

Hoe ver gaat zelfbeschikking in de wensgeneeskunde?

De (bio)medische wetenschap en technologie stellen ons in toenemende mate in staat om controle uit te oefenen over onze lichamelijke en geestelijke gezondheid en om actief vorm te geven aan onszelf en aan onze (toekomstige) kinderen. Hierbij gaat het steeds vaker niet uitsluitend om het genezen van ziekten of aandoeningen of het verhelpen van afwijkingen of handicaps, maar om het verbeteren van het functioneren van normaal gezonde personen, het verfraaien van het uiterlijk, ook als dat niet zeer afwijkend of abnormaal is, of het vervullen van wensen die niet veel met ziekte of gezondheid van doen hebben. Er lijkt een langzame maar zekere uitbreiding van het domein van de geneeskunde plaats te vinden: van genezen van ziekte naar verbeteren van normaal functioneren.¹ Deze trend is al geruime tijd zichtbaar, en wordt steeds duidelijker: medische kennis, middelen en vaardigheden worden in toenemende mate ook aangeboden en ingezet om interventies te doen die volgens traditionele omschrijvingen niet strikt 'medisch' van aard zijn. Deze ontwikkeling valt met verschillende termen te karakteriseren: het gaat om de opkomst van transformerende geneeskunde, verbetergeneeskunde, mensverbetering of wensgeneeskunde. Deze ontwikkeling roept ten aanzien van autonomie en zelfbeschikking van patiënten de vraag op hoe ver het 'baas over eigen lichaam' gaat, wanneer het niet draait om de gezondheid maar om de wensen en verlangens van de patiënt.

In deze bijdrage zal ik achtereenvolgens een schets geven van de ontwikkelingen in de geneeskunde en daar-

bij focussen op de wensgeneeskunde. Vervolgens zal ik een aantal aspecten bespreken die relevant zijn voor het beantwoorden van de vraag: hoe ver reikt het zelfbeschikingsrecht van mensen wanneer het gaat om wensgeneeskundige ingrepen? Ik zal daarbij zowel gebruik maken van ethische theorievorming rond autonomie als van resultaten van empirisch onderzoek naar de morele opvattingen van artsen en patiënten. Tenslotte zal ik een antwoord op de vraag formuleren.

ONTWIKKELINGEN IN DE GENEESKUNDE

De ontwikkeling waar ik hierboven op doelde, is al geruime tijd gaande maar wordt in toenemende mate zichtbaar en invloedrijk. Al in 1998 werd hiervoor de term ‘*transformerende geneeskunde*’ gemunt in het leerboek *Medische ethiek*.² Transformerende geneeskunde is – de naam zegt het al – geneeskunde die de mens ‘transformeert’. Het gaat om ‘geneeskunde die de normale vorm en functie van het lichaam, alsook het normale gedrag van mensen verandert’.³ Transformerende geneeskunde wijkt dus af van de traditionele doelen van de geneeskunde zoals ziekte genezen, lijden verlichten of gezondheid bevorderen. Onder transformerende geneeskunde valt bijvoorbeeld het aanpassen van het lichamelijk functioneren aan bepaalde wensen zoals bij anticonceptie, waar de wens om niet zwanger te worden aanleiding is om in het lichaam in te grijpen. Ook veranderingen die vooral gericht zijn op verbetering vallen hieronder, bijvoorbeeld cosmetische chirurgie. Het gaat hier dus om in beginsel gezonde mensen zonder specifieke medische symptomen of klachten die de geneeskundige mogelijkheden willen benutten om iets aan zichzelf te veranderen of verbeteren. Het gaat dus strikt genomen niet om patiënten maar veeleer om cliënten.

Voor medische ingrepen gericht op het verbeteren van (aspecten van) mensen of het menselijk functioneren wordt sinds een tiental jaren ook wel de term ‘mensverbe-

tering' gebruikt (of *human enhancement* in de internationale discussie), gekoppeld aan het begrip '*verbetergeneeskunde*'.⁴ Er zijn verschillende definities van mensverbetering in omloop. Sommige auteurs gebruiken het begrip voor alle manieren waarop wij mensen onszelf psychisch en fysiek kunnen verbeteren, bijvoorbeeld door scholing, door gebruik van hulpmiddelen als de leesbril of door middel van geneesmiddelen of vaccinatie.⁵ Voor anderen staat mensverbetering juist tegenover 'natuurlijke' manieren van zelfverbetering, en ligt de nadruk op de nieuwe, specifieke biomedische methoden waarmee nu getracht wordt de mens of het menselijk functioneren te verbeteren. Ook de invloedrijke filosoof Allen Buchanan benadrukt in recent werk de biomedische aard van de huidige vormen van mensverbetering en spreekt consequent van '*biomedical enhancement*'.⁶ In beide interpretaties wordt het verschil tussen genezen en verbeteren als tamelijk irrelevant terzijde geschoven.

Door andere auteurs wordt mensverbetering juist wel scherp onderscheiden van medische behandelingen die gericht zijn op genezing en preventie. Mensverbetering zou verder gaan, daar waar genezen en herstellen ophouden. Deze opvatting van mensverbetering vinden we bijvoorbeeld bij Juengst, die sterk de nadruk legt op het verschil tussen genezen en verbeteren en mensverbetering definieert als 'beyond what it takes to restore and sustain good health'.⁷ Tenslotte is recenter ook het begrip '*wensgeneeskunde*' in zwang geraakt om vergelijkbare ontwikkelingen aan te duiden. Bij wensgeneeskunde gaat het om 'doctors and other health professionals using medical means (medical technology, drugs, and so on) in a medical setting to fulfill the explicitly stated, prima facie non-medical wish of a patient'.⁸ De term wensgeneeskunde benadrukt dat het hier veelal de persoonlijke wensen van de patiënt (of cliënt) zijn die het uitgangspunt vormen. Niet de medische indicatie, maar de persoonlijke behoeften, verlangens of wensen staan centraal. Het meest duidelijk is dit te zien

in de esthetische chirurgie, waar de wens of keuze van de cliënt om met het eigen lichaam te doen wat hij of zij mooi vindt, leidend is.

Wensgeneeskunde bestaat ook in de Nederlandse medische praktijk. In een kwalitatief onderzoek onder huisartsen en plastisch chirurgen dat wij in 2012 uitvoerden, konden alle deelnemers zich gevallen voor de geest halen waarbij zij, zonder dat dit medisch noodzakelijk was, en soms ook tegen hun eigen oordeel in, meedingen in de wens van een patiënt/cliënt.⁹ In de internationale literatuur worden ook verschillende voorbeelden genoemd: de keizersnede op verzoek,¹⁰ jongensbesnijdenis en het gebruik van zogenaamde cognitieverbeteraars zoals modafinil. De concrete voorbeelden uit de Nederlandse praktijk zijn wat alledaagser: het gaat om het voorschrijven van β -blokkers bij rijexamens of voor musici, om een extra diagnostisch testje waar de arts eigenlijk geen noodzaak toe ziet, of om cosmetische ingrepen als huidblekende crème, een borstvergroting of een ooglidcorrectie.

De term wensgeneeskunde geeft aan dat de wens van de cliënt het uitgangspunt vormt. Maar betekent dit ook dat de arts de wensen van een cliënt altijd moet volgen? In de geneeskunde erkennen we het recht op zelfbeschikking van patiënten en hebben we geleerd respect te hebben voor de autonomie van de patiënt. Maar hoe zit dat in de wensgeneeskunde? Moet de arts de wensen van patiënten/cliënten altijd respecteren of mag (moet?) hij bepaalde ingrepen of interventies soms ook weigeren?

AUTONOMIE ALS SCHILDRECHT EN CLAIM-RECHT

Om deze vraag te beantwoorden, is het om te beginnen zinvol om onderscheid te maken tussen verschillende betekenissen die het begrip autonomie kan hebben. In een eerste betekenis is autonomie synoniem met zelfbeschik-

kingsrecht.¹¹ Deze interpretatie van autonomie is terug te voeren op het werk van John Stuart Mill, die stelde dat eenieder het recht heeft om zelf te beslissen over de zaken die hem aangaan, zolang hij anderen daarbij niet onevenredig schaadt of beperkt in hun recht op zelfbeschikking. Het zelfbeschikkingsrecht is vooral een negatief recht of schildrecht, wat wil zeggen dat het mensen beschermt tegen ongewenste bemoeienis van buitenaf. Het is een ‘recht om met rust te worden gelaten’, gebaseerd op de gedachte dat mensen uiteindelijk zelf de baas zijn – soeverein zijn – over hun eigen leven. Dat betekent een recht om volgens eigen keuzes te leven, ook als anderen van mening zijn dat het onverstandige, verwerpelijke of vreemde keuzes zijn. Een consequentie van deze interpretatie van autonomie is dat iedereen ook het recht heeft om zijn eigen fouten en vergissingen te maken – een leven waarin we door anderen voortdurend behoed zouden worden voor verkeerde beslissingen zou ook nauwelijks nog echt ons eigen leven zijn. Een tweede consequentie is dat mensen ook zelf de verantwoordelijkheid moeten dragen voor de gevolgen van hun eigen keuzes en beslissingen.

In de gezondheidszorg betekent deze opvatting van autonomie dat patiënten het (morele en juridische) recht hebben om een behandeling of onderzoek te weigeren. Een arts mag alleen met (geïnformeerde) toestemming van de patiënt een behandeling uitvoeren. Bij wensgeneeskunde gaat het echter niet zozeer om het recht van de patiënt om een voorgestelde behandeling te weigeren, als wel om de vraag of de patiënt/cliënt een behandeling mag ‘opeisen’. Houdt respect voor het zelfbeschikkingsrecht van mensen in dat aan al hun wensen tegemoet moet worden gekomen en dat mensen recht hebben op hulp of steun bij het uitvoeren van hun wensen en verlangens? Betekent het dat een arts aan de wensen van de patiënt moet voldoen: ‘U vraagt, wij draaien’?

Uit deze retorische vragen blijkt al het antwoord. Nee, het zelfbeschikkingrecht kan niet worden opgevat als een

claimrecht. Het is niet een recht om van anderen te eisen, af te dwingen dat ze hulp of steun bieden bij het verwezenlijken van onze wensen. Een arts houdt dan ook altijd een eigen verantwoordelijkheid voor zijn eigen handelen en hoeft zich niet op te stellen als een verlengstuk of instrument in dienst van de patiënt. Een arts heeft bovendien een eigen professionele verantwoordelijkheid voor zijn handelen, die juridisch is vastgelegd in de vereiste dat hij zich gedraagt als een ‘goed hulpverlener’ en handelt volgens de professionele standaarden van zijn vak (Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, WGBO). Hij mag dus geen handelingen verrichten die tegen die professionele standaarden ingaan, louter en alleen omdat de patiënt dat wil.

Het onderscheid tussen schildrecht en claimrecht geeft aan dat het zelfbeschikkingsrecht van de cliënt nooit in zichzelf voldoende grond kan zijn voor de arts om een wensgeneeskunde-interventie te plegen. Het loutere feit dat een cliënt graag een keizersnede wil, om een cosmetische ingreep verzoekt of medicatie (bijvoorbeeld anabolen of epo) vraagt om zijn sportprestaties op te vijzelen, is voor een arts nooit voldoende grond om hierin mee te gaan. De arts heeft zich ook te houden aan vereisten van weldoen en niet-schaden; hij moet zelf de afweging maken of zijn handelen in het belang van de patiënt is en voldoet aan de professionele standaarden voor goed medisch handelen.

PROFESSIONELE VERANTWOORDELIJKHEID: WELDOEN EN NIET-SCHADEN

Niet schaden – *primum non nocere* – is altijd het eerste gebod van de geneeskundige beroepsethiek geweest. Wanneer wensgeneeskundige ingrepen schadelijk zijn voor een patiënt/cliënt, is dat een reden om ze niet uit te voeren. Toch is niet altijd duidelijk wat ‘schaden’ precies inhoudt. Een cosmetisch-chirurgische ingreep staat volgens som-

migen gelijk aan ‘snijden in een gezond lichaam’ en is daarom verwerpelijk. Aan de andere kant kunnen mensen ook echt lijden onder een afwijkend uiterlijk en kunnen de baten van een operatie dan opwegen tegen de risico’s. Het gaat dus meer om proportionaliteit: staan de voordelen en baten van een handeling wel in verhouding tot de risico’s, bijwerkingen en nadelen?

In het geval van wensgeneeskunde zullen de baten van een interventie veelal niet op het medische vlak liggen, maar eerder gerelateerd zijn aan levensgeluk of zelfverwerkelijking. Het principe van weldoen wordt dan niet ingevuld in termen van gezondheidsherstel of -bevordering, maar in termen van welzijn en geluk. Dat kan voor een arts lastig zijn, aangezien hier de vraag zich opdringt wie eigenlijk autoriteit heeft waar het gaat om het geluk of welzijn van mensen. Heeft een arts de benodigde bagage (kennis, vaardigheden) om dat te beoordelen? Of moeten we dat oordeel aan de cliënt zelf overlaten?

Uit het gegeven dat het bij wensgeneeskunde meer om welzijn dan om gezondheid gaat volgt tenslotte de vraag: hoort wensgeneeskundig handelen überhaupt wel tot de geneeskunde? Valt het binnen het medische domein? Is het ‘des dokters’? Voor sommige artsen zal het antwoord op deze vragen waarschijnlijk ontkennend luiden. Anderen zullen er echter minder moeite mee hebben wensgeneeskundige ingrepen als deel van het medisch handelen te zien. In mijn optiek staat het artsen vrij hier zelf te bepalen wat ze nog tot hun werkterrein willen rekenen en wat niet meer. Uit onderzoek van gezondheidswetenschapper en ethicus Jolanda Dwarswaard blijkt dat de beroepsethiek van artsen op dit vlak de afgelopen decennia veranderd is. De interpretatie van het principe van niet-schaden lijkt te zijn verschoven. Vroeger betekende dit vooral: geen onderzoek of behandelingen uitvoeren tenzij dat werkelijk noodzakelijk is. Tegenwoordig wordt het meer geïnterpreteerd als: je mag de patiënt onderzoeken en behandelen zoals hij dat wil, zolang dat niet duidelijk schaadt. Artsen blijken

tegenwoordig ook vaker diagnostiek en behandelingen uit te voeren die ze vroeger overbodig vonden.¹² Uit ons eigen onderzoek bleek dat zowel artsen als leken vrij weinig problemen hadden met wensgeneeskundige ingrepen zolang die weinig risico's met zich meebrachten. Zolang mensen zelf betaalden en de risico's klein waren, vond men dat artsen best op de wensen van patiënten/cliënten in mochten gaan. Wel vond men dat het een verantwoordelijkheid van de arts was om bij grotere risico's de gevraagde (be)handeling te weigeren.¹³

AUTONOMIE ALS AUTHENTICITEIT

Een andere interpretatie van het begrip autonomie is die waarin autonomie staat voor het vermogen van mensen om hun eigen leven vorm en betekenis te geven en hun leven daarmee echt tot hun eigen unieke leven te maken.¹⁴ De achterliggende gedachte hier is dat het vermogen om eigen keuzes te maken die gebaseerd zijn op eigen doelen en waarden en die een eigen levensvisie uitdrukken, een typisch menselijk vermogen is dat respect verdient. Het gaat dan ook om respect voor onze rationele vermogens, onze vermogens tot zelfsturing, en onze individuele identiteit en authenticiteit. Door onze keuzes geven wij (mede) vorm aan wie we willen zijn, aan onze eigen identiteit. Door onze eigen prioriteiten te stellen en onze eigen meningen, overtuigingen en voorkeuren te vormen geven wij ons leven authenticiteit.

Autonomie in deze betekenis is tot op zekere hoogte een ideaal: niet iedereen zal het in gelijke mate in praktijk weten te brengen. Het is ook iets waarbij vaak anderen een belangrijke rol spelen; autonomie in deze zin is meer iets wat je moet ontwikkelen en onderhouden dan iets wat je 'bezit'. Dit is een proces dat mensen ook veelal niet 'in hun eentje' doen, maar waarbij juist relaties met anderen van belang zijn (zogenaamde relationele autonomie). Het ondersteunen, herstellen of opbouwen van autonomie in

deze betekenis kan een doel van (gezondheids)zorg zijn, bijvoorbeeld in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking of in de verslavingszorg of psychiatrie. Deze interpretatie van het begrip autonomie gaat dus uit van autonomie als het vermogen tot zelfvormgeving en zelfsturing. Het gaat dan, in termen van de filosoof Isaiah Berlin, om 'positieve vrijheid' (vrijheid tot): het vermogen zelf richting te geven, keuzes te maken en volgens eigen doelen en waarden te leven.

Vanuit dit perspectief zou het goed beargumenteerd kunnen worden dat de zelfvormgeving van mensen zich kan uitstrekken tot het vormgeven van hun eigen lichaam. Juist vanuit respect voor de eigen visie van mensen op hun leven – hun levensplannen, hun waarden en normen, hun unieke identiteit – kan beargumenteerd worden dat er een *a priori* reden is om mensen waar mogelijk te helpen bij hun zelfverwerkelijking en zelfontplooiing. Als mensen authentieke wensen hebben ten aanzien van hun leven en lichaam, wensen die passen in hun visie op een goed leven en die naar hun mening zullen bijdragen aan hun welzijn, dan is er een goede grond om hen te helpen die wensen te verwerkelijken. Zoals boven beargumenteerd is het echter voor een arts nooit een voldoende grond voor medisch handelen.

Een vraag die zich hierbij wel opdringt, is in hoeverre wensen van patiënten/cliënten voor wensgeneeskundige ingrepen ook echt authentieke wensen zijn, die voortkomen uit de eigen unieke visie van de persoon op zijn leven en zijn identiteit. Wanneer is een wens de expressie van de eigen authentieke visie van de patiënt/cliënt, en wanneer is een wens wellicht slechts ingegeven door sociale druk, tot een wens tot conformeren, of '*keeping up with the Joneses*'?

Deze vraag is in de context van wensgeneeskunde vooral uitgebreid bediscussieerd ten aanzien van cosmetische chirurgie, maar ook in verband met het gebruik van psychofarmaca om de persoonlijkheid te verbeteren. Bij cosmetische ingrepen zoals borstvergroting, labiacorrectie of

liposuctie is wel gesteld dat dit uitvloeisels van een (seksistisch) schoonheidsideaal zouden zijn. Vrouwen zouden zich laten beïnvloeden door de vele beelden van ‘perfecte’ vrouwenlichamen op televisie, in bladen en andere media. Niet alleen zou hun beeld van wat een normaal vrouwenlichaam is daardoor verstoord raken, maar zij zouden ook een ideaalbeeld opgedrongen krijgen. Volgens sommigen zouden vrouwen daardoor wel *denken* dat ze zelf een eigen en authentieke keuze maken ten aanzien van cosmetische ingrepen, maar in feite door en door beïnvloed zijn door maatschappelijke schoonheidsnormen en sociale druk om daaraan te voldoen.

Volgens de Nederlandse filosoof Henri Wijsbek wordt die conclusie echter veel te snel getrokken. Hij stelt terecht dat een vrije en authentieke keuze niet veronderstelt dat die keuze volledig onbeïnvloed tot stand is gekomen. Vrouwen kiezen er volgens hem niet massaal voor om te voldoen aan een vastgestelde schoonheidsstandaard; uit onderzoek blijkt eerder dat vrouwen cosmetische ingrepen kiezen om er ‘gewoon normaal’ uit te zien.¹⁵ Zelfs al zouden sommige vrouwen zich aan maatschappelijke schoonheidsidealën willen aanpassen, dan nog is dat niet per se inauthentiek. Allerlei sociale normen en standaarden oefenen invloed op ons uit, en niemand gaat in volledige autarkie door het leven – onze wensen en verlangens worden altijd beïnvloed door anderen, door de sociale omgeving, door maatschappelijke verwachtingen. Sociale invloed en authenticiteit zijn geen categorieën die elkaar uitsluiten. Veeleer gaat het erom hoeveel ruimte we hebben om te kiezen uit verschillende standaarden, normen of ideaalbeelden, hoeveel reële keuzemogelijkheden er voor ons openstaan en hoeveel druk er op ons wordt uitgeoefend om bepaalde keuzes te maken.

Autonomie, opgevat als authenticiteit, betekent dat iemand zich in zijn keuzes laat leiden door ‘considerations, desires, conditions, and characteristics that are not simply imposed externally on one, but are part of what can

somehow be considered one's authentic self'.¹⁶ Diverse filosofen hebben deze kerngedachte op vergelijkbare wijze uitgewerkt. De theorie van Gerald Dworkin legt de nadruk op het vermogen om te reflecteren op de eigen 'motivationale structuur' en daarin veranderingen aan te brengen.¹⁷ Hij ziet autonomie (als authenticiteit) als een tweede-orde vermogen, namelijk het vermogen om kritisch naar zichzelf te kijken, kritisch te kijken naar de eigen verlangens en wensen en deze te bezien in het licht van de eigen waarden, normen en levensdoelen. John Christman en anderen hebben dit model verder ontwikkeld en eraan toegevoegd dat men bij deze introspectie ook zou moeten kijken naar de manier waarop men die normen, waarden, doelen en idealen heeft verworven. Heb die met de paplepel ingegoten gekregen en er nooit zelf over nagedacht? Heb je ze kritiekloos overgenomen van anderen? Zijn je waarden, doelen en wensen beïnvloed door factoren waarvan je eigenlijk niet wil dat je erdoor beïnvloedt wordt – zoals bijvoorbeeld door gefotoshopte beelden van perfecte vrouwen, door negatieve opmerkingen uit je omgeving, door reclame, enzovoort. Volgens David DeGrazia gaat het er uiteindelijk om dat iemand kritisch reflecteert op de eigen waarden, doelen en wensen en hun ontstaansgeschiedenis en deze vervolgens als het ware 'omarmt', of er 'volmondig mee instemt'.¹⁸ Wanneer iemand zich na kritische reflectie werkelijk identificeert met de eigen motivaties en wensen, zijn deze authentiek te noemen.

Autonomie in deze betekenis is zoals gezegd deels een ideaal. Bij het beantwoorden van de vraag of bepaalde wensgeneeskundige wensen wel echt van iemand zelf zijn, kan dit model echter wel een praktische rol spelen. Vanuit deze visie kan in gesprek met een patiënt/cliënt worden nagegaan hoe zeker iemand van zijn/haar zaak is. Of iemand de ingreep écht wil, vanuit een eigen set aan waarden en levensdoelen die ook echt doordacht en doorleefd zijn, of dat het gaat om een bevestiging, een wens die meer uit conformisme dan uit eigenheid voortkomt, of een wens

die eigenlijk niet goed past bij de fundamentele waarden en doelen van de persoon. Terwijl een dergelijk diepgaand ‘motivatie-onderzoek’ binnen de gewone geneeskunde over het algemeen veel te ver zou voeren, kan het rond wensgeneeskunde wel geboden zijn wanneer een patiënt/cliënt om verregaande of risicovolle ingrepen verzoekt, waar geen andere reden voor is dan de wens van de patiënt/cliënt zelf. De eisen die de arts aan de autonomie stelt, alvorens zijn medewerking te verlenen, mogen dan hoger zijn dan wanneer er sprake is van een duidelijk medische indicatie. Het model van de arts-patiëntrelatie dat hier passend is, is het model dat door Emanuel en Emanuel het deliberatieve model is genoemd.¹⁹

CONCLUSIE

Met de opkomst van wensgeneeskunde, transformerende geneeskunde en *enhancement* doen zich nieuwe vragen voor naar de grenzen van de zelfbeschikking van patiënten of cliënten. Waar in de reguliere geneeskunde het voorstel voor het toepassen van een bepaalde ingreep of behandeling uitgaat van de arts, met de gezondheid van de patiënt als uiteindelijke doel, gaat het hier om een wens die uitgaat van de patiënt en die voornamelijk gericht is op welzijn of zelfontplooiing.

Ik heb betoogd dat net als in de reguliere geneeskunde het zelfbeschikkingsrecht van patiënten binnen de wensgeneeskunde geen claimrecht is. De wens van de patiënt/cliënt kan nooit een verplichting voor de arts genereren om aan de wens te voldoen. Artsen behouden hun professionele verantwoordelijkheid en moeten ook altijd een afweging maken tussen weldoen en niet-schaden. Professionele standaarden en de zorg van een goede hulpverlener zijn daarbij belangrijke juridische ankerpunten. De laatste jaren lijkt er wel een verschuiving waar te nemen, waarbij de wens van de patiënt meer gewicht in de schaal is gaan leggen ten opzichte van het niet-schaden beginsel. Maar

voor zowel patiënten als artsen ligt er – terecht, denk ik – een grens bij het uitvoeren van handelingen-op-verzoek wanneer die echt schadelijk of gevaarlijk zijn. Uiteraard speelt de wens van de patiënt wel een belangrijke rol. Naarmate die wens beter geïnformeerd, beter doordacht en authentieker is, zal de uitvoering ervan ook met grotere waarschijnlijkheid bijdragen aan het welzijn van de patiënt/cliënt. Aangezien het bij wensgeneeskunde niet zozeer gaat om gezondheid, maar zoals gezegd om welzijn en zelfverwerkelijking, is de patiënt wellicht beter dan de arts in staat om te beoordelen wat de voordelen van een gewenste ingreep zijn, en of die opwegen tegen de risico's en nadelen. Daarom is het extra van belang om met de patiënt na te gaan of diens wens werkelijk authentiek, geïnformeerd en vrijwillig is. Dat geldt eens te meer bij ingrepen die ongebruikelijk zijn of een tamelijk groot risico met zich meebrengen. De arts hoeft daar zoals gezegd niet aan mee te werken, maar áls hij dat doet moet hij ervan overtuigd zijn dat de wens authentiek is en de risico's proportioneel.

NOTEN

- 1 M. Schermer, *Van genezen naar verbeteren?* Oratie, Erasmus Universiteit Rotterdam 2012.
- 2 H.A.M.J. ten Have, R.H.J. ter Meulen, E. van Leeuwen, *Medische ethiek*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum 1998.
- 3 Ibidem, p. 156.
- 4 Schermer, *Van genezen naar verbeteren?*
- 5 J. Harris, *Enhancing Evolution. The ethical case for making better people*. Princeton NJ: Princeton University Press 2007.
- 6 A. Buchanan, *Beyond humanity? The ethics of biomedical enhancement*. Oxford: Oxford University Press 2011.
- 7 E. Juengst, What does enhancement mean? In: E. Parens (ed.), *Enhancing human traits*. Washington DC: Georgetown University Press 1998, pp. 29-47.

- 8 A.M. Buyx, Be careful what you wish for? Theoretical and ethical aspects of wish fulfilling medicine. In: *Medicine, Health Care and Philosophy* 2008;11:133e43.
- 9 E.C.A. Asscher, I. Bolt, M. Schermer, Wish-fulfilling medicine in practice: a qualitative study of physician arguments. In: *Journal of Medical Ethics* 2012-38(6), pp. 327-31.
- 10 Dit klinkt wellicht vreemd, maar met name in Zuid-Amerika is het onder rijkere vrouwen in zwang om niet via de natuurlijke weg te bevallen, maar via een keizersnede. Dit gebeurt vanwege angst voor pijn en complicaties (bijvoorbeeld ruptuur) bij vaginale bevalling en omdat een keizersnede gezien wordt als ‘makkelijker’ en ‘beter planbaar’ – dat laatste zeker ook voor de gynaecologen, die deze praktijk dan ook actief promoten.
- 11 De onderstaande passage is gebaseerd op M. Schermer, Dat beslis ik zelf wel! In: I. de Beaufort e.a., *De Kwestie, praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg* (2^e druk). Den Haag: Boom Lemma 2011, pp. 247-253.
- 12 J. Dwarswaard, *De dokter en de tijdgeest. Een halve eeuw veranderingen in de beroepsethiek van huisartsen en chirurgen*. Den Haag: Boom Lemma 2011.
- 13 E.C.A. Asscher, I. Bolt, M. Schermer, Wish-fulfilling medicine in practice: a qualitative study of physician arguments. In: *Journal of Medical Ethics*. 2012-38(6), pp. 327-331 en E.C.A. Asscher, M. Schermer, Wish-fulfilling medicine in practice: the opinions and arguments of lay people. In: *Journal of Medical Ethics* 2014-40, pp. 837-841.
- 14 De onderstaande passage is gebaseerd op Schermer, Dat beslis ik zelf wel.
- 15 H. Wijsbek, The pursuit of beauty. The enforcement of aesthetics or a freely adopted lifestyle. In: *Journal of Medical Ethics* 2000; 26:454-458.
- 16 J. Christman, J. Anderson (eds.), *Autonomy and the challenges to liberalism*. Cambridge: Cambridge University Press 2005, p. 3.

- 17 G. Dworkin, *The theory and practice of autonomy*. Cambridge: Cambridge University Press 1988.
- 18 D. DeGrazia, *Human identity and bioethics*. New York: Cambridge University Press 2005.
- 19 E.J. Emanuel, L.L. Emanuel, Four models of the physician patient relationship. In: *The Journal of the American Medical Association* 1992-267(16), pp. 2221-2226.