

‘WIE NIET ZIEK IS, IS GEZIEN’

De pastorale macht en de zorg voor het alledaagse leven*

Ignas Devisch

1. Voorspellende gezondheidszorg

Vandaag percipiëren we ons leven niet langer als een lot, maar als een toestand waaraan wij verandering *willen* en *kunnen* brengen. Omdat technologisch gesproken het *kunnen* zich in een hoog tempo uitbreidt, krijgt het *willen* steeds meer speelkansen toebedeeld in de loterij van de natuur. Omdat wij het zelf zijn die *willen*, beslissen we hoe, waar en wanneer we op het *kunnen* een beroep doen. Bijgevolg hoeven we niet langer ziek te zijn in de strikte zin van het woord, om ons leven medisch bij te sturen en ziek te zijn in de brede betekenis van het woord (Elliott, 2003). Ongelukkig zijn met ons lichaam of met onze emotionele conditie is een ‘medisch probleem’ zodra we besluiten dat we een probleem hebben en we er iets aan willen doen.

Er is nog iets meer. Niet alleen wijzelf willen er fit en gezond uitzien – daarom schakelen we steeds vaker therapeuten in om dit doel te bereiken – wij worden bovendien zowel maatschappelijk als medisch, voortdurend aangemoedigd om ons ‘zelf’ in conditie te houden. Steeds meer instanties en instellingen ‘zorgen’ voor onze lichamelijke en psychische conditie. Aan deze zorg voor ons lichaam, is bovendien een ethisch appel gekoppeld: goed is hij of zij die beweegt en aan zichzelf werkt; kwaad, hij die zijn lichaam verwaarloost, rookt of

verdikt. Het *hoort* zo te zijn dat wij ons lichaam verzorgen en dat we er een ‘verantwoorde levensstijl’ op nahouden.

De zorg voor onze gezondheid appelleert aan onze normen en waarden, aan ons gevoel voor ethische juistheid. Met retorische vragen zoals ‘u wil toch ook lang leven en gelukkig zijn?’, raken we langzaam en begripvol ingeschakeld in het vooruitdenken over onze gezondheidstoekomst en over wat we daar *nu* kunnen aan doen. Bijgevolg hoeven we niet langer te vertrekken van een aperte situatie van ziek-zijn, om een medisch probleem te hebben. Immers, indien we nu niet voor ons zelf zorgen, wat met onze toekomst?

De vaststelling dat steeds meer medische interventies tot stand komen zonder dat we ziek zijn, dat de medische wereld ons preventief screent en voorspellingen maakt over mogelijke ziektes in de toekomst, dat we bijgevolg steeds meer voor ons toekomstige zelf moeten zorgen, dit alles heeft te maken met de opkomst van een nieuw medisch paradigma, dat van de *voorspellende geneeskunde*. (De Vries, 2004; Horstman, 1999) Deze geneeskunde staat voor een medisch handelen dat zich meer en meer focust op het voorspellen en eventueel voorkomen van ziektes en minder op het ingrijpen nadat zich duidelijke medische klachten voordoen. *Voorspellende geneeskunde* wijst in de eerste plaats op

medische technieken die niet gericht zijn op diagnose van bestaande klachten en therapie, maar op prognose van toekomstige ziekte en preventie. Met name aan genetica wordt veel aandacht besteed. Door de snelle ontwikkeling van genetische testen groeit het besef dat mensen zich kunnen laten onderzoeken om te achterhalen of zijzelf, dan wel hun nageslacht, een kans lopen om later aan een specifieke ziekte te lijden. (Horstman, 1999, p. 21)

Deze kansen bevinden zich in een soort van semi-virtuele realiteit: het zou kunnen dat we ooit ziek worden, zij het door genetische aanleg, zij het door de levensstijl die we er op na

houden. Zelfs al kan techno-medische wetenschap genetische factoren detecteren, het al dan niet in de toekomst ontwikkelen van een behandeling kan ons risico heel sterk bepalen. Vanuit eerder vage risicofactoren, indicatoren en kansenberekeningen gaat het er niet alleen om of we ziek dan wel gezond zijn – natuurlijk dat dit er ook toe doet –, maar ook of het niet zou kunnen dat we ongezond worden en dus in feite al ziek zijn. Kortom, voorspellende geneeskunde is vooral onvoorspelbaar want georiënteerd op gezondheidsrisico's, op preventie, advies en op de zoektocht naar mogelijke ziektes. Indien wij preventief worden gescreend of getest op mogelijke risicofactoren, zowel met betrekking tot ons genetisch profiel, ons gedrag als de omgeving, geven deze screenings een bepaald beeld van hoe onze gezondheid er in de toekomst zou kunnen uitzien. Vandaar ook het adjectief 'voorspellend': het gaat er vaak niet om dat we met zekerheid ziek *zullen* worden, wel om de voorspelling van een bepaalde kans dat we het *zouden* kunnen worden. Daardoor komen we terecht op het 'toneel van de instellingen': de overheid, bedrijven, privé-instellingen, verzekeringsmaatschappijen, enzovoort, alle zijn zij betrokken bij de zorg voor gezondheid. Het initiatief tot een medische interventie ligt daardoor vaak niet langer bij onszelf, wel bij de overheid of bij derden – ook al worden we steeds meer aangespoord om er 'zelf iets aan te doen' (Calman, 2009). Bij heel wat aangelegenheden tijdens ons leven komen er screenings of testen aan te pas: een arbeidscontract, het verkrijgen van een hypotheek of verzekering, alles wat te maken heeft met pre-natale screenings, enzovoort. Het gaat hierbij niet om curatieve medische handelingen, wel om preventieve onderzoeken en het opsporen van risico's.

2. Besturen, beschikken en zorgen

Heeft Michel Foucault iets te zeggen over medische evoluties, zoals hierboven geschetst? De vraag lijkt misschien al te retorisch. Voor wie zijn colleges tijdens de tweede helft van de jaren zeventig heeft gevolgd of gelezen, luidt de vraag niet *of* we Foucaults denken in bovenstaande schets kunnen inzetten, dan wel *hoe*. We maken daarom een keuze en spitsen ons toe op zijn college van 1977, *Sécurité, territoire et population* (Foucault, 2004b). Zoals in *La naissance de la biopolitique* (Foucault, 2004a), is hij in dit college sterk geïnteresseerd in de volgens hem revelerende verstrengeling van politiek met gezondheid. Hij focust er op het ontstaan van de gezondheidspolitiek als een belangrijke politieke gebeurtenis in het West-Europa van de achttiende eeuw en op de vraag hoe gezondheid een centraal thema kon worden in een moderne samenleving. De vraag luidt of deze analyse ook iets verheldert wat vandaag het geval is, meer bepaald hoe via zachte middelen van zorg en beschikking, in een ruime mate op onze levensloop beslag wordt gelegd. Daarom nemen we het conceptuele kader over dat Foucault in de hierboven genoemde colleges uitwerkt, vooral de begrippen *bestuurlijkheid* en *pastorale macht*, om de opkomst van de voorspellende geneeskunde als een eigentijdse vorm van biopolitiek in context te plaatsen en er de potentiële gevolgen van te schetsen.

De ontwikkeling van een gezondheidspolitiek is volgens Foucault onlosmakelijk verbonden met de geboorte van de moderne staat en met een nieuwe kunde van besturen, de zogenaamde *gouvernementalité*, hierna vertaald met *bestuurlijkheid*. Het gaat om een breed begrip dat Foucault hanteert om een nieuwe configuratie van machtsrelaties aan te duiden die het onderwerp uitmaken van deze tekst: biopolitiek (Fassin, 2009).

In *Sécurité, territoire et population* schetst hij hoe de opkomst van bestuurlijkheid te maken heeft met een nieuwe manier waarop de macht zichzelf verstaat. In deze opkomst speelt *De Prins* van Niccoló Machiavelli (1513) een centrale rol (Machiavelli, 1976). De functie van de Prins van Machiavelli is het beschermen van het territorium van zijn prinsdom. Dat betekent onder meer dat de Prins de mogelijke gevaren en risico's opspoot en een kunst ontwikkelt om machtsverhoudingen te manipuleren, op zo'n manier dat hij het prinsdom kan beschermen en intact houden. *De Prins* gaat bijgevolg over de geschiktheid en handigheid om deze taak te vervullen (Machiavelli, 1976). Wanneer nu tijdens diezelfde zestiende eeuw (en in weerwil van *De Prins*) op diverse plaatsen en in meerdere traktaten wordt gesproken over de 'kunsten van het besturen', dan hebben we te maken met een differentie ten overstaan van Machiavelli's paradigma, aldus Foucault. De 'arts du gouvernements' willen hier duidelijk iets aan toevoegen of in vervangen, aldus Foucault. Waaruit bestaan nu deze kunsten van het besturen? In zijn college refereert de Franse filosoof aan *Le miroir politique* van Guillaume de La Perrière uit 1555.¹ (Foucault, 2004b, p. 96) Een duidelijk verschil met *De Prins* van Machiavelli is dat besturen hier een *veelvoud* aan praktijken betreft en dat deze praktijken zich alle *binnenin* (immanent) de staat bevinden. In *De Prins* bestaat besturen uit een enkele verhouding van de Prins tot het prinsdom. De la Perrière echter onderscheidt verschillende types van besturen van elkaar: *moraal* (zelfbestuur), *economie* (huishouding en familie) en *politiek* (staat). Het politieke besturen van de staat beschikt bij de la Perrière wel degelijk over singuliere kenmerken, maar er is continuïteit tussen de types. Terwijl Machiavelli er alles aan deed om de discontinuïteit van die verhouding duidelijk te maken, bestaat bij de la Perrière de kunst van het politieke besturen in de continuïteit van die verschillende types: het goede bestuur van de staat is een

voorbeeld voor het bestuur van de familie en van zichzelf. Besturen (*gouverner*) en beheren (*police*) gaan daarom hand in hand. Besturen, aldus de la Perrière's definitie van 'gouvernement', "is de juiste beschikking over zaken, zodanig georganiseerd dat men deze kan begeleiden naar hun gepast einddoel." (Foucault, 2004b, p. 99) Besturen is bij hem niet langer een zaak van grondgebied, maar van mensen in verhouding tot goederen en hun levensomstandigheden.

Met de la Perrière wordt besturen een zorgende functie in de brede zin van het woord, eerder dan een instantie die doodt en macht uitoefent over het territorium. 'Gouvernement' en 'mentalité' vormen zo samen *gouvernementalité*: enerzijds de macht om gedrag te begeleiden en te besturen; anderzijds de mentaliteit dat in een moderne samenleving nu eenmaal alles moet en kan worden bestuurd. Daarom moet die staat kennis verzamelen zodat zij haar huishouden gemanaged krijgt. Immers, de bevolking (*population*) en het verbeteren van het lot ervan, is hét nieuwe doeleinde van bestuurlijkheid.

Blijft nog de vraag waarom een moderne staat zichzelf zo nadrukkelijk articuleert als een zorgstaat en waarom het individu de speerpunt daarvan is. Ook die kwestie beschrijft Foucault uitvoerig in *Sécurité, territoire et politique*. De bestuurlijkheid die uitloopt op de wijze waarop het gedrag van individuen wordt gestuurd enerzijds en op de moderne rationaliteit die eist dat alles en iedereen kan worden gemanaged anderzijds, hangt samen met de ontwikkeling van een specifieke machtsvorm: de pastorale macht. De overgang van een *territoriale staat*, (macht over territorium en afdwingen ervan door dreiging met dood en geweld) naar een *bevolkingsstaat* (macht over lichamen en controleren van leven), gaat op deze specifieke machtsvorm terug, aldus Foucault (Foucault, 1994, pp. 719, deel III).

De herkomst van deze pastorale macht situeert Foucault vooral in en met het christendom, omdat zich daar volgens hem iets ontwikkelt dat radicaal verschilt van wat de Grieken en de Hebreeërs daarvoor hebben gedaan. In het christendom gaat het om een machtsvorm die globaal gericht is op het heil van de gelovige en daarom een relatie van totale en permanente gehoorzaamheid installeert. De pastor moet in detail de levensloop van elke gelovige beheren. Hij voorziet daarvoor een economie van verdiensten en gebreken. De pastor is bijgevolg niet de man van de wet, wel van het geloof.²

Samengevat is de pastorale macht een specifieke kunst om menselijk gedrag, zowel individueel als collectief en in elke stap van het leven, te reguleren. De pastorale macht betekent concreet, aldus Foucault in 'Omnes et singulatim' (Foucault, 1994), dat de pastor een herder is voor zijn kudde, voor een veelvoud aan mensen in beweging. De pastorale macht is een goedaardige en zorgende macht; de bestaansreden ervan bestaat erin goed te doen en te zorgen voor het heil (of de gezondheid) en het voortbestaan van de kudde. Ten slotte werkt de pastor individualiserend: hij telt zijn schapen (niemand mag verloren raken), hij zorgt voor het geheel van de kudde en voor elk schaap afzonderlijk. De pastorale macht vormt aldus de prelude van de bestuurlijkheid in de moderne samenleving, aldus Foucault, en is daarom van groot belang voor een inzicht in de biopolitiek en de wijze waarop een moderne zorgstaat zich begrijpt in het voorzien van het welzijn van haar burgers. Daarmee zijn we aangekomen bij de vraag in welke zin de concepten van bestuurlijkheid en pastorale macht een nieuw licht werpen op onze hedendaagse 'obsessie' met gezondheid.

3. De keerzijde van de zorg

Wanneer we Foucaults analyse toepassen op wat we eerder omschreven als de voorspellende geneeskunde, dan zien we dat daar de 'beschikking' – cf. de la Perrière's definitie: 'de juiste beschikking over zaken' – een centrale rol speelt. Steeds meer beschouwt de overheid het als haar taak om preventief het gedrag van mensen bij te sturen in de richting van gezond gedrag, in de hoop daarmee pathologische symptomen te voorkomen. Daarom zal zij mensen screenen, onderzoeken en testen om op die manier de kans op een ziekte te voorspellen. Dit alles is slechts mogelijk vanuit een steeds groter wordende beschikking van onze levensomstandigheden door 'het toneel van de instellingen'. Terwijl het in medische en ethische vertogen steeds gaat over individuele autonomie – 'informed consent' of autonome beslissing over de eigen levensomstandigheden – is het maar zeer de vraag in hoeverre of autonomie dan wel heteronomie aan belang wint. Juist de zorg voor het individu dreigt te resulteren in een almaar groter wordende afhankelijkheid van dat individu ten overstaan van instellingen, overheden en experts (Devisch, 2008; Huibers & Spijker, 1998).

Laten we de opkomst van dit 'zorgparadigma' concreet illustreren aan de hand van recente documenten uit de alledaagse gezondheidszorg. We nemen er allereerst een nummer bij van een informatiemagazine van De Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen in België uit 2007.³ De titel van het nummer luidt: 'Gezondheid is risicobeheersing'. Het hele nummer is gefocust op de vraag hoe meer preventie in te bouwen in de gezondheidszorg, meer bepaald op de kwestie hoe je streeft naar wijzigingen in het gedrag van mensen. Op geen enkel moment is er een verwijzing naar bestraffing; de 'goede zorg' echter staat centraal. Deze zorg is in niet geringe mate gekoppeld aan de responsabilisering van de levensstijl van het individu. Elk individu wordt tegelijk uitgenodigd

om zelf zijn levensstijl aan te passen én gewaarschuwd voor de gevolgen van zijn mogelijk 'slecht gedrag'. Wat in principe een privé-aangelegenheid is – wat ik eet, hoe ik mij gedraag – wordt zo een bestuurlijke kwestie.

Alle aspecten die Foucault met betrekking tot biopolitiek en bestuurlijkheid heeft beschreven, komen hier zeer uitdrukkelijk naar voren. Vooreerst het verzamelen van gegevens en kennis over de levensstijl van de burgers. Bij de uitleg over predictieve geneeskunde in het hierboven geciteerde magazine lezen we:

Hiervoor zou men moeten kunnen beschikken over medische, prospectief gerichte gegevensbanken waarin biologische stalen zouden worden gestockeerd die zijn verzameld bij individuen waarvan men vooraf de levenswijze heeft bestudeerd, de voedingsgewoontes, en zelfs de eventuele aanwezigheid van toxische stoffen. Deze gegevens zouden vervolgens moeten worden gekruist met de kankerregisters, wat dan weer een aanpassing noodzakelijk maakt van de wet op de bescherming van de privacy.⁴

Deze kennis dient er uiteraard toe, zoals we ook bij de bespreking van de la Perrière hebben gezien, om het welzijn van de bevolking (population) te verbeteren. Ten slotte is het doel van het besturen bij de la Perrière gelegen in de juiste beschikking over zaken in functie van hun gepast einddoel. We citeren opnieuw:

Het ultieme doel van preventie is *uiteraard* om het welzijn van de burgers te verzekeren, vroegtijdige overlijdens te voorkomen en de levensverwachting maar zeker ook de kwaliteit van het leven te verbeteren. Maar daarnaast spelen natuurlijk ook economische overwegingen een rol.⁵

Dat het uitgangspunt *uiteraard* in functie staat van het welzijn van de burgers maar dat hiertoe tegelijk aanpassingen nodig zijn van de wet op de bescherming van de privacy, legt de crux bloot waartoe Foucault het concept bestuurlijkheid heeft ontwikkeld: het gaat om een zorg die het beste met ons voorheeft, maar die deze zorg vooral realiseert door gegevens over ons gedrag en levensstijl bij te houden, in functie van het mogelijke bijsturen daarvan in een voor een samenleving wenselijke richting. Dat hierbij ‘economische overwegingen’ een rol spelen, komt in de formulering hierboven maar zijdelings ter sprake, maar is natuurlijk geen bijzaak: de economische inzetbaarheid van gezonde individuen is nu eenmaal hoger dan die van ongezonde individuen (Fries, 2008). Dat blijkt ook duidelijk uit de wijze waarop ziekenfondsen inspelen op het gedrag van hun leden. Op de webstek van het Onafhankelijk Ziekenfonds bijvoorbeeld is een aparte rubriek voorzien voor ‘Fit en gezond’.⁶ De leden worden uitgenodigd om gebruik te maken van een gepersonaliseerd bewegingsadvies of voedingsadvies. Interessant in het kader van biopolitiek is vooral het luik voorzien voor bedrijven. Bedrijfsleiders worden warm gemaakt voor een gezondheidsbeleid voor hun werknemers: “Ga voor fitte en gemotiveerde werknemers! Breng ook jouw bedrijf in conditie!”⁷ Gezien het economische perspectief, speelt de opzet van dit luik duidelijk in op het feit dat het streven naar fitte en gezonde medewerkers rendeert! We citeren:

In moeilijke economische tijden moet je als bedrijf extra voorzichtig omspringen met beschikbare budgetten. Anderzijds is het meer dan ooit noodzakelijk om te investeren in personeel, zij staan extra onder druk. Traditionele teambuilding activiteiten zijn uiteraard leuk. Maar uiteindelijk zijn de positieve effecten voor het bedrijf meestal beperkt en van relatief korte duur. [...] Het project van OZ-fit vzw is uniek. Het zorgt voor een gezonde dynamiek onder het personeel. Het bewijst ook dat investeren in een gezonde en actieve levensstijl van je werknemers langdurig loont! Onderzoek wijst uit dat fitte werknemers minder absent zijn, productiever zijn, minder stress hebben en de werkrelaties beter onderhouden. Precies wat je

nodig hebt voor een gezond bedrijf! [...] OZ-fit vzw levert beweegadvies op maat. Het bewegingsprogramma is voor iedereen toegankelijk én gepersonaliseerd. Een succesformule die heel wat bedrijven intussen getest hebben en enthousiast goedgekeurd werd.⁸

Zoals andere fondsen spoort ook dit ziekenfonds bedrijven zeer nadrukkelijk aan om preventief het gedrag, zeg maar de levensstijl, van zijn werknemers bij te sturen. Het gezondheidsgerelateerde gedrag van werknemers is een economische factor van belang: we kunnen er mee winnen en dus ook flink mee verliezen. Bijgevolg loont het om, nog voor iemand daadwerkelijk ziek is, te voorkomen dat hij of zij ziek wordt. De bonus, zo moeten we blijkbaar begrijpen, vertaalt zich vanzelf in minder absentisme en een hoger rendement.

Niet enkel bij de bedrijven is dat het geval. Ook individuen worden zeer nadrukkelijk opgeroepen om aan zelfonderzoek te doen nog vóór ze ziek zijn. Een online berekening van de BMI (Body Mass Index) is daartoe een eerste aanzet. Zodra het cijfer is berekend, krijg we meteen in de rechterkolom ernaast uitleg over ons risicoprofiel, indien we te weinig dan wel teveel wegen en welke gevolgen dit met zich kan meebrengen. We kunnen daarna ook ingaan op bewegingsadviezen en voedingsadviezen. Experts vertellen ons vervolgens wat we best eten of hoeveel we moeten bewegen, uiteraard ook telkens ingekaderd in een context van aangepaste financiële stimuli.⁹ Goed gedrag loont, zoveel is duidelijk.

4. Gedrag en levensstijl

‘Zorg’ is een opvallend gegeven in deze enkele voorbeelden over hoe gezondheid concreet ‘aan de man’ wordt gebracht. Uit alles blijkt een enorme bekommernis van instellingen en

overheden om ons persoonlijk welzijn. We worden geïnformeerd en ondersteund, gemotiveerd en 'empowered' om toch maar ons gedrag bij te sturen. Al wat we moeten doen, is vragenlijsten invullen, ons eetgedrag kenbaar maken, onze fysieke activiteit in kaart brengen. Een 'zorgtraject' ligt vervolgens voor ons klaar. Zo'n zorgtraject, waarbij mensen door een persoonlijke consulent worden bijgestaan, moet ons nog beter in staat stellen om de vooropgestelde objectieven te bereiken.

De (zorg voor onze) levenskwaliteit mag dan toenemen, in het licht van Foucaults biopolitiek is dat niet zonder meer een positieve evolutie. Dat we ons alledaagse leven uitbesteden aan gezondheidsexperts en ons privé-leven in databanken laten opnemen, is één zaak. Dat we bovendien dat alledaagse leven volledig laten medicaliseren of 'farmaceuticaliseren', een andere (Fox & Ward, 2008). Het is immers merkwaardig dat het zorgtraject nauwelijks over ziekte gaat, maar over de vele risico's gaat die we lopen om ziek te worden, en hoe we die risico's kunnen verminderen door ons gedrag bij te sturen. Niet of we ziek of gezond zijn, is de kwestie, wel dat wanneer we nu niet oppassen, ziekte onvermijdelijk wordt. Zeer opvallend in de context van voorspellende geneeskunde is de koppeling van het risico op ziek zijn aan een ongezonde levensstijl. De 'predictieve' geneeskunde heeft immers in de eerste plaats betrekking op genetische factoren, zaken die we in principe niet zelf of slechts in zeer geringe mate zelf in de hand hebben. Terwijl uit onderzoek steeds meer blijkt dat bepaalde aandoeningen vergezeld gaan van een hoge mate van erfelijkheid (Carter, 2001), worden we almaar uitdrukkelijker op ons gedrag aangesproken. Dat leidt tot een perverse situatie: we worden 'zorgend' verantwoordelijk gesteld om ziektes te voorkomen waarmee we erfelijk belast zijn.

Nemen we als voorbeeld obesitas. Heel wat studies laten duidelijk zien dat voor bepaalde types van obesitas erfelijkheid een grote rol speelt (Wyatt, Winters, & Dubbert, 2006). Hoewel we bij obesitas meestal denken aan de persoonlijke schuld van het individu, hebben we daar maar weinig empirische argumenten voor.¹⁰ Niettemin focussen ziekenfondsen en verzekeringen heel sterk in op het gedrag van obese patiënten, daarbij zij de erfelijke component volledig veronachtzamen. Bij het ziekenfonds Partena bijvoorbeeld komt obesitas enkel ter sprake binnen een context van individueel gedrag.¹¹ De hele strategie van dit ziekenfonds is er deze specifieke casus bijgevolg op gericht om dit aan obese patiënten duidelijk te maken. In een drietal rondes moet het individu ertoe komen om zijn of haar probleem te verhelpen. Een eerste ronde bestaat erin zich te informeren naar obesitas en overgewicht, het opmaken van een balans en het inzicht in de gevolgen voor de gezondheid. De tweede ronde is gericht op het uitstippelen van een tactiek van beter eten, meer bewegen en het toestaan van medische hulp. De derde ronde ten slotte is het zich laten coachen met als slagzinnen 'De individuele benadering', 'De multidisciplinaire benadering' en 'Zichzelf op de juiste manier (laten) belonen!' ¹²

Vooraf deze laatste zin is interessant vanuit Foucaults analyse van biopolitiek en pastorale macht: 'zichzelf op de juiste manier laten belonen'. Het individu moet erin slagen om de heersende normen op vlak van gezondheid te internaliseren om vervolgens zichzelf te kunnen verlossen van het schuldgevoel waarmee hij zich eerder heeft opgehadeld. De tekst gaat verder:

Elke inspanning verdient ook een ontspanning. Indien u een vermindering van uw BMI kan bereiken van minstens 5% in vergelijking met uw startgewicht en dit gedurende een jaar kan

behouden en dit gewichtsverlies wordt geattesteerd door: door de coördinerende arts in het kader van de multidisciplinaire benadering, dan bieden wij u een cadeaucheque ter waarde van 40 euro aan; door een geneesheer-nutritionist of de diëtist erkend in het kader van de individuele benadering, dan mag u een cadeaucheque van 25 euro verwachten!¹³

De procedure gaat als volgt: ik heb overgewicht, ik beken schuld en laat me door een 'gezondheidspastor' passend bijstaan zodat ik deze schuld kan afkopen door het juiste gedrag te vertonen en zelfs finaal op een beloning kan rekenen. Wie zich niet laat verzorgen, doet bijgevolg vooral zichzelf tekort want hij of zij laat zich niet op een passende wijze belonen.

Veel concreter kunnen we de werkzaamheid van biopolitiek en bestuurlijkheid niet illustreren: het individu moet bij zichzelf te rade gaan, een 'zelfevaluatie' ¹⁴ doormaken en zich daarna vakkundig laten bijstaan. Dit is een techniek die we in de (voorspellende) geneeskunde wel vaker aantreffen (Waring, 2007), hoewel we voor veel aspecten van onze voeding en beweging nog over bijzonder weinig eenduidige evidentie beschikken met betrekking tot de gezondheidsbevorderende effecten. Voor Neil McLaughlin is het alvast voldoende reden tot het uitroepen van de slagzin: 'Stop blaming the patient', zoals McLaughlin (2008) opmerkt – Hou op met het beledigen van de patiënt.

5. Conclusie

Indien we vandaag spreken over biopolitiek dan gaat het niet zozeer om de productie van leven, maar om de begeleiding en aansturing van het gedrag waarmee dat individuele leven

gestalte krijgt. Het specifieke karakter van de biopolitiek binnen het hedendaagse gezondheidsparadigma bestaat erin dat niemand ons verplicht om fit en gezond te zijn, maar dat we er wel proberen naar te leven, omdat we geleerd hebben onszelf te ondervragen over het gezondheidsbevorderende gehalte van ons gedrag. Af en toe horen we het wel eens in gesprekken onder vrienden over 'doe jij aan sport?' Het antwoord vaak luidt 'niet genoeg'. Dit soort van spontane schuldbekentenissen toont hoezeer de pastorale macht is doorgedrongen tot ons moreel systeem. We denken aan iets te moeten beantwoorden, terwijl er geen sprake is van wettelijke plicht. Of we gezonder zijn is een ander probleem, maar we doen vandaag heel hard ons best om de indruk te wekken dat we gezond zijn. Komen we er zelf niet toe, dan worden we vaak een handje geholpen via allerlei stimuli (zoals het niet terugbetalen van medische prestaties indien we ons niet aan een jaarlijkse controle onderwerpen).

Een ander interessant gegeven om de internering van deze normen te bestuderen, is de zogenaamde 'dating advertenties', om het in 'goed Nederlands' te zeggen. Het gaat om voorstellingen waarbij mensen zich aanprijzen om bij potentiële partners in de smaak te vallen, in de trant van de klassieke 'man zoekt vrouw'-advertenties tot 'wie wil...'. Vele van deze advertenties zijn opgebouwd rond het feit dat degene die zich aanprijst, behalve rijk en aantrekkelijk is, sinds kort ook 'gezond' is, 'niet rookt' en vooral 'actief' is. Dat gezondheid een symptomatische plaats heeft veroverd in deze advertenties, is de perfecte illustratie van wat we met Foucault hebben uiteengezet. Het gaat niet om de vraag of we gezond zijn of niet, dan wel of we, om het met Hegel te zeggen, een 'ongelukkig bewustzijn' hebben ontwikkeld over het feit dat we niet zo gezond leven als we zouden moeten. In dit ongelukkig bewustzijn toont zich de biopolitiek in haar hedendaagse gedaante: zij – en wij

dus ook – is bekommerd om onze gezondheid en ons geluk, maar installeert deze zorg op een manier die in sterke mate mee ons leven aanstuurt.

De persoonlijke advertenties zijn uiteraard een eerder onschuldige illustratie, maar we kunnen natuurlijk ook denken aan meer (economisch) beslissende aspecten van ons leven, zoals een verzekering verwerven of aan een baan geraken (Silvers, 2007; Wolf & Kahn, 2007). In toenemende mate vormen onze (te verwachten) gezondheid en fysieke toestand een doorslaggevend criterium om toegang te verwerven tot faciliteiten of diensten in de gezondheidszorg. Wie bijvoorbeeld van kanker is genezen, raakt niet langer aan een hypothecaire lening voor het kopen van een huis. Gezond en sportief zijn staat zowel op de politieke agenda van vele overheden (bestuurlijkheid), en gelden als imperatieven in de samenleving als geheel. Het appelleert de bevolking als geheel (een totaliserende techniek) maar elk van ons afzonderlijk (geïndividualiseerd). Er schort duidelijk iets aan onze pastorale macht indien we aan deze imperatieven niet gehoorzamen. Tegelijk met de toegenomen impact van gezond-zijn, worden wij individueel verantwoordelijk geacht voor onze gezondheid en horen wij schuld te bekennen indien we eraan hebben verzaakt. Indien leven en gezondheid niet langer een lotsbeschikking is, maar een te ‘managen’ kwestie, dan is de vraag naar verantwoordelijkheid en schuld natuurlijk nooit veraf. Wij die dachten ons te hebben bevrijd van allerlei taboes bij het beschikken over ons eigen leven, krijgen nu de bal in het gezicht teruggekaatst. Meer dan ooit zijn we met handen en voeten gebonden aan culturele en maatschappelijke verwachtingen, met wat hoort en niet hoort. Het resulteert onder meer in de veroordelende blik naar de hamburgeretende man met overgewicht en de op straat staande roker, vooral omdat wij nu eenmaal alles zelf in de hand menen te hebben, omdat het onze schuld is wanneer iets in ons leven niet aan die eigenmachtigheid voldoet.

Wie durft nog zweren dat wij over tien jaar niet financieel zullen worden bestraft wanneer we ziek zijn aan een kwaal die via screenings vroegtijdig was op te sporen, maar daar niet zijn op ingegaan, omdat we dit een ongehoorde inmenging in ons privé-leven vonden? Het is overduidelijk dat ook en vooral daar zich de macht situeert, vandaag en in de toekomst (van Bommel & Jochemsen, 2002).¹⁵

*

Met de titel van deze tekst 'Wie niet ziek is, is gezien' wou ik dergelijke evolutie figuurlijk aangeven. Mijn titel, een zinspelend op een refreintje dat kinderen afdreunen bij verstoppertje spelen: 'wie niet weg is, is gezien' – wil vooral duidelijk maken dat wie niet ziek is, gezien is in de dubbele betekenis van het woord: hij is gezien (gescreend, onderzocht) nog vóór hij ziek is; en als hij gezien is en dus vaak 'ziek' is, is hij 'gezien' zoals we in Vlaanderen zeggen: hij is er aan voor de moeite. Hij hoort dan te leven zoals het een zieke betaamt: verantwoord, regulier, gepast, en kan vaak niet langer een beroep doen op bepaalde diensten zoals een lening of een arbeidscontract. Hij hoort vooral blij te zijn dat hij zo vroegtijdig weet dat hij ooit ziek zou/had kunnen worden, dankbaar ook omdat ondertussen zo goed voor zijn gezondheid gezorgd wordt.

Referenties

- Calman, K. (2009). Beyond the 'nanny state': Stewardship and public health. *Public Health*, 123(1), e6-e10.
- Carter, M. A. (2001). Ethical aspects of genetic testing. *Biol.Res.Nurs.*, 3(1), 24-32.
- De Vries, G. e. H., K. (2004). *Genetica van laboratorium naar samenleving. De ongekende praktijk van voorspellende genetische testen*. Amsterdam: Aksant.

- Devisch, I. (2008). An open future? The principle of autonomy within medical 'codes of conduct' versus the heteronomy effects of predictive medicine. *Central European Journal of Medicine*, 3(2), 141-148.
- Elliott, C. (2003). *Better than well : American medicine meets the American dream*. New York: Norton.
- Fassin, D. (2009). Another Politics of Life is Possible. *Theory, culture & society*, 26(5), 44-60.
- Foucault, M. (1994). *Dits et écrits 1954-1988 (4 tomes)*. Paris: Gallimard.
- Foucault, M. (2004a). *Naissance de la biopolitique. Cours au collège de France. 1978-1979*. Paris: Gallimard/Seuil.
- Foucault, M. (2004b). *Sécurité, territoire, population. Cours au collège de France. 1977-1978*. Paris: Gallimard/Seuil.
- Fox, N. J., & Ward, K. J. (2008). Pharma in the bedroom ... and the kitchen The pharmaceuticalisation of daily life. *Sociology of Health & Illness*, 30(6), 856-868.
- Fries, C. J. (2008). Governing the health of the hybrid self: Integrative medicine, neoliberalism, and the shifting biopolitics of subjectivity. *Health Sociology Review*, 17(4), 353-368.
- Horstman, K., De Vries, G. H., Haveman, O. (1999). *Gezondheidspolitiek in een risicocultuur: burgerschap in het tijdperk van de voorspellende geneeskunde*. Den Haag: Rathenau Instituut.
- Huibers, A. K., & Spijker, A. (1998). The autonomy paradox: predictive genetic testing and autonomy: three essential problems. *Patient Education and Counseling*, 35(1), 53-62.
- Machiavelli, N. (1976). *De heerser*. Amsterdam: Polak & Van Genneep.
- McLaughlin, N. (2008). Stop blaming the patient. *Modern Healthcare*, 38(7), 25-25.
- Paulus. (1982). *Romeiner Brieven*. Boxtel: Katholieke Bijbelstichting.
- Silvers, A. (2007). Predictive Genetic Testing: Congruence of Disability Insurers' Interests with the Public Interest. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(s2), 52-58.
- van Bommel, J. H., & Jochemsen, H. (2002). Voorspellende geneeskunde en medische ethiek. *Theologia Reformata*, 45(2), 102-125.
- Waring, J. (2007). Adaptive regulation or governmentality: patient safety and the changing regulation of medicine. 29, 163-179.
- Wolf, S. M., & Kahn, J. P. (2007). Genetic Testing and the Future of Disability Insurance: Ethics, Law & Policy. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(s2), 6-32.
- Wyatt, S., Winters, K., & Dubbert, P. (2006). Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem. *American Journal of the Medical Sciences*, 331(4), 166-174.

* Tekst van een lezing voor de Gentse Cultuurvereniging op 9 november 2009.

¹ Een Engelse vertaling is consulteerbaar op *Early English Books Online*:

http://gateway.proquest.com/openurl?ctx_ver=Z39.88-2003&res_id=xri:eebo&rft_id=xri:eebo:image:8712:3

² Zoals het ook in de *Romeiner brieven* is opgetekend: "Kunnen wij ons dan nog ergens op laten voorstaan? Dat is uitgesloten. En door welke wet komt dat? Door de wet die eist dat u hem naleeft? Nee, door de wet die eist dat u gelooft. *Ik heb u er immers op gewezen dat een mens wordt vrijgesproken door te geloven, en niet door de wet na te leven.*" (Paulus, 1982, Romeinen, 3: 27-29; mijn cursief)

³ http://www.mloz.be/cms/Mloz/FaxMedicaNL_3.pdf (bezocht op 2 september 2009)

⁴ http://www.mloz.be/cms/Mloz/FaxMedicaNL_3.pdf (blz. 17)

⁵ http://www.mloz.be/cms/Mloz/FaxMedicaNL_3.pdf (blz. 6; mijn cursief)

⁶ <http://www.oz501.be/web/guest/fit-en-gezond> (bezoekt op 4 september 2009)

⁷ <http://www.oz501.be/web/guest/fit-en-gezond/bedrijven>

⁸ Ibidem

⁹ <http://www.oz501.be/web/guest/fit-en-gezond/bmi/beweegadvies>

¹⁰ Zoals Sharon B. Wyatt et al schrijven in 'Overweight and obesity': "Genetic predisposition increases susceptibility for weight gain and sets the parameters for body size but is rarely the sole cause of obesity. More than 20 genes have been discovered that may be linked to body fat in humans and chromosomal sites of genes responsible for rare familial obesity syndromes have been identified. However, the exact mechanism by which these genes exert their pathophysiologic effects and their interaction with other environmental factors is unknown. The identification of these genes and exploration of candidate genes is an important avenue for future research regarding overweight and obesity" (Wyatt, et al., 2006, p. 172).

¹¹ <http://www.partena-partners.be/jsp/index.jsp?language=NI&tmpl folderid=644&id=7395&origin=Common> (bezoekt op 2 september 2009)

¹² Ibidem

¹³ Ibidem

¹⁴ Het betreffende ziekenfonds heeft een gids ontwikkeld om je te gidsen doorheen deze zelfevaluatie:
<http://www.partena-partners.be/jsp/index.jsp?tmpl folderid=678&id=7461&language=NI&origin=Common&tmpl iframe=contentFrame&tmpl slang=NI&tmpl src=http%3A%2F%2Fwww.partena-partners.be%2Fcms%2FCommon%2FHealth+Promotion%2FGIDS+Puzzelen+aan+overgewicht+NL.pdf>

¹⁵ Ter illustratie: in april 2009 raakte bekend dat supermarktketen Lidl in systematisch privégegevens bijhield over de gezondheidstoestand van zijn personeelsleden in Duitsland. Lidl hield onder meer bij of een werknemer psychologische problemen had, en of iemand een vruchtbaarheidsbehandeling onderging om een kindje te kunnen krijgen.