gezondheidsbevordering, infectieziekten-bestrijding (preventie antibiotica resistentie & vaccinatie), zorgvernieuwing. www.klasienhorstman.nl; www.universiteitmetdebuurt.nl.

Literatuur

- Bourdieu, P. (1979) *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Cambridge, Harvard University Press.
- Horstman, K. Houtepen, R. (2005). *Worstelen met gezond leven. Ethiek in de preventie van hart- en vaatziekten*. Amsterdam: het Spinhuis.
- Horstman, K. Performing health promotion: an analysis of epistemic and political technologies of accountability, *Critical Public Health*, te verschijnen 2019
- Mul, J. de (2006) *De domesticatie van het noodlot*. Rotterdam, Lemniscaat.
- Otterloo, A. van (1990) *Eten en eetlust in Nederland (1840-1990). Een historisch-sociologische studie*. Amsterdam, Bert Bakker.

Penders, B., Van Dam (Red.) (2012). *Ingrediënten van geloofwaardigheid - goed eten onder loep*. Den Haag: Boom/Lemma.

Visser, S. S. (2016) *Gewoon et'n: An ethnographic study of intergenerational perspectives on food practices, overweight, and obesity in Eastern Groningen, the Netherlands*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Thema: Biopolitiek en het Preventieakkoord

Stigmatisering: sociaal onrecht of politiek incorrekte preventiestrategie?

Beatrijs Haverkamp

De voorgestelde maatregelen in het Preventieakkoord kunnen sociaaleconomische gezondheidsverschillen verkleinen. Maar sociale rechtvaardigheid gaat om meer dan gelijke gezondheid. De nadruk op leefstijl- en gedragsverandering geeft aanleiding voor de vraag in hoeverre de maatregelen (verdere) stigmatisering van sociaaleconomisch minderbedeelde groepen in de hand werken. En als ze dit doen, hoe erg is dat dan eigenlijk?

Ziekte en stigma: een goed huwelijk

Sinds jaar en dag kunnen mensen met (zichtbare) lichamelijke of geestelijke aandoeningen rekenen op sociale uitsluiting en oordelen als 'gevaarlijk', 'vies' en 'besmettelijk'. De verbanning van leprapatiënten uit gemeenschappen, soms verplaatst naar vergelegen oorden, is daarbij wellicht het meest sprekende voorbeeld. Stigmatisering van ziekten lijkt daarbij functioneel te zijn in zoverre het draait om het *gevaar* dat de zieke vormt voor anderen. Uitsluiting van mensen met overdraagbare aandoeningen als HIV/AIDS, lepra en tuberculose lijkt dus functioneel doordat dit een gemeenschap beschermt tegen besmetting. En het wegzetten van mensen met psychische gezondheidsproblemen valt evenzo op te vatten als een angst voor onvoorspelbaar en potentieel gevaarlijk gedrag.

Sinds de laatste decennia weten we dat ook mensen met zogenaamde 'leefstijlziekten' zoals diabetes II en ademhalingsaandoeningen zoals COPD in veel landen kunnen rekenen op sociale uitsluiting en veroordeling (e.g. Berger et al. 2011). Dergelijke stigmatisering heeft plaats in dagelijkse informele interacties (het vermijden van kennissen met COPD) en in bijvoorbeeld de