



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Boekbespreking van: Soorten van gelijk: Medisch-ethische discussies in Nederland
Stronks, K.

Citation

Stronks, K. (1995). Boekbespreking van: Soorten van gelijk: Medisch-ethische discussies in Nederland. *Acta Politica*, 30: 1995(1), 108-110. Retrieved from <https://hdl.handle.net/1887/3450359>

Version: Publisher's Version

License: [Leiden University Non-exclusive license](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/3450359>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

why voters vote egoistically or ethically, despite Brennan's and Lomasky's important contribution to this discussion.

I.S.M.A. Smeets

M.J. Trappenburg, **Soorten van gelijk: Medisch-ethische discussies in Nederland**, W.E.J. Tjeenk Willink, Zwolle 1993

Moet een niet-roker voorrang krijgen boven een roker wanneer er onvoldoende middelen zijn om beiden een dotterbehandeling te geven? Is het toegestaan embryo's te gebruiken voor medische experimenten? Mogen we van toekomstige werknemers eisen dat ze zich genetisch laten testen?

Dergelijke medisch-ethische vraagstukken zijn onderwerp van de dissertatie van M.J. Trappenburg. Trappenburg analyseert hoe normen op het terrein van de medische ethiek ontstaan, door een aantal maatschappelijke discussies te bestuderen. Ze kiest voor een analyse van die discussies, vanuit de veronderstelling dat medisch-ethische normen juist daarin tot stand komen. Tweede veronderstelling is dat dergelijke normen voor een belangrijk deel bepaald worden door de *structuur* van de discussie en de aard van de argumentaties. Discussies die in juridische termen worden gevoerd, leiden bijvoorbeeld tot andere uitkomsten dan discussies waarin religieuze waarden inspiratiebron vormen. Dit uitgangspunt vereist dat medisch-ethische debatten op hun *inhoud* geanalyseerd worden, en niet bijvoorbeeld als een belangenstrijd worden opgevat (klassieke agendabouwbenadering). Om die reden kiest Trappenburg voor een debat-analytische benadering: het zgn. maatschappelijk communicatie- en argumentatieperspectief.

Trappenburg stelt zich niet alleen ten doel processen van normvorming bloot te leggen, ze beoogt tevens tot een inhoudelijke analyse van debatten te komen, in het bijzonder van dat over patiëntselectie, genetica, orgaantransplantatie en medische experimenten met mensen. In deze bespreking zal de tweede doelstelling centraal staan.

Op zeer heldere en overtuigende wijze beschrijft Trappenburg de structuur van de discussies die in Nederland over de vier vraagstukken gevoerd zijn, en de argumenten die in de debatten gehanteerd worden. Uit die analyse, die ca. 2/3 van haar proefschrift beslaat, distilleert ze vervolgens een drietal denkmodellen, op te vatten als steeds terugkerende argumentatiepatronen: het juridische, liberale en conservatieve model. Kenmerkend voor het juridische model is dat argumentaties worden voorgestructureerd binnen juridische ordeningsprincipes. Het transplantatie- en medische experimenten debat wordt vrijwel geheel door dit model beheerst. De probleemdefinities zijn juridisch van aard, en over mogelijke oplossingen wordt hoofdzakelijk juridisch gedebatteerd. In beide andere discussies is het juridische model zichtbaar, maar niet de dominante redeneertrant.

Ook het liberale denkmodel is in alle debatten zichtbaar. Het vertrekt vanuit het 'harm-principle': zolang de mens geen schade toebrengt aan anderen, is hij vrij te doen en laten wat hij wil. Vanuit dit autonomiebeginsel wordt bijvoorbeeld beargu-

menteerd dat een individu zijn organen mag verkopen, een verbod hierop impliceert een onaanvaardbaar paternalisme. En in het selectiedebat verdedigen aanhangers van dit beginsel een verdeling van medische zorg via de markt.

Onder het conservatieve model tenslotte, valt een aantal verschillende stromingen. Dit argumentatiepatroon is vooral zichtbaar in het debat over patiëntselectie. Vanuit een kritische houding ten aanzien van medisch-technologische ontwikkelingen wordt gepleit voor een cultuuromslag. We moeten leren dat medische zorg niet alle ziekte en lijden weg kan nemen, en er moet meer aandacht komen voor maatregelen die ziekte kunnen voorkómen. Hoofdmoot van het conservatieve model vormt het zgn. gemeenschapsdenken, waarin gezondheid wordt opgevat als een algemeen maatschappelijk belang. Relevante vragen binnen dit model zijn: "hoeveel" gezondheid heeft de gemeenschap nodig om te kunnen bestaan? of "hoeveel" gezondheid heeft het individu nodig om te kunnen functioneren in de gemeenschap?.

Hoewel elk van de modellen in staat is normen te genereren, kennen ze ook nadelen. Een nadeel van het juridisch model is dat het de vorming van nieuwe normen belemmert. Het liberale model schiet vooral tekort wanneer dilemma's betrekking hebben op niet-autonome personen (wilsonbekwamen). En de in het conservatieve model bepleite cultuuromslag maakt het erg moeilijk een probleem daadwerkelijk aan te pakken.

Trappenburg schuift in het laatste gedeelte van haar proefschrift een vierde denkmodel naar voren, waarvan zij vindt dat het beter dan de drie andere modellen in staat is medisch-ethische dilemma's 'op te lossen'. Het vierde model is gebaseerd op Walzer's *Spheres of justice*. Hierin worden verschillende rechtvaardigheidssferen onderscheiden, ieder met een eigen distributiologica, die onze 'shared understandings' binnen die rechtvaardigheidssfeer weerspiegelt. Gezondheidszorg is bij Walzer geen aparte sfeer, hij laat het onder 'security and welfare' vallen (o.a. voedsel, basisonderwijs, gezondheidszorg). *Behoeft*e is het verdelingscriterium binnen deze sfeer. Volgens Trappenburg is het aan te bevelen een aparte sfeer voor gezondheidszorg te onderscheiden, omdat behoeften aan medische zorg, in tegenstelling tot andere behoeften binnen de 'security and welfare' sfeer, grotendeels binnen de arts-patiënt relatie in plaats van collectief worden gedefinieerd. De 'shared understandings' in de medische sfeer zijn terug te vinden in de eed van Hippocrates. Deze vereist dat de arts iedere patiënt zo goed mogelijk behandelt, waarbij alleen de *behoeften* van de patiënt van belang zijn, en niet bijvoorbeeld zijn financiële draagkracht (zoals bij het marktmechanisme), of belangen van derden (bijvoorbeeld belangen van toekomstige generaties). Vanuit dit model genereert Trappenburg tenslotte normen ten aanzien van een aantal medisch-ethische dilemma's.

Het is bewonderenswaardig hoe Trappenburg de enorme hoeveelheid medisch-ethische literatuur weet te ordenen. De beschrijving van de vier debatten stijgt ver uit boven een droge opsomming van standpunten, door de grondige en kritische analyse van de verschillende argumentaties, en door de prettige stijl waarin ze beschreven worden. De lezer krijgt een duidelijk beeld van de structuur van de debatten, mede doordat Trappenburg uit deze casussen denkmodellen weet te distilleren. De betoogtrant is steeds helder en meeslepend, ook wanneer het betoog overgaat van een

analyse van argumentatiepatronen naar de *verdediging* van het Walzer-model.

Toch heeft het Walzer-model zoals door Trappenburg ingevuld mij niet kunnen overtuigen. Door de theorie van Walzer uit te breiden met een medische sfeer, legt ze de taak medische behoeften te definiëren volledig in handen van professionals. Dat in de arts-patiënt relatie wordt bepaald welke zorg een individuele patiënt in een specifieke situatie nodig heeft is vanzelfsprekend, maar betekent dit ook dat professionals bepalen welke invulling aan het *pakket* van gezondheidszorg gegeven moet worden? Trappenburg beantwoordt deze vraag bevestigend. Zouden we dit niet doen, dan zijn we 'weer terug in de gedestructureerde publieke discussie die in de hand werd gewerkt door het gemeenschapsdenken' (p. 307). Het verleden heeft echter uitgewezen dat juist het ontbreken van sturing van buitenaf tot een deel van de problemen heeft geleid waar we nu in de gezondheidszorg mee te maken hebben: vrijwel ongebreidelde uitbreiding van medische technologieën, en daarmee, volgens het principe dat het aanbod in deze sector grotendeels de vraag bepaalt, een enorme groei van de gezondheidszorgsector. Het is daarom niet vreemd dat Trappenburg op theoretische gronden constateert dat vanuit het Walzer-model slechts een geringe bijdrage aan het probleem van schaarste en selectie te verwachten is. Dat, getuige het verleden, het normgenererend vermogen van de medische sfeer minder groot is dan Trappenburg doet voorkomen, wordt al langer in brede kring erkend. De tendens is dan ook de autonomie van de medische sector een halt toe te roepen. Gezondheid, en daarmee de behoefte aan gezondheidszorg, wordt steeds meer gezien als een zaak van algemeen belang, die dan ook niet alleen aan de medische sector overgelaten mag worden.

In de analyse van Trappenburg lijkt het alsof het collectief definiëren van medische behoeften alleen binnen het conservatieve model mogelijk is. Ook het liberale model biedt hiertoe echter een opening, zij het in een andere invulling dan Trappenburg kiest. In plaats van te benadrukken dat een ieder moet kunnen doen wat hij of zij wil, zou de nadruk moeten komen te liggen op de *keuzevrijheid* die ieder individu gegarandeerd moet worden. Een goede gezondheid is een voorwaarde voor een zo groot mogelijke keuzevrijheid. Gezondheidszorg is één van de factoren die op gezondheid van invloed zijn (naast bijvoorbeeld materiële omstandigheden en leefstijl). Deze sector ontleent in die visie zijn functie aan de bijdrage die hij kan leveren aan het realiseren van de doelstelling van een zo groot mogelijke keuzevrijheid voor iedereen. Geredeneerd in termen van Walzer, resulteert dit misschien eerder in het onderscheiden van een aparte sfeer voor *gezondheid* dan voor *gezondheidszorg*.

Karien Stronks

Robert S. Erikson, Gerald C. Wright and John P. McIver, *Statehouse Democracy. Public Opinion and Policy in the American States*, Cambridge: Cambridge University Press, 1993

Although political scientists across the world are fairly much influenced by developments in American political science, they have as a rule not much knowledge about

the American political system and its operations. This is a peculiar situation, because American political scientists develop their theoretical and methodological schemes primarily in response to their native political environment. To fully understand the American scientific contributions, it is a great asset to know from which sources they spring.

It is at this junction of political science and American politics that *Statehouse Democracy* makes an important contribution. On the one hand, it is concerned with an important theme of political science, i.e. the question whether public opinion influences government policy decisions. The opinion-policy link is approached from two well-known different angles: in the Downsian model parties should converge towards the center of the political spectrum, where most voters may be found, while, according to the responsible party model, parties should offer ideologically distinct policy views. Against an electorally motivated centripetal tendency stands a centrifugal tendency of parties to distinguish themselves from one another.

On the other hand, *Statehouse Democracy* provides a revealing insight in the complex nature of American politics. The authors conduct their research efforts at the level of the fifty American states, instead of the federal level. Given the large political differences between the states and the policy discretion which they enjoy, these states constitute an ideal laboratory for comparative research on sectional politics and the opinion-policy link alike. Past problems with state-level data are overcome by the use of a pooled set of 122 CBS/NYT-polls between 1976-1988, guaranteeing a sufficient number of respondents for even the smallest states.

Erikson et al. start their inquiry in chapter 2 with a classification of state public opinion by partisanship (Democrat/Republican/Independent) and ideology (liberal/moderate/conservative). As to partisanship, Democrats are well-entrenched in the Southern and border states, while also holding an advantage over Republicans in the industrial states of the Northeast, Midwest and the Pacific. Republicans dominate in the more rural states of the Midwest and the Mountain region. The ideological distribution is quite different: the most conservative states reside in the South and the rural West, the most liberal states in the Northeast, upper Midwest and the Pacific. Due to the strong clustering of conservatism and Democratic partisanship in the South, Erikson et al. do not find a relationship between state ideology and state partisanship. When combining partisanship and ideology, the authors show that Northern Democrats are far more liberal than Southern Democrats, and also that Northeastern Republicans are somewhat more liberal than their colleagues in the other states. (Interestingly, in a short historical review in chapter 9 it is observed that the South has not always been conservative. During the Depression, an agrarian liberalism thrived in the South, supporting many economic New Deal-measures. It was only when liberalism came to be identified with civil rights that the South turned to conservatism, an ideological movement completed shortly after the second World War).

As the next step Erikson et al. investigate where the differences in partisanship and ideology between the states come from (chapter 3). They concentrate on state demographics and state culture as explanatory factors, treating the latter as the residual effect of the demographic variables. Not surprisingly for a large country like the