

'Ik wil als filosoof niet op de stoel van de arts gaan zitten'

Gesprek met Jenny Slatman

Jenny Slatman is opgeleid als fysiotherapeut, studeerde vervolgens filosofie en promoveerde in 2001 in Amsterdam op een studie naar de Franse filosoof Merleau-Ponty. Ze werkte als onderzoeker en docent aan verschillende universiteiten. Sinds 2017 is Slatman verbonden aan de Tilburgse faculteit Geesteswetenschappen, waar ze de eerste Nederlandse hoogleraar Medical Humanities is. TGE zocht Slatman op in haar Tilburgse werkkamer. Wat is dat eigenlijk, medical humanities? En wat is het verschil met medische ethiek?



Prof. dr. Jenny Slatman

Hoogleraar Medical Humanities
School of Humanities & Digital Sciences
Tilburg University
E-mail: J.Slatman@uvt.nl

Hoe ben je als filosoof in de gezondheidszorg terecht gekomen?

Een belangrijke impuls daarin was dat ik aan de Universiteit van Tilburg ging werken. Ik was net gepromoveerd in de filosofie en wilde daarin eigenlijk ook verder, maar in Tilburg ging ik hoorcolleges filosofie en ethiek geven voor grote aantallen studenten. Die hadden daar vaak geen zin in. Omdat het om psychologiestudenten ging bedacht ik dat we het over persoonlijke identiteit zouden moeten hebben. In die tijd vond ook een van de eerste gezichtstransplantaties plaats. Dat ben ik in die colleges gaan verweven en zo ben ik meer in de thema's van de gezondheidszorg terechtgekomen. Toen heb ik mijn boek *Vreemd lichaam* (2008) geschreven, en kreeg ik steeds meer interesse in klinische casuïstiek. Ik vond filosofie alleen niet meer genoeg en verdiepte me ook meer in de medische antropologie en sociologie. Ik ging naar de Universiteit van Maastricht en kreeg daar een VIDI-project gefinancierd via NWO. Dat ging over de ervaringen van vrouwen met een geschonden lichaam vanwege borstkanker (zie www.mindthebody.eu).

Je hebt eigenlijk heel weinig dichtbij de praktijk van de gezondheidszorg gewerkt? Maar veel meer als beschouwer van die praktijk?

Ja, al ben ik wel opgeleid als fysiotherapeut en heb ik tijdens mijn studie filosofie parttime als fysiotherapeut gewerkt. Ik vind het wel fijn dat ik die klinische ervaring hebt. Maar tijdens het VIDI-project in Maastricht ben ik pas weer echt met zorgverleners gaan praten, de periode daartussen niet.

Jouw leeropdracht is nu Medical humanities, klopt het dat je de eerste hoogleraar daarin bent?

Ja, ik zie mezelf meer als interdisciplinair geesteswetenschapper of menswetenschapper dan enkel filosoof. Medical Humanities is over het algemeen breder dan medische ethiek, en in Nederland gaat het ook om een institutioneel verschil: medische ethiek zit aan medische faculteiten en is praktisch gericht. Het draait vooral om de vraag 'Hoe doen we het goed?' Ik heb het idee dat medische ethiek voor dokters en studenten een soort houvast moet zijn. Anderen hebben weer het idee bij medische ethiek dat het voornamelijk gaat over abortus en euthanasie. Medical humanities is dat je vanuit de geesteswetenschappen reflecteert op de gezondheidszorg. Dat kan heel toegepast, en dus ethiek, zijn, maar over het algemeen gaat het om een veel bredere reflectie op de gezondheidszorg. Dan kan het bijvoorbeeld ook een soort literatuurwetenschap van de geneeskunde zijn, zoals bijvoorbeeld Arko Oderwald aan de VU doet (www.literatuurengeneeskunde.nl). Hier in Tilburg ben ik nu samen met een aantal collega's bezig om een nieuwe MA-track 'Health Humanities' te integreren in de Master Cultuurwetenschappen. Dit nieuwe programma zal gezondheid, ziekte en gezondheidszorg eerst en vooral als culturele praktijken beschouwen en analyseren, waarmee het een mooie aanvulling wordt op biomedische en gezondheidswetenschappen. Het programma zal geschikt zijn voor zowel mensen met een humanities achtergrond als mensen met een (bio) medische achtergrond.

Wat laat je de studenten dan doen in die track?

Doelstelling van dit programma is om mensen op te leiden als kritische beoordelaars van de gezondheidszorg. Als je deze track hebt gedaan ben je in staat te duiden wat er aan de hand is in de gezondheidszorg. Mensen met dit diploma op zak kunnen zich verder ontwikkelen als onderzoeker van de gezondheidszorg of als niet-klinische professional binnen de gezondheidszorg. Daar-

naast denk ik dat deze track ook verwelkomd zal worden door mensen met de nodige klinische ervaring. Ik wil dan ook proberen om een deel van het programma ook aan te bieden in het Continuing Professional Education programma van Tilburg University. Natuurlijk hoop ik ook dat reguliere geneeskundestudenten zich zullen aanmelden, maar de ervaring leert dat er in het huidige medische curriculum in Nederland heel weinig ruimte wordt gelaten voor een dergelijke verbreding. Deze studenten zijn heel erg bezig met het leren van hun vak. De behoefte aan meer verbreding en reflectie komt ook meestal later, wanneer ze een aantal jaren klinische ervaring hebben. Heel concreet ontwikkelen we de volgende vakken: een cursus die gaat over wat we als normaal en abnormaal beschouwen, een cursus over kennisproductie als een culturele praktijk, een cursus over gezondheid en online praktijken zoals webfora, twitter en e-health; een cursus over gender en diversiteit en een cursus over culturele representaties (zoals films en literatuur) van gezondheid en ziekte. Daarnaast besteden we ook aandacht aan vaardigheden als 'controversie-analyse', in samenwerking met een docent die expert is op het gebied van de digital humanities.

Mijn idee van medical humanities is dat het een bijdrage kan leveren aan de vorming van betere dokters. Hoe denk jij daarover?

Toen ik medische studenten onderwijs gaf, had ik altijd het idee dat als ik zei dat ik zelf klinische ervaring had, dat dat het meest belangrijke was. Dat deze studenten dan nog wel iets van me wilden aannemen. En het moet ook niet zo zijn dat ik de dokters ga vertellen hoe het moet. Voor buitenstaanders is het altijd makkelijk om te zeggen wat er allemaal fout gaat in de zorg, maar een buitenstaander ervaart de complexiteit van het zorg verlenen niet aan den lijve. Daarom vind ik dan ook dat de impuls om zorg te verbeteren vanuit de medische professies zelf moet komen. In die zin doe ik niet zo gauw normatieve uitspraken. In mijn eigen onderzoek focus ik wel erg op taal en hoe begrip van taal bij kan dragen aan de analyse van gezondheidszorgpraktijken, maar zo'n bijdrage lukt alleen als ik nauw samenwerk met artsen. Ik wil niet op de stoel van een arts gaan zitten

Wat zijn op dit moment je onderzoeksthema's?

Ik ben vooral bezig met lichamelijkeheid en heb vorig jaar een VICI-subsidie verworven. In dit nieuwe project werk ik met 3 promovendi en 3 postdoc onderzoekers aan thema's als SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten), obesitas en depressie. De promovendi doen onder andere empirisch onderzoek en de postdocs werken meer vanuit een theoretische invalshoek. De rode draad is dat bij al die drie gezondheidsproblemen het stug vasthouden aan het lichaam-geest dualisme vaak voor problemen zorgt. We zoeken naar

een breder begrip van die lichamelijkeheid. De theorie is dat je vaak van een lichaam-geest dualiteit uitgaat, maar dat er in de praktijk heel veel andere dingen gebeuren waardoor het lichaam als het ware anders geïdentificeerd wordt. Ik ben ook betrokken bij onderzoek vanuit het Helen Dowling Instituut (www.hdi.nl) naar chronische vermoeidheid na kanker. Dat is een combinatie van netwerkanalyse en kwalitatief onderzoek. Dat vind ik erg leuk en ik leer er erg veel van, omdat we samenwerken met andere disciplines zoals methodologen en statistici.

Ik werd in je oratie getroffen door dat Merleau-Ponty-achtige denken, waarin je duidelijk maakt dat het lichaam als subject je toegang tot de wereld biedt en als je vast zit in het dualisme dan ontgaat je dat hele perspectief.

Ja, zeker. Dat is het startpunt. Maar onlangs leverde ik kritiek op een fenomenologische analyse van SOLK. Men zei dat bij SOLK het lichaam als subject is aangedaan, maar de patiënt richt zich teveel op het lichaam als object. Vanuit dat perspectief zou de patiënt afstand moeten doen, luidde de analyse. Maar dan krijg je een nieuw dualisme. Ik ga er wel in mee dat het subjectieve lichaam de opening naar de wereld is, maar het blijft toch ook een hoopje materie. Filosofisch gaat het me om wat ik noem het fenomenologisch materialisme. Ik ga daarbij uit van drie verschillende manieren van denken. Allereerst van de fenomenologie die de wereldontsluiting en de ervaring benadrukt. Daarnaast is er het sociaal constructivisme, dat laat zien dat je lichaam altijd in machtsverhoudingen betekenis krijgt, kijk bijvoorbeeld naar gender. Tot slot het materialisme, de stoffelijke en materiële kant van ons leven. Ik wil ze als het ware met elkaar verbinden en ik doe dat door lichaam en geest altijd samen te denken, als schakeringen van hetzelfde.

In je oratie stel je dat het bepalen van ziekte ergens ook een politieke aangelegenheid is. Wat bedoel je daar precies mee?

In mijn oratie stel ik dat we vaak denken dat ziekte en gezondheid een biologisch gegeven is. Als er iets mis is, dan hebben we al een norm gesteld. Ik heb geprobeerd om de verschillende manieren waarop die normen tot stand komen duidelijk te maken. Politiek speelt daarbij ook een belangrijke rol. Dit is bijvoorbeeld goed te zien als je kijkt naar het diametrale verschil in erkenning van kanker en een ziekte zoals ME. Bij het vorige advies van de gezondheidsraad weigerde de minister om ME als ziekte te erkennen. Het is te hopen dat het nieuwe advies van de GR (maart 2018) wel tot meer erkenning zal leiden. Dan wordt het ook makkelijker om mensen met deze vaak ernstige aandoening vrij te stellen van hun maatschappelijke plichten. Hoe anders is dat met kanker. Dat is uiteraard een hele andere aandoening. Maar het feit dat kankerpatiënten tegenwoordig op enorm veel zorg en begrip kunnen rekenen, en dat er miljoenen uitgetrokken worden voor onderzoek, moet

ook in het licht gezien worden van de politieke keuze om kanker als volksvijand uit te roepen. Dit gaat terug op Nixons ondertekening van de Cancer Act in 1971, waarmee de 'war on cancer' was geboren. Een dergelijke politieke steun is er niet voor ME.

Er is tegenwoordig veel aandacht voor het begrip positieve gezondheid, bedacht door Machteld Huber. Gezondheid is dan de mate waarin je in staat bent om je aan te passen aan nieuwe omstandigheden. Wat vind je daarvan?

Ik weet niet zo goed wat ik daarmee moet. Ik vind wel de definitie van de WHO hopeloos. Huber benoemt natuurlijk nogal algemene termen: wat noem ik ziekte en wat gezondheid. Ik vind het interessanter om dat meer op microniveau te bekijken, van geval tot geval. Ik vind zelf geschiedenis heel interessant. Ik ben nu aan het lezen over neurasthenie en de opkomst van de moderne, industriële samenleving. Dat wordt gezien als iets somatisch en neurologisch en het wordt beschouwd als iets dat verdwijnt. Dan komt vanuit de fysiologie het idee van stress op en wordt die neurasthenie geleidelijk aan gezien als iets psychisch. En op het moment dat iets somatisch als psychisch geduid wordt, dan zijn er opeens veel meer vrouwen die daarmee gediagnosticeerd worden. Dat soort wonderlijke processen vind ik heel interessant, omdat het zo duidelijk maakt dat ziekte en gezondheid altijd gestalte krijgt binnen een bepaalde sociale-culturele context. Begrippen als adaptatie en veerkracht passen heel goed in onze hedendaagse cultuur. Het spreken van gezondheid in termen van 'positieve gezondheid' zie ik dan ook allereerst als een culturele uiting van onze tijd, en minder als een allesomvattende definitie.

Je bent nu voorzitter van de Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde (VFG). Wat is het belang van zo'n vereniging in Nederland?

Onze hoofdtaak is het organiseren van het jaarcongres. We proberen een knooppunt te zijn waar dingen binnenkomen en uitgaan. Ik denk wel dat je de lat niet te hoog moet leggen. Eén keer per jaar het congres is iets

om heel tevreden over te zijn. En er komen toch elke keer wel zo'n honderd mensen op af, waaronder heel veel zorgverleners. Je ziet dus dat er zeker een markt is voor een filosofische reflectie op de gezondheidszorg. En dat is wat de Vereniging voor Filosofie en Geneeskunde doet. We komen met het bestuur zo'n vijf keer per jaar samen. In dat bestuur zitten twee mensen uit de kliniek. Het is een divers gezelschap en dat is interessant.

We werken ook samen, want de leden van de VFG krijgen het TGE. Hoe zie jij de toekomst van die samenwerking? Nu is het in de vorm van een collectief abonnement en elk jaar een themanummer van het congres.

Ik vind dat een prima formule en ik vind het erg fijn om het TGE te kunnen lezen. Er staan goede stukken in.

Heb je nog adviezen voor het tijdschrift en de redactie?

Mensen actief benaderen voor artikelen is heel goed, zoals je ook met mij en Marjolein de Boer hebt gedaan (De Boer & Slatman, 2018). Het zou interessant kunnen zijn om wat meer aandacht te besteden aan Science & Technology Studies (STS). Tegenwoordig ligt de nadruk op Engelstalige publicaties, maar je kunt de basis van zo'n artikel vrij makkelijk omzetten naar een Nederlands artikel voor TGE, ook omdat in TGE de artikelen toch wat korter zijn dan in Engelstalige journals. Ik had zelf de empirische analyse die ik had gemaakt van mijn interviews met vrouwen met borstkanker gebruikt. Dat was een vrij lang artikel geworden in het Engels en dat heb ik ook in een kleinere vorm aan een Nederlands tijdschrift aangeboden. En dat is leuk want op die manier bereik je een heel ander, Nederlands publiek.

Literatuur

De Boer M, Slatman J. Voorbij het vertoog. Het existentiële belang van pluriforme borstkankerverhalen. Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek 2018; 28(2): 38-44.

Slatman J. Vreemd lichaam. Over medisch ingrijpen en persoonlijke identiteit. Amsterdam: Ambo, 2008.