

## Noten

- <sup>1</sup> Dit is een bewerking van Van der Zee, B. and De Beaufort, I. Preconception Care: A Parenting Protocol - A Moral Inquiry into the Responsibilities of Future Parents Towards Their Future Children. *Bioethics*, 25 (8), pp. 451-457, 2011.
- <sup>2</sup> Zie voor het NVOG modelprotocol: [www.nvog.nl](http://www.nvog.nl).
- <sup>3</sup> Zie voor dit debat bijvoorbeeld Savulescu, Hayry, Harris en Glover.

## Literatuur

- Disilvestro R. (2009) Reproductive Autonomy, the Non-Identity Problem, and the Non-Person Problem. *Bioethics*; 23, pp. 59-67.
- Parfit. D. (1987) *Reasons and Persons*. Oxford: University Press
- Purdy L.M. (1996) Loving Future People. In: *Reproducing Persons. Issues in Feminist Bioethics*. Purdy L.M. Ithaca and London: Cornell University Press, pp. 50-74: 58.

## Thema Hora est! Promotieonderzoek in de bio-ethiek

### Normatieve arbeidsdeling in de infectieziektebestrijding

André Krom

**Mag een persoon die mogelijk besmet is met de Mexicaanse griep in gedwongen quarantaine worden geplaatst? Het antwoord hangt mogelijk af van de normatieve theorie die we als uitgangspunt nemen. Maar betekent dit dat zorgprofessionals naast infectieziekten bestrijden ook concurrerende theorieën moeten bediscussiëren? Of kunnen zij bij het rechtvaardigen van hun professionele handelen uitgaan van overwegingen die uiteenlopende theorieën kunnen onderschrijven? In deze bijdrage pleit ik voor het laatste, door een normatieve arbeidsdeling voor te stellen tussen ethici en infectieziektebestrijders.**

#### Vrijheid beperken om de volksgezondheid te beschermen

Infectieziekten kunnen een grote impact hebben op de volksgezondheid en het openbare leven. Wie besmettelijk is kan een ziekte vaak aan meerdere anderen overdragen; ook ernstige ziekten. Om de volksgezondheid te beschermen kan het nodig zijn om de vrijheid van burgers te beperken. De *Wet publieke gezondheid* (Wpg) staat dat onder voorwaarden ook toe. Op 1 mei 2009, een dag na het eerste ziektegeval in Nederland, werd de Mexicaanse griep ingedeeld in de hoogste categorie; groep A. Daarvoor staat de Wpg ingrijpende maatregelen toe, zoals een tijdelijk werkverbod; isolatie en onderzoek van besmettelijke personen; en quarantaine van mensen die *mogelijk* besmettelijk zijn.

#### Risico als mogelijke "schade aan anderen"

Wanneer is vrijheidsbeperking moreel aanvaardbaar volgens het Nederlandse beleid? Allereerst moet het "risico" van verspreiding van een infectieziekte groot genoeg zijn. Hoe groot dat risico is, hangt af van hoe ernstig de verwachte (gezondheids)schade is, en hoe waarschijnlijk deze schade op zal treden. Is het risico groot, dan is er grond voor vrijheidsbeperking. Dit is gebaseerd op het "schadebeginsel"; het principe dat de overheid burgers desnoods mag dwingen om te voorkomen dat zij anderen schaden.

Toen de Mexicaanse griep in de hoogste ziektegroep werd geplaatst, was de precieze grootte van het risico

van de ziekte nog onduidelijk. Buiten Nederland nam het aantal sterfgevallen snel toe (de mogelijke schade was dus groot), maar onduidelijk was hoe waarschijnlijk die schade op zou treden (er waren wel aanwijzingen dat vooral zwangeren en obese mensen eraan konden overlijden). Reden genoeg om het zekere voor het onzekere te nemen.

Dat de Mexicaanse griep in groep A is opgenomen, betekent voornamelijk alleen dat *in het uiterste geval* tot vrijheidsbeperking mag worden overgegaan. Om moreel gerechtvaardigd te zijn moet een vrijheidsbeperkende maatregel verder voldoen aan de voorwaarden van effectiviteit, subsidiariteit en proportionaliteit. De maatregel moet het risico van verspreiding van een infectieziekte naar verwachting effectief beperken, er mag geen minder ingrijpende maatregel zijn om dat doel te bereiken, en het middel (de maatregel) moet ook in de juiste verhouding staan tot het doel (risico beperken) Gezondheidsraad (1996).

#### Bruggen bouwen

Deze overwegingen kunnen in de toegepaste ethiek in meerdere opzichten als brug fungeren. Bijvoorbeeld tussen *professies*, doordat ze een gemeenschappelijk vocabulaire bieden voor o.a. beleidsmakers, ethici en infectieziektebestrijders. Maar ook tussen *theorieën*. Uiteenlopende normatieve theorieën onderschrijven dezelfde versie van het schadebeginsel,<sup>1</sup> evenals de

aanvullende voorwaarden van effectiviteit, subsidiariteit en proportionaliteit; of de theorie nu de bescherming van het individu vooropstelt (bijv. libertarisme) of het realiseren van collectieve doelen zoals volksgezondheid (bijv. communitarisme) Krom (2011).

Dat roept de vraag op: kunnen infectieziektebestrijders bij de rechtvaardiging van hun professionele handelen een beroep doen op het schadebeginsel en de voorwaarden van effectiviteit, subsidiariteit en proportionaliteit, zonder zich druk te hoeven maken om onderliggende theoretische kwesties? Anders gezegd, kan het schadebeginsel als “mid-level” principe worden beschouwd in de infectieziektebestrijding?

### **Probleem: wat is proportioneel?**

Eén reden om te denken dat infectieziektebestrijders zich *wel* druk moeten maken om onderliggende theoretische kwesties, is dat normatieve theorieën anders kunnen oordelen over de vraag of vrijheidsbeperking proportioneel is. Een libertarist zal individuele vrijheid bijvoorbeeld zwaarder wegen dan een communitarist en zal vrijheidsbeperking minder snel aanvaardbaar achten. Zo zou de één kunnen concluderen dat gedwongen quarantaine in de juiste verhouding staat tot het doel en de ander dat dit disproportioneel is. Moeten we de discussie dan niet verleggen naar wat de beste normatieve theorie is?

### **Vaarwel mid-level schadebeginsel?**

Sterker, is het idee van een mid-level schadebeginsel in de infectieziektebestrijding dan geen *illusie*? Ik denk van niet. Allereerst is de keuze van een normatieve theorie minstens zo omstreden als de vraag wat we in een concreet geval moeten doen. Vooralsnog verschillen ethici fundamenteel van mening over wat de juiste normatieve theorie is. En ik zie niet hoe de ene onzekerheid (welke normatieve theorie de juiste is) de andere zou kunnen wegnemen (wat we in een concreet geval moeten doen).

Verder is de potentie voor divergentie tussen theorieën wellicht minder groot dan voorgesteld. Bij extreme voorbeelden, als het risico van een infectieziekte zeer groot is, valt te verwachten dat normatieve theorieën – inclusief libertarisme – zullen convergeren op de aanvaardbaarheid (en proportionaliteit) van specifieke vrijheidsbeperkingen. Ook bij minder extreme voorbeelden convergeren theorieën – inclusief communitarisme – wellicht op de (on)toelaatbaarheid van specifieke vrijheidsbeperkingen, bijvoorbeeld omdat de te verwachten schade daarvoor te klein is, of de onzekerheid over het optreden van de schade te groot.

Laten we echter omwille van de argumentatie aannemen dat er een grote potentie is tot divergentie tussen normatieve theorieën wat betreft (o.a.) concrete morele oordelen. Voordat ik de contouren schets van een manier om daar normatief-theoretisch verantwoord mee om te gaan, wil ik benadrukken dat uiteenlopende theorieën niet *noodzakelijk* uiteenlopende praktische implicaties hebben. Fundamentele uitgangspunten van normatieve theorieën moeten altijd nader gespecificeerd worden. Dat kan op verschillende manieren. En ik zie geen enkele reden om daarbij niet op zijn minst te *streven* naar het vinden van convergentiepunten.

### **Contouren van een alternatief**

Zolang ethici niet onomstotelijk kunnen aantonen waarom de ene meta-ethische theorie de voorkeur heeft boven de andere, en waarom de ene normatieve theorie superieur is ten opzichte van alle alternatieven, is er geen overtuigende reden waarom bijvoorbeeld infectieziektebestrijders een beroep moeten doen op specifieke theorieën bij de morele rechtvaardiging van hun professionele handelen.

Dat betekent niet dat meta-ethische en normatieve theorieën overbodig zijn. Integendeel! Er is veel voor te zeggen om naar manieren te zoeken om concrete besluitvorming in morele praktijken te verbinden met het theoretische werk van (o.a.) ethici en filosofen. Zo kunnen besluiten mogelijk van een sterkere rechtvaardiging worden voorzien, omdat ze niet alleen berusten op professionele consensus, maar ook normatief-theoretisch kunnen worden onderbouwd. Eén manier om concrete besluitvorming en theorieën te verbinden, is met behulp van een mid-level benadering, waarbij convergentie wordt gezocht tussen *alle* kandidaat-theorieën. Dat houdt de mogelijkheid open dat *elk* van de concurrerende theorieën de juiste kan zijn, totdat onomstotelijk is aangetoond dat de ene theorie de voorkeur verdient boven de andere.

Waar de convergentie tussen theorieën ophoudt – ik laat in het midden of dat geldt voor concrete oordelen over de vraag of een persoon die mogelijk de Mexicaanse griep heeft in gedwongen quarantaine mag worden geplaatst – verdient het om *theoretische* redenen de voorkeur om niet alsnog een beroep te doen op een specifieke normatieve theorie met inhoudelijke criteria voor de beantwoording van de praktische vraag wat te doen (*elke* theorie kan immers vooralsnog de juiste zijn).

In plaats daarvan kan voor een normatieve arbeidsdeling tussen ethici en infectieziektebestrijders worden gekozen. De taak van *ethici* is daarbij om vooraf te spe-

cificeren in hoeverre (o.a.) normatieve theorieën kunnen convergeren op overwegingen zoals het schadebeginsel, maar ook op concrete morele oordelen. Zo wordt een “handelingsruimte” afgebakend van handelingen die normatief-theoretisch aanvaardbaar zijn. *Infectieziektebestrijders* krijgen vervolgens professionele discretie om morele beslissingen te nemen. Beslissingen over opties binnen de afgebakende handelingsruimte zijn dan relatief oncontroverseel (hoewel, mogelijk niet in de praktijk). Maar handelingen waar normatieve theorieën *niet* op convergeren, zijn per definitie controverseel; normatief-theoretisch, en vermoedelijk ook in de praktijk.

Hier biedt democratische besluitvorming uitkomst, waarbij anderen *overtuigd* moeten worden, zonder een beroep te doen op specifieke normatieve theorieën (in elk geval zolang deze zelf minstens zo controverseel zijn als de te nemen beslissing). Maar of de voorgenomen beslissing nu binnen of buiten de afgebakende ruimte van normatief-theoretisch aanvaardbare handelingen valt, infectieziektebestrijders kunnen in *beide* gevallen een beroep doen op een mid-level schadebeginsel, aangevuld met overwegingen van effectiviteit, subsidiariteit en proportionaliteit, *zonder* op onderliggende theoretische kwesties in te hoeven gaan. Daarop convergeren uiteenlopende theorieën immers.

### Conclusie

Mijn voorstel voor een omvattende mid-level benadering, aangevuld met een normatieve arbeidsdeling tussen ethici en infectieziektebestrijders sluit goed aan bij de huidige praktijk. Infectieziektebestrijders hebben namelijk wettelijk al min of meer de professionele discretie waar ik voor pleit.<sup>2</sup> Onduidelijk is nog in hoeverre normatieve theorieën convergeren op de aanvaard-

baarheid van specifieke interventies in specifieke situaties. Toegevoegde waarde van mijn voorstel is dat het concrete besluitvorming in morele praktijken zoals infectieziektebestrijding expliciet verbindt met theoretisch werk in de ethiek. Als besluiten over bijvoorbeeld gedwongen quarantaine van personen die mogelijk besmet zijn met de Mexicaanse griep niet alleen berusten op consensus binnen een professionele praktijk, maar via een mid-level benadering ook normatief-theoretisch kunnen worden onderbouwd, dan hebben zij een steviger basis.

*Drs. André Krom is werkzaam bij het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht. Hij doet promotieonderzoek naar de mogelijkheid om vrijheidsbeperkende maatregelen bij infectieziektebestrijding te rechtvaardigen op basis van een mid-level schadebeginsel.*

### Noten

- <sup>1</sup> Namelijk: ‘Het is gerechtvaardigd om de vrijheid van persoon A te beperken om te voorkomen dat A schade aan B veroorzaakt’.
- <sup>2</sup> Strikt genomen is de burgemeester verantwoordelijk voor vrijheidsbeperkingen, maar deze zal medische adviezen van infectieziektebestrijders zwaar laten meewegen.

### Literatuur

- Gezondheidsraad: Commissie Ethische en juridische aspecten van TBC-bestrijding (1996). *Dwang en drang in de tuberculosebestrijding*. Den Haag: Gezondheidsraad, publicatienr. 1996/07.
- Krom, A. (2011). The harm principle as a mid-level principle? Three problems from the context of infectious disease control. *Bioethics*, 25 (8), pp. 437-444.