

# Metadata of the chapter that will be visualized in SpringerLink

Book Title	Handboek leefstijlgeneeskunde	
Series Title		
Chapter Title	Ethiek	
Copyright Year	2020	
Copyright HolderName	Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature	
Corresponding Author	Family Name	<b>Laar</b>
	Particle	<b>van de</b>
	Given Name	<b>Eric</b>
	Prefix	
	Suffix	
	Degree	
	Role	medisch ethicus
	Division	
	Organization	Catharina Ziekenhuis Eindhoven
	Address	Eindhoven, Nederland
	Email	
Author	Family Name	<b>Slatman</b>
	Particle	
	Given Name	<b>Jenny</b>
	Prefix	
	Suffix	
	Degree	
	Role	hoogleraar Medical Humanities
	Division	
	Organization	Tilburg University
	Address	Tilburg, Nederland
	Email	
Samenvatting	<p>Anders dan in een klinische setting waar de patiënt met een klacht naar de arts komt, is er bij leefstijlgeneeskunde ook sprake van een aansporing tot bewustzijns- en gedragsverandering zonder, of voorafgaand aan, klachten. Dit roept specifieke ethische vragen op. In dit hoofdstuk lichten we er twee uit: (1) Hoe verhoudt deze niet gevraagde aansporing c.q. bemoeienis zich tot zelfbeschikking en vrijheid van patiënt en burger? Wegen de goede redenen en motieven voor die bemoeienis zwaarder dan het recht om het leven naar eigen goeddunken in te richten? (2) Hoe stellen we ons het kiezen van een andere leefstijl voor? Wat behelst dat kiezen en is iedereen er in gelijke mate voor toegerust? In de beantwoording van deze vragen besteden we tevens aandacht aan enkele gangbare morele oordelen over gezondheid en leefstijl, vooral hoe sociaal-economische status hierbij een rol speelt.</p>	



# Ethiek

*Eric van de Laar en Jenny Slatman*

- 20.1 Hoge verwachtingen, grote ethische vragen – 326**
- 20.2 Leefstijlbeïnvloeding en vrijheid – 327**
  - 20.2.1 Informatie beperkt – 328
  - 20.2.2 Informatie verruimt – 329
- 20.3 Gezondheidsverschillen en gezondheidsvaardigheden – 330**
  - Literatuur – 332**



## 20.1 Hoge verwachtingen, grote ethische vragen

De verwachtingen rond leefstijlgeneskunde zijn hooggespannen. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het Manifest voor leefstijlgeneskunde dat in 2018 aan de minister van VWS werd aangeboden en uit het in hetzelfde jaar gesloten Nationaal Preventieakkoord (Manifest voor leefstijlgeneskunde 2018; Nationaal Preventieakkoord 2018). Overheid en artsen willen serieus aan de slag met voorlichting en andere activiteiten over de invloed van voeding, genotsartikelen en beweging op de gezondheid, om waar nodig en mogelijk mensen aan te zetten tot verstandiger, gezonder gedrag. Het inzicht dat leefstijl invloed heeft op de gezondheid, en dat artsen advies daarover geven, is natuurlijk niet echt nieuw, maar in de afgelopen jaren is de overtuiging onder artsen en voedingsdeskundigen snel gegroeid dat de geneeskunde te weinig doet met die kennis. Een groot potentieel aan gezondheidswinst en kansen tot schadebeperking blijft onbenut door een vrijblijvende en terughoudende benadering van leefstijl. Dit te verzilveren gezondheidspotentieel verklaart het enthousiasme en de verandering van gezichtspunt, en biedt ook (een begin van) legitimatie voor de voorgenomen verandering van aanpak vanuit de geneeskunde. Studies over bijvoorbeeld diabetes laten nu ook zien dat leefstijlverandering niet alleen preventief maar zelfs curatief ingezet kan worden (Van Ommen et al. 2018; Pot et al. 2019). De opstellers van het Manifest voor leefstijlgeneskunde denken dat leefstijlgeneskunde, naast gezondheidswinst en welzijn, ook forse besparingen op de zorgkosten kan gaan opleveren (Manifest voor leefstijlgeneskunde 2018). Er zijn volgens hen dus belangrijke medische en economische motieven om vol in te zetten op leefstijlgeneskunde. Maar deze nieuwe ontwikkeling gaat ook samen met een morele aansporing: kennis en inzicht die schade kan beperken en goeds kan bevorderen, dient gedeeld en productief gemaakt te worden. Dat is een morele plicht, als men dat al niet spontaan zou doen. Zo bezien is de inzet van leefstijlgeneskunde evident: welzijn bevorderen en geld besparen lijken een win-winsituatie voor burger en overheid.

Aan de andere kant is er altijd terughoudendheid betracht ten aanzien van leefstijlbeïnvloeding. Leefstijl behoort immers tot het privéleven van mensen. En met inmenging in het privéleven zijn we in onze, op liberale beginselen gestoelde, samenleving uiterst terughoudend. Nederlanders hebben weinig op met betutteling en bevoogding. Elke bemoeienis van de overheid of welke autoriteit dan ook in het privéleven behoeft zodoende een gedegen legitimering. Voor de geneeskunde is dat niet anders. Elk medisch handelen behoeft ethische legitimatie, juist omdat het de privésfeer binnendringt, namelijk via het lichaam en de lichamelijke integriteit. Door het grote enthousiasme waarmee leefstijlgeneskunde nu omarmd wordt, lijkt het alsof die terughoudendheid, zelfs voor de overheid, minder belangrijk wordt. Is er met de goede doelen die leefstijlgeneskunde voor zich ziet voldoende legitimatie om die voorzichtigheid te laten varen? Met de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) in de hand kunnen we zeggen dat dit niet zomaar het geval kan zijn. De WGBO beschrijft de rechten en plichten tussen arts en patiënt in de behandelrelatie. Daarin staan de legitimatie ofwel de goede redenen van hoe we in de huidige geneeskunde met dit 'inmenging' probleem omgaan en ook de modus die we hiervoor gevonden hebben: de geïnformeerde toestemming die elke patiënt voor zijn of haar behandeling moet geven, en het recht om behandeling te weigeren (WGBO, art. 7: 448 en 450 BW.).



Als leefstijlgeneeskunde een intensievere inmenging in het privéleven met zich mee gaat brengen of beoogt, zullen ook daar goede redenen voor gegeven moeten worden. Er zal consensus nagestreefd moeten worden en een modus of verschillende modi gevonden moeten worden om ermee om te gaan. Dat roept nieuwe, weliswaar aan de WGBO verwante, ethische vragen op over de vrijheid van de patiënt en de burger en de bevoegdheden van de overheid en arts. Het is balanceren tussen de bemoeienis van arts en overheid om mogelijk goed te doen en schade te helpen beperken aan de ene kant en de zelfbeschikking van de patiënt en burger om er al dan niet iets mee te doen, aan de andere kant. Waar een aansporing om af te vallen en meer te bewegen bij overgewicht uiteindelijk een beter leven beoogt, zal de patiënt de gezondheidswinst ook afwegen tegen het plezier dat hij of zij daar eventueel voor moet opofferen en de moeite die hij of zij zich moet getroosten. Een belangrijke vraag hierbij is tevens hoe het met dat kiezen gesteld is: is verandering van leefstijl een kwestie van goede informatie en weloverwogen keuzes tussen alternatieven, of is dit een te eenvoudige voorstelling van zaken? Het is bekend dat gezondheidsverschillen samenhangen met sociaal-economische status en gezondheidsvaardigheden (Van den Muijsenbergh 2018). Is met andere woorden iedereen in gelijke mate toegerust en vaardig om te kiezen? Hoe oordelen we als mensen daar niet in slagen of nalaten hun ongezonde levensstijl te veranderen? Deze twee aspecten van het morele spanningsveld dat met steviger inzetten op leefstijlgeneeskunde gemoeid is, belichten we nader in dit hoofdstuk: leefstijlbeïnvloeding en vrijheid (autonomie, zelfbeschikking) en gezondheidsverschillen en vaardigheden.

## 20.2 Leefstijlbeïnvloeding en vrijheid

---

Er is brede consensus dat de aanpak van leefstijlgebonden gezondheidsklachten een goede zaak is (Nationaal Preventieakkoord, 3). Dat is niet verwonderlijk want veel mensen vinden gezondheid belangrijk. Uit welzijnsonderzoeken komt telkens weer naar voren dat mensen gezondheid zo niet het hoogste goed vinden, dan toch een cruciaal ingrediënt voor een gelukkig leven (CBS 2017). Een gezond leven is echter niet hetzelfde als een goed en gelukkig leven, daarvoor is meer nodig. Een gezond leven kan een voorwaarde zijn voor een goed leven (zie ►H. 16). Toch worden beide nog al eens gelijkgesteld, met als consequentie dat het belang van gezondheid sterk wordt benadrukt, terwijl gezondheid niet de hoogste prioriteit heeft voor iedereen.

Als we er klakkeloos van uitgaan dat gezondheid voor iedereen het belangrijkste is, dan gaan we voorbij aan een andere belangrijke waarde in onze samenleving, namelijk die van de vrijheid om het leven naar eigen goeddunken in te richten, om zelf richting en invulling te geven aan een goed en gelukkig leven. Sinds de jaren zestig van de vorige eeuw tolereren we steeds minder dat autoriteiten voorschrijven hoe we te leven, te handelen en te denken hebben. Deze overtuiging is in de geneeskunde, in de medische ethiek en in het gezondheidsrecht stevig verankerd in de waarde van zelfbeschikking, autonomie en heeft haar beslag gekregen in de WGBO. Omdat individuele vrijheid een belangrijke waarde is binnen onze maatschappij zou men kunnen stellen dat leefstijlgeneeskunde niet wenselijk is omdat zij betuttelend en paternalistisch zou kunnen zijn. Is dat een terecht verwijt?



Dat hangt van twee zaken af: enerzijds hoe je bemoeienis opvat en welke nadere invulling die krijgt, en anderzijds hoe je vrijheid opvat. Bemoeienis kan variëren van informeren en adviseren tot het uitoefenen van dwang. Nieuwe inzichten omtrent de effecten op gezondheid van voeding, consumptie en beweging kun je als informatie delen met burgers omwille van de bovengenoemde positieve effecten; schade beperken, gezondheid en welzijn bevorderen en ook kosten besparen. Op grond van deze informatie kan een persoon van keuze veranderen. We kunnen daarom stellen dat alleen informeren geen aantasting van vrijheid betekent. De patiënt of de burger kan immers zelf beslissen of hij of zij iets doet met deze kennis. Dat is in de geest van de WGBO: informeren om zelf te laten kiezen.

Tot zo ver is er zelfs voor de scepticus niets aan de hand. Maar leefstijlgeneeskunde gaat een stap verder. Omwille van de genoemde en moreel legitieme doelen van helpen schade te beperken, gezondheid en welzijn te bevorderen, te beschermen tegen onwettigheid van gezondheidsrisico's, is de inzet van de bemoeienis: mensen te overtuigen en hen aan te zetten tot ander gedrag. Dat kan zo ver gaan dat er dwang aan te pas komt, zoals in het geval van een rookverbod in publieke gebouwen of accijnsverhogingen op sigaretten. Is dat paternalisme? En is dat een verkeerde of zelfs verwerpelijke inmenging in het leven van burgers? Voor een antwoord op die vraag moeten we het vrijheidsbegrip achter dit verwijt nader bekijken.

### 20.2.1 Informatie beperkt

---

De vrijheidsopvatting die in onze samenleving dominant is geworden, stamt uit het gedachtegoed van de Britse filosoof John Steward Mill (1806–1873), en wordt gekarakteriseerd als 'negatieve vrijheid' (Berlin 1958; Roessler 2018, 33 e.v.). De typering 'negatief' wijst erop dat de afwezigheid van belemmeringen voor het doen en laten van mensen het voornaamste kenmerk is van deze visie op vrijheid. Ieder mens moet zelf kunnen bepalen hoe te handelen en hoe het eigen leven te leiden. De enige belemmering of begrenzing die volgens deze opvatting van vrijheid gewettigd is, is dat het handelen een ander niet mag schaden. Zo bezien is elke ongevroegde inmenging in het leven van de patiënt of burger, een aantasting van diens vrijheid en recht op zelfbeschikking. Tenzij het gaat om het begrenzen of verbieden van gedrag dat anderen schaadt, zoals roken in publieke gebouwen of onder invloed van alcohol deelnemen aan het verkeer. Dan zijn verboden gewettigd en mag de vrijheid ingeperkt worden, ook zonder instemming van betrokkenen.

De kritiek op paternalisme beperkt zich echter niet alleen tot het stellen van feitelijke grenzen aan vrijheid of het sturen met behulp van dwang (autogordel, valhelm, verbod om mobiele telefoon te gebruiken in het verkeer). Ook beïnvloeding met informatie wordt soms gezien als ongepaste bemoeienis, als aantasting van de vrije keuze van het individu. Negatieve vrijheid wordt dan verstaan als 'het recht om met rust gelaten te worden', het recht om zelfs niet 'lastig gevallen te worden' met informatie die je op andere gedachten zou kunnen brengen. In de discussie over de nieuwe orgaandonatiewet werd daar bijvoorbeeld, vanuit religieuze kringen, een beroep op gedaan, als 'het recht om niet te hoeven nadenken' en dus geen keuze te maken over orgaandonatie



(Stolk 2016). Het staat mensen natuurlijk altijd vrij om zich af te sluiten voor informatie of advies of dit naast zich neer te leggen, maar stellen dat ‘iemand aanspreken’ of ‘iemand op andere gedachten proberen te brengen’ vrijheid aantast en daarom dus achterwege gelaten moet worden, is uiterst problematisch. Van de begrippen vrijheid en kiezen blijft dan weinig tot niets meer over, en tevens veronachtzaamt men dan het fundamentele gegeven dat mensen altijd beïnvloed worden, ook door reclames.

### 20.2.2 Informatie verruimt

Een ander kenmerk van deze dominante opvatting is dat vrijheid zich in belangrijke mate als kiezen en denken voltrekt. Naast het idee van de ‘negatieve vrijheid’ van Mill, wordt de alom omarmde liberale overtuiging gevormd door het van de Duitse filosoof Immanuel Kant (1724–1804) stammende idee dat zelfbeschikking (autonomie) een rationeel proces is (Roessler 2018). Volgens deze opvatting bestaat het maken van een keuze vooral uit het verwerken van informatie (vgl. informed consent) en het afwegen van de verschillende alternatieven. Kiezen doe je met je verstand, luidt de diepgewortelde overtuiging. Als je kiezen zo opvat, als een voornamelijk rationeel proces, dan faciliteert informatie vrijheid in plaats van haar te belemmeren of te beperken, zoals hierboven beschreven. Meer informatie betekent dan de mogelijkheid om een betere afweging te maken, want de vrijheid voltrekt zich in het afwegingsproces, in de inhoud. Als je beter geïnformeerd bent over de risico's van ongezond eten en weinig bewegen, is de kans groter dat je er iets aan gaat veranderen dan wanneer je er helemaal geen weet van hebt. Je kiest dan zelf op basis van dit inzicht. Is er geen informatie en geen inzicht, dan is er ook geen besef dat er iets te kiezen valt, dat er misschien een noodzaak is om iets te veranderen. Hier ligt derhalve ook een belangrijke morele ‘imperatief’, dat wil zeggen: een dwingend gebod of een plicht voor artsen en andere zorgprofessionals: als je kennis bezit waar anderen hun voordeel mee kunnen doen en waar schade mee beperkt kan worden, dan geeft het geen pas die achter te houden. Dat is onethisch, immoreel.

Van belang in deze gedachtegang van Kant is dat het kiezen inderdaad gebeurt op basis van inzicht, en niet op aandrang van een autoriteit. Daarin zit het vrijheidsaspect: je wil het zelf, uit overtuiging. Daarmee is de vrees voor ongewenst paternalisme in de zin van ‘autoriteit als oneigenlijke invloed’ buitenspel gezet.

Concluderend kunnen we voorlopig zeggen dat zolang de ruimte voor eigen afweging gewaarborgd blijft, gezondheidsadviezen geen ongewenst paternalisme impliceren en geen afbreuk doen aan vrijheid. Het is echter van cruciaal belang na te gaan in hoeverre mensen in staat zijn om eigen afwegingen te maken, en dus of iedereen voldoende toegerust is om (op deze manier) te kiezen. Daarvoor moeten we nog een keer terug naar het idee dat kiezen voornamelijk een rationele activiteit is, denkwerk. Vooral in combinatie met de aanname dat ieder mens daar in gelijke mate toe in staat zou moeten zijn, roept dit ethische vragen op. Kunnen we er zomaar van uitgaan dat algemeen geldt dat ‘inzien’ gelijkstaat met ‘willen’ en ‘kunnen’? Of, om het anders te zeggen: geldt voor iedereen dat als je begrijpt dat te veel alcohol slecht is, je dan ook gemotiveerd bent om minder te drinken en dit ook feitelijk kunt? (zie ►H. 10).



### 20.3 Gezondheidsverschillen en gezondheidsvaardigheden

Als kiezen inderdaad enkel een rationeel proces zou zijn, en als de capaciteit van kunnen kiezen voor eenieder gelijk zou zijn, dan zou er geen enkel moreel probleem kleven aan leefstijlgeneeskunde. Dit is echter niet het geval, omdat verschillen in gezondheid en gezondheidsvaardigheden samengaan met verschillen in kunnen kiezen.

Verschillen in gezondheid en gezondheidsvaardigheden blijken in belangrijke mate gerelateerd aan de sociaal-economische status, en worden in sterke mate bepaald door opleiding, inkomen en achtergrond (Van den Muijsenbergh 2018). Een lage maatschappelijke positie gaat vaak samen met een combinatie van voor de gezondheid ongunstige omstandigheden, zoals slechtere woon- en arbeidsomstandigheden, werkloosheid, financiële problemen, chronische stress en gebrek aan zelfvertrouwen. Vaak is er sprake van een combinatie van ziektes die elkaar versterken en die verslechteren door de omstandigheden.

Dit soort statusverschillen laat zich niet alleen verklaren met een beroep op vrijheid en rationele keuze. Mensen kiezen niet om in een achterstandswijk te wonen of van een bijstandsuitkering te leven. Beschouwt men dit toch als rationeel ingegeven keuzegedrag – en dat is niet ongebruikelijk bij deze problematiek – dan wordt het probleem gereduceerd tot een mentaliteitsprobleem van gebrek aan goede wil en volgt onherroepelijk een moreel veroordeling: ‘eigen schuld, dikke bult’.

Deze afkeuring blijft niet beperkt tot onbegrip voor het individu en de worsteling met zijn situatie. Immers, zo is de redenatie, met deze ‘keuzes’ wordt er schade aangericht aan derden; door de verwaarlozing van de eigen gezondheid. wordt onevenredig en onnodig aanspraak gemaakt op zorg en andere collectieve middelen.

Vanuit de gangbare visie wordt ongezond gedrag bij kwetsbare groepen vaak gezien als gebrek aan discipline, als aan te rekenen nalatigheid of onverschilligheid, en dus als moreel laakbaar. Bij succesvolle groepen daarentegen heet soortgelijk gedrag in ditzelfde perspectief weloverwogen en legitiem, eigen verantwoordelijkheid en privé. Met andere woorden: dezelfde criteria sluiten bij de ene groep aan bij het pleidooi voor vrijheid en tolerantie en monden bij de andere uit in een aanmaning tot verantwoordelijkheid en discipline. Dat zien we ook, maar dan precies andersom, bij leefstijlgerelateerd gedrag als hard werken en weinig slapen dat tot burn-out leidt. Hoewel ook dit een gezondheidsprobleem is met grote maatschappelijke en economische impact, wordt dit eerder met begrip en respect besproken dan in bewoordingen van morele afkeuring, zoals bij te veel eten, drinken, roken en te weinig bewegen het geval is.

Oordelen over leefstijl en gezondheid zijn dus vaak moreel van aard en gekleurd door sociaal-economische status (Van de Laar en Debets 2019). Ook dat is een ethisch aspect waarvoor aandacht moet zijn in leefstijlgeneeskunde. Willen we dergelijke verschillen in morele oordelen voorkomen, dan zullen we op een andere manier moeten kijken naar wat het betekent om te (kunnen) kiezen.

Het WRR-rapport ‘Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid’ (WRR 2017) geeft een mooie aanzet om keuzegedrag binnen de gezondheidszorg anders te begrijpen. Het rapport is geschreven omdat in onze ‘participatiemaatschappij’ steeds meer van burgers verwacht wordt dat ze kiezen en regie voeren over hun leven,





### 20.3 · Gezondheidsverschillen en gezondheidsvaardigheden

terwijl de overheid in haar beleidsvorming werkt met achterhaalde (wetenschappelijke) opvattingen over kiezen. Daardoor slaagt de overheid er niet of onvoldoende in om de burger op een goede manier te ondersteunen bij het maken van keuzes. En dat terwijl het aantal keuzes alsmaar toeneemt en ook de complexiteit ervan. Dat leidt tot keuzestress en maakt dat men zich overvraagd voelt, niet alleen lager opgeleiden. Zodoende is goede ondersteuning geen overbodige luxe. Maar dan moeten we wel begrijpen hoe en waarom mensen keuzes maken.

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) beroept zich voor haar kritiek op recente inzichten uit de gedragswetenschappen. Het denkvermogen dat informatie verzamelt en weegt blijkt maar de helft van de zaak. Aanvullend daarop spreekt de WRR van 'doenvermogen' (WRR 2017, 23, 24.). Dit kan vertaald worden als karakter of persoonlijkheid, en valt te onderscheiden in 'temperament', 'vermogen tot zelfcontrole' en 'overtuigingen'. De activiteiten die daarbij horen, zoals 'een plan maken', 'in actie komen', 'met tegenslag omgaan' en 'volhouden', typeren psychologen als 'niet-cognitieve mentale vaardigheden'. Naast het kunnen verwerken van informatie zijn dit stuk voor stuk vaardigheden die nodig zijn om gemaakte keuzes daadwerkelijk ten uitvoer te kunnen brengen. Vooral het vermogen tot zelfcontrole zal een belangrijke factor zijn in de leefstijlgeneeskunde, als het er op aan komt de ingezette veranderingen ook vol te houden.

Belangrijk in deze benadering van de WRR is – want het illustreert de verandering in denken – dat men met begrippen als 'vermogen tot zelfcontrole' allereerst inzet op begrijpen van handelen en gedrag: 'wat maakt dat iemand veel of weinig zelfbeheersing heeft of al dan niet in staat is een gezondere leefstijl vast te houden?' Zoals we zagen in ►H. 1 kan dit te maken hebben met aangeboren, aangedane en aangeleerde factoren.

Dit zoeken naar inzicht in de manier waarop mensen kiezen en handelen en het begrip voor eventueel onvermogen, is niet alleen wetenschappelijk een deugdelijkere aanpak, maar markeert ook meteen een belangrijk ethisch verschil ten opzichte van de gangbare manier van kijken. Als het begrijpen van informatie, zoals daarin verondersteld wordt, vanzelfsprekend leidt tot het duurzaam kunnen kiezen voor een andere leefstijl, dan is het een kwestie van verdienste als dit lukt of van onwil als het niet lukt. Morele categorieën als 'goede wil' en 'volharding' fungeren dan als verklaring. En daarmee zijn we weer bij het mentaliteitsprobleem als typering van leefstijlgebonden gezondheidsklachten en de diskwalificatie of morele afkeuring van degenen die ermee worstelen. Een oordeel over het gedrag van mensen dat op deze wijze tot stand komt, dat wil zeggen dat niet voortkomt uit een streven naar inzicht en begrip in complicerende factoren als context en fysiologie, is onzorgvuldig en daarmee ethisch problematisch.

Met deze aanvullingen en onderscheidingen ontstaat dus een complexer beeld van wat het maken van een keuze behelst. Het verschaft een realistischer inzicht in wat keuzes moeilijk kan maken, en tempert daarmee de drang tot onzorgvuldig oordelen. Dat biedt bruikbare argumenten om te verantwoorden dat de ondersteuning en zorg die leefstijlgeneeskunde beoogt redelijk of zelfs geboden is, en niet per definitie ongeoorloofde bemoeienis is. Als mensen overvraagd worden of als keuzes maken anderszins moeilijk is, komt er van vrijheid niet veel terecht. Wat mensen spontaan doen, is immers niet hetzelfde als vrij kiezen (Roessler 2018). Hen tegemoetkomen en toerusten





met gezondheids- en keuzevaardigheden kan vrijheid zodoende juist bevorderen en vergroten. Dan kan men op goede gronden iets beslissen en zich er uit overtuiging aan committeren. En voor de meeste mensen valt onder die 'goede gronden' nu eenmaal eerder het verlangen naar een beter leven dan conclusies uit pathofysiologisch inzicht. Je uit overtuiging inzetten voor een fitter en gezonder leven is een uiting van vrijheid.

Dat is een andere en ambitieuzere vrijheidsopvatting dan die gebaseerd op negatieve vrijheid en rationaliteit, maar het is dezelfde als die we in de WGBO hanteren. De morele legitimatie van die ambitieuzere invulling van vrijheid waar leefstijlgeneeskunde op koerst, wordt ingegeven door de ernst van de zaak: het voorkomen van onnodige gezondheidsschade, het bevorderen van welzijn, en de plicht om verstandig om te gaan met collectieve middelen. De ernst van de zaak legitimeert het aandringen op serieus kennismaken van gezondheids- en leefstijladvies en het aandringen op overwegen van geboden zorg. Evenals in de WGBO fungeert vrijheid dan als 'mogelijkheid om op een zinvol voorstel in te gaan' maar tevens als 'recht om dat niet te doen'. Wel is waakzaamheid geboden, gezien de hoge verwachtingen van het enthousiasme over leefstijlgeneeskunde, om mensen die ruimte te laten of misschien beter nog, om in de toerusting met gezondheids- en keuzevaardigheden hun ook te leren die ruimte te nemen. Immers ook voor leefstijlgeneeskunde geldt: goede zorg begint bij wederzijdse afstemming en met inpassing van hetgeen geboden is in het leven van degene die het moet ondergaan.

## Literatuur

Centraal Bureau voor de Statistiek (2017). *Enquête sociale samenhang en welzijn*.

Isaiah, B. (1958). *Two concepts of liberty*.

Manifest voor Leefstijlgeneeskunde (2018). *Leefstijlgeneeskunde: nodig voor fundamentele omslag in de gezondheidszorg(kosten)*.

Ministerie van VWS (2018). *Nationaal Preventieakkoord. Naar een gezonder Nederland*. Den Haag: VWS.

Pot, G. K., Battjes-Fries, M. C. E., Patijn, O. N., Pijl, H., Witkamp, R. F., De Visser, M., et al. (2019). Nutrition and lifestyle intervention in type 2 diabetes: Pilot study in the Netherlands showing improved glucose control and reduction in glucose lowering medication. *BMJ Nutrition, Prevention & Health*, 2: 43-50. ► <https://doi.org/10.1136/bmjnph-2018-000012>.

Roessler, B. (2018). *Autonomie. Een essay over het vervulde leven*. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Stolk, M. (2016). We hebben het recht om niet te hoeven nadenken. *Reformatorisch Dagblad*, 17-11-2016, ► <https://www.rd.nl/kerk-religie/we-hebben-het-recht-om-niet-te-hoeven-nadenken-1.1352040> (geraadpleegd 12 september 2019).

Van de Laar, E., & Debets, N. (2019). Gezondheidsadvies en het goede leven. Spelregels voor leefstijlgeneeskunde. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 29(4).

Van den Muijsenbergh, M. (2018). *Vershil moet er zijn, inaugurele rede*. Nijmegen: Radboud Universiteit.

Van Ommen, B., Wopereis, S., Van Empelen, P., Van Keulen, H. M., Otten, W., Kasteleyn, M., et al. (2018). From diabetes care to diabetes cure – The integration of systems biology, ehealth, and behavioral change. *Frontiers in Endocrinology*, 8, 381. ► <https://doi.org/10.3389/fendo.2017.00381>.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2017). *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. Wet op de Geneeskundige Behandeloovereenkomst, Burgerlijk Wetboek, Boek 7. ► <https://www.rd.nl/kerk-religie/we-hebben-het-recht-om-niet-te-hoeven-nadenken-1.1352040>.

AQ1

AQ2



## Author Query Form

Book ID: **464516\_1\_NI**  
Chapter No: **20**



Please ensure you fill out your response to the queries raised below and return this form along with your corrections.

Dear Author,

During the process of typesetting your chapter, the following queries have arisen. Please check your typeset proof carefully against the queries listed below and mark the necessary changes either directly on the proof/online grid or in the 'Author's response' area provided

Query Refs.	Details Required	Author's Response
AQ1	Please provide the complete details for the references CBS (2017); Isaiah (1958); Manifest voor Leefstijlgeneskunde (2018); Ministerie van VWS (2018); Roessler (2018).	
AQ2	Please provide the page number for the reference Laar and Debets (2019).	

UNCORRECTED