

Wat willen wij over onze gezondheid weten?

Prof. dr. Theo A. Boer



Dames en heren,

Over veel ethische thema's is er bij orthodoxe christenen een zekere eenstemmigheid. Denk aan de traditionele pro-life vragen. Maar er zijn thema's waar die eenheid minder vanzelfsprekend is, bijvoorbeeld overbehandelen of vaccinaties. Ook voorspellende geneeskunde hoort tot die categorie. Wat móét je ermee: wat wangslijm opsturen en dankzij een methode die we 'Genome Sequencing' noemen krijg je een analyse terug van de kansen dat je bepaalde ziekten hebt, of zult kunnen gaan ontwikkelen. Of denk aan de total body scan: een ochtendje in Duitsland met koffie, een Nederlandse gastvrouw, een serie onderzoeken, een lunch en aan het eind een adviserend gesprek met een arts. Denk ook aan het stijgend aantal bevolkingsonderzoeken: borstkanker, baarmoederhalskanker, prostaatkanker, darmkanker, de NIP-test. Voorspellende geneeskunde is absoluut *hot*, momenteel. Verwarrend? Jazeker. Want aan de ene kant kun je zeggen: 'We moeten de door God gegeven mogelijkheden om ziekten te voorspellen en te voorkomen met beide handen aangrijpen!' Aan de andere kant zijn er ook christenen die zeggen: 'God kent ons, hij zal zorgen, maak je niet druk'. Sommigen zien het gebruik maken van tests, total body scans en screening zelfs als een signaal dat we aan Gods voorzienigheid, zijn *providentia*, twijfelen. Overigens zijn het bepaald niet alleen christenen die voorspellend onderzoek afwijzen. Ik kom overal mensen tegen die zeggen: 'Ik laat me niet gek maken. Ik zie het te zijner tijd wel'.

Welnu, ik denk dat de deugd in het midden ligt. Je kunt niet volhouden dat er geen enkele plicht zou zijn om vooruit te zien en op basis van risicoschattingen keuzen te maken. Dan lijkt je op de chauffeur die bij elke verkeerskruising zijn ogen dicht deed en zei: 'Heer, help me!' Maar moeten we dan *alles* in eigen hand nemen? Nee; want wanneer we alle risico's willen inschatten, alles willen weten wat ons boven het hoofd hangt en alles willen doen om risico's te verminderen, hebben we daar niet alleen een dagtaak aan maar de kans is ook nog eens groot dat je een vreugdeloos en berekenend mens wordt. We zullen met de mogelijkheden van voorspellend onderzoek met beleid moeten omgaan. En om die reden zijn het Lindeboom Instituut en de Nederlandse Patiënten Vereniging de afgelopen maanden bezig met een project over voorspellende geneeskunde. Martijn van Rijswijk, ethicus en bijna afgestudeerd geneeskundige, en ik hebben ons gebogen over de vraag: wat is voorspellende geneeskunde, waar komt het uit voort, voor welke keuzen stelt die ons, en hoe hakken we de knopen door? In juni 2015 zal hierover een achtergrondstudie verschijnen. Die zal veel breder zijn dan wat ik in deze lezing bespreek. We behandelen er vragen als: wat betekent voorspellen, hoe kun je voorspellen? Vragen als: wat is geneeskunde? Wat zijn de belangen van verzekeraars, en wat is de relatie tussen voorspellende geneeskunde en marktwerking in de zorg?

Om te beginnen: wat is nu precies voorspellende geneeskunde? Het is geen specialisme zoals oncologie of de neurologie dat wel zijn. In principe alle dokters doen aan voorspellende geneeskunde. Deden ze dat niet altijd al dan? Zeker, maar voorheen was dat altijd op basis van klachten. Die leidden tot onderzoek, onderzoek tot een diagnose en een diagnose tot een eventueel behandelplan. Bij voorspellende geneeskunde zijn er nog geen klachten; de aandoeningen waar we naar zoeken zullen zich normaal gesproken pas in een verre toekomst voordoen. Overigens, constateer je bij voorspellend

onderzoek daadwerkelijk een ziekte (dus niet de kans erop), dan wordt voorspellende geneeskunde ineens *vroegdiagnostiek*. Alle andere vormen van voorspellend onderzoek, dus onderzoek dat geen ziekte constateert maar wel een *kans* erop, zijn geen diagnostiek maar wel voorspellende geneeskunde.

Zoals gezegd moeten we ons vanavond beperken. Ik wil ten eerste de vraag stellen wat onze behandelaars zouden moeten doen met voorspellende gegevens die onverwacht naar voren komen. Daarna zeg ik iets over de spanningsverhouding tussen weten en niet weten en tenslotte suggereer ik u vier parameters, vier indicatoren, die ons kunnen helpen in ons besluit om al dan niet aan voorspellend onderzoek deel te nemen. Ik begin met twee voorbeelden uit de praktijk en die gaan over onze behandelaars. Stel, een tandarts maakt kennis met een nieuwe patiënte. Zij heeft een goed gebit maar heeft te weinig tanden – dat heet hypodontie, reden waarom zij hem vraagt om kronen te willen plaatsen op implantaten. Nu weet die tandarts uit de literatuur dat bepaalde patiënten met hypodontie een sterk verhoogde kans op baarmoederhalskanker hebben. Wat betekent dat nu voor die tandarts in relatie tot deze patiënte? Moet hij erover gaan hinten? Als tandarts is hij één van de weinige poorten waarlangs deze erfelijke belasting ontdekt kan worden. De kans is klein dat de vrouw bijvoorbeeld bij haar *huisarts* over hypodontie zal beginnen. Moet de tandarts haar dus een test aanraden? Moet hij de huisarts een briefje schrijven? Kleine kans, maar hij zou het leven van deze vrouw kunnen redden. Maar het kan ook zijn dat de vrouw na het bezoek aan de tandarts helemaal van de kaart is en de kans is ook nog eens groot dat het loos alarm is.

Een ander voorbeeld. Een oogarts krijgt een jonge vrouw van 20 op zijn spreekuur. Haar zicht bij beide ogen is ineens sterk beperkt. De arts stelt een ontsteking aan de oogzenuw vast. Met een prednisonkuur, maar vaak eigenlijk uit zichzelf, zal de ontsteking normaal gesproken binnen twee weken verdwijnen. Wat de jonge vrouw niet weet maar de arts wel, is dat een ontstoken oogzenuw op deze leeftijd in 50% van de gevallen een voorbode is van MS. Het is zeker niet zeker dat zij ziek zal worden: er is een kans van een op twee dat ze geen MS heeft. De ziekte ontwikkelt zich bovendien dusdanig onvoorspelbaar dat over vijftien jaar de ene patiënt in een rolstoel zit terwijl de andere nog marathons loopt. Er zijn hier dus tenminste vier onzekerheden. Eén: misschien heeft de vrouw MS, misschien niet. Twee: misschien zal de ziekte zich snel ontwikkelen, misschien duurt het nog jaren. Drie: als iemand de keus zou hebben, wil de ene patiënt iets wel en de andere wil het niet weten. En vier: nog los van wat iemand wenst, je weet niet zeker of die kennis haar wel goed doet. Het kan zijn dat iemand het meest gaat lijden niet onder de ziekte (want die is er nog niet), maar onder het vooruitzicht dat ze deze misschien heeft. Die vreselijke onzekerheid – vergelijkbaar met examenspanning of erger – draag je dan weken met je mee totdat de echte diagnose is geweest en als er dan alsnog goed nieuws is, heeft iemand onnodig een miserabele tijd beleefd, dankzij de voorspellende geneeskunde – dankuwel –, nog los van de kosten van die diagnostiek.

En wat als de test positief is, dat wil zeggen: er wordt MS vastgesteld? Moet de vrouw dan wél blij zijn met die kennis? De één zal lang van tevoren willen weten welke ziekte hem boven het hoofd hangt en hij zal zijn leven erop inrichten. Hij zal de beklimming van de Matterhorn vijf jaar naar voren halen, gaat een wereldreis maken, gaat proberen vroeg kinderen te krijgen, leeft het leven ten volle. Een koelbloedige planner zal zich misschien al op voorhand een woning zoeken die te zijner tijd rolstoeltoegankelijk is te maken en die niet te ver ligt van belangrijke voorzieningen. Maar een ander zal vanaf het moment van een positieve test overdonderd raken door het lijden dat hij vreest. Hij gaat geen uitdagingen meer aan want 'het heeft toch allemaal geen zin'. De stress zorgt voor slechte nachten en dito studieresultaten, verminderde conditie en dito hygiëne. Misschien dat hij wel geneens meer op

vrijersvoetjes durft te gaan.

Moet de oogarts nu wel of niet iets zeggen? Moet-ie een slapende hond wakker maken? Stel dat uw tandarts tijdens het harden van uw vulling naar uw onderbenen kijkt en zegt: 'Zijn dat nou beginnende spataderen?' Of dat uw kaakchirurg zegt: 'Wat bent u somber en apathisch. Weet u zeker dat u geen depressie hebt?' Wie van u zou het waarderen als een caissière opmerkt dat u er slecht uitziet, de mevrouw bij de groente zich hardop afvraagt of u de zonnebank niet te vaak bezoekt, en uw financieel adviseur u bij het afscheid nemen wijst op de mogelijkheid van steunkousen? Wij gaan er ongezegd van uit dat mensen in bepaalde rollen bepaalde dingen wel doen en andere niet, zelfs al zouden die dingen ons baten.

Welke keuze zou u maken?

Ik heb u een paar vuistregels beloofd, vier om precies te zijn, maar voor dit moment zou ik u bij wijze van peiling een keuze willen voorleggen. Ik wil u vragen om u ten eerste te willen verplaatsen in de *patiënt* met die oogzenuwontsteking. Als u – u, zoals u bent met uw karakter, burgerlijke staat, beroep, medische geschiedenis, levensbeschouwing – als u nou die patiënt of patiënte bent en de oogarts heeft een vermoeden (maar dat weet u dan niet) dat er een flinke kans is dat u op termijn een nare ziekte ontwikkelt, zou u dan hopen dat-ie zou gaan hinten of zelfs man een paard zou noemen: 'Meneer, mevrouw, fijn dat uw zicht weer is hersteld, maar ik wil toch graag iets ernstigers uitsluiten'? Nu komt mijn vraag aan u onverwacht en dat is ook de bedoeling, want zo heeft u er nog niet over na kunnen denken. (Wees zuinig op je eerste indrukken!) Een enkeling zal zich overigens afvragen of niet hijzelf of iemand in zijn naaste omgeving een geval van een ontstoken oogzenuw heeft gehad. Zo iemand zal misschien ook met een ander oog naar deze casus kijken. Ik geef u drie mogelijkheden:

- 1 U zegt: ik zou het niet willen weten. Bijvoorbeeld omdat u vindt dat de leeftijd van 20 jaar veel te jong is om je onschuld kwijt te raken, of omdat u voortaan veel nerveuzer door het leven zult gaan, omdat iemand die weet dat-ie MS heeft, problemen krijgt bij het afsluiten van hypotheeken en levensverzekeringen, of omdat u vertrouwt dat God voor ons zal zorgen en te zijner tijd kracht naar kruis zal geven. *After all*, aan MS is niets te doen, zeg ik er bij. Eén dus: laat hij mij niets vertellen. (Dit is de groep **onwetenden**)
- 2 U zegt: ik zou het juist wel willen weten. 'Als ik MS zal gaan ontwikkelen, moet ik dat maar onder ogen zien en ik kan er me op voorbereiden. En dat ik dan geen hypotheek meer kan krijgen en ik misschien geen huwelijkspartner vind, dat zij dan maar zo. Ik ben meer zo dat ik dingen wil weten. En ik ben van het type dat de uitvoering van zijn *bucket list* naar voren gaat halen. En als ik het niet heb, gaat de vlag uit'. Twee dus: vertellen. (Dit is de groep **wetenden**)
- 3 U zegt: ik antwoord daar niet op of ik weet het nog niet. Ik verkies het om vanavond geen positie te kiezen bij iets waar ik nog zo weinig over heb kunnen nadenken. (Dit zijn de **twijfelaars**).

Stel, het resultaat van deze peiling is dat 40% van u zegt: niet vertellen (**onwetenden**), 45% zegt: wel vertellen (**wetenden**) en 15% weet het nog niet.

Welnu, dit is wat *u* wilt. Maar u bent niet alleen, u hebt een arts. En die arts heeft een patiëntenbestand dat minstens zo divers is als wij hier. Wat moet die oogarts nu? Hij kent echt niet iedereen zo goed dat hij weet: "Nel Jansen – die wil het natúúrlijk weten, maar Hassan Özdemir – die niet". Hij zal één lijn moeten trekken. Welnu, als de 'onwetenden' hun zin krijgen, zullen de 'wetenden' nooit te horen krijgen wat ze eigenlijk wel hadden willen weten. Als het omgekeerd is en de 'wetenden'

hun zin krijgen, krijgen de ‘onwetenden’ tegen hun zin slecht nieuws in de maag gesplitst. Als een dokter een *algemene* lijn kiest, zijn er altijd patiënten die zich niet helemaal heus bejegend voelen. Ik denk dat het zinnig is om je dat te realiseren – naar je arts toe ook. Je kunt uiteraard hopen dat hij de vraag ‘vertellen of niet’ mede beantwoordt op basis van zijn kennis van jou en van je normen en waarden. Maar menige dokter kent u en mij niet goed genoeg om zo’n maatoplossing te kunnen geven. Daar komt bij dat er een beweging is in de richting van ‘bij twijfel wel vertellen’ of ‘voor de zekerheid toch maar hinten’. Iedereen verwacht van zorgprofessionals dat zij nog meer dan nu werken aan kennisvermeerdering, risicoanalyse, preventie en patiënteninformatie. Kennis is macht, maar meer dan vroeger maakt macht tegenwoordig ook kwetsbaar en is zij verdacht: wie kennis en kunde bezit, wordt volgens hoge maatstaven, soms onmenselijk hoge, afgerekend. Je zult het als oogarts maar meemaken dat je patiënt tien jaar later naar je toekomt en zegt: ‘U *had* kunnen weten dat ik misschien MS had. Daardoor heb ik nu tien jaar van mijn leven rustig aan gedaan, terwijl ik in die tijd een gezin had kunnen stichten en een studie afmaken’. Het is misschien raar om je als patiëntenvereniging zorgen te maken over de dilemma’s van de arts, maar reken maar dat we hier in de komende jaren eens goed naar zullen moeten kijken.

In beginsel kan de oogarts dus drie opties kiezen:

- (1) *‘Nee, nooit.’* Hij doet geen suggestie tot verdere diagnostiek. Nooit. Destijds speelt hij de onschuld. Het is niet de taak van een oogarts om over MS te hinten, evenmin als het de taak is van een slager om wasmachines te verkopen. Mochten zich nieuwe neurologische symptomen voordoen, dan komt patiënte vanzelf wel bij een neuroloog.
- (2) *‘Ja, altijd’.* Altijd de mogelijkheid van diagnostiek aandragen. Als een dokter zoiets ernstigs als dit vermoedt, moet hij het vertellen. Patiënten zijn mondig genoeg om dit af te wijzen. Dat sommigen in paniek kunnen raken, heft de plicht om het wel te vertellen niet op.
- (3) *‘Soms wel, soms niet.’*
Dan zijn er natuurlijk de tussenoplossingen. Ik zie er drie.
 - (a) *‘Nee, tenzij’:* niet doen behalve in uitzonderingsgevallen. Geen verdere diagnostiek adviseren, tenzij een patiënt er op de een of andere wijze naar vist. Bijvoorbeeld: ‘Dokter, vertelt u nu eens, zo’n oogzenuwontsteking, die krijg je toch niet zomaar?’
 - (b) *‘Ja, mits’,* ofwel: wel vertellen maar onder bepaalde voorwaarden Diagnostiek adviseren als een arts reden heeft om aan te nemen dat iemand daar achteraf dankbaar voor zal zijn en die informatie ook redelijk aankan. Dat vereist enige kennis hoe zij in elkaar zit, en gezien het feit dat een oogarts zijn patiënten veel minder vaak ziet dan een huisarts, is het de vraag of die ooit voldoende kennis van de patiënt hebt.
 - (c) *‘Ja, tenzij’:* wel vertellen behalve in uitzonderingsgevallen. Aandringen op diagnostiek tenzij te vrezen valt dat iemand het absoluut niet aankan en bijvoorbeeld in volstreekte paniek raakt.

Achtergronden

Voorspellende geneeskunde is een lastige, want de vraag is of je er veel mee opschiet, of je er veel mee geneest, en of je het leed dat je ermee aanricht, wel te verdedigen is. Vanouds is de taak van de geneeskunde omschreven in termen van ‘genezen – soms’, ‘verlichten – vaak’, ‘troosten – altijd’. Dat

troosten had een religieuze, priesterlijke dimensie: ook als iemand was opgegeven kon de arts nog wijzen op goddelijke troost en op Gods nabijheid in het lijden. Drie taken dus: genezen, verlichten, troosten. Daar is als vierde taak inmiddels voorkomen, preventie, bijgekomen.

Het is interessant om de voorspellende geneeskunde naast deze doelen te leggen. Door nieuwe diagnostiek kunnen artsen *nóg* meer voorkomen, *nóg* meer genezen en *nóg* meer verlichten. Dat is een zegen. Maar ze kunnen er ook ellende mee veroorzaken. Kosten. Slapeloze nachten. En troosten? Wél als een ziekte kan worden uitgesloten. Maar voor iedere uitgesloten ziekte komen er tegenwoordig vermoedens van tien andere ziekten voor in de plaats. (Dingen die er al wel waren maar die we tot dat moment niet konden vinden.) En bij elke te behandelen aandoening komen er tien *niet* te behandelen aandoeningen bij. Laten we maar zeggen waar het op staat: troosten is niet de sterkste kant van de voorspellende geneeskunde. Door die enorme nadruk op gezondheid hebben we misschien wel extra veel troost nodig. Weliswaar wordt onze grip op het leven *objectief* gesproken groter maar in onze *beleving* is het omgekeerd: we zijn ons namelijk steeds meer bewust van wat ons kan gaan overkomen, we staan daarbij en kijken ernaar. Een vergelijking. Stel je voor dat je auto een onderhoudsbeurt heeft gehad. Ik rijd dan altijd weg met het gevoel dat mijn auto weer zo goed is als nieuw. Maar stel je eens voor dat de garagehouder u apart roept en zegt: 'Dat uw auto weer rijdt als een trein, neemt niet weg dat een auto van dit type, met dit kilometrage en deze leeftijd, een kans heeft van één op 200 dat hij in de komende twee jaar door de remmen gaat, een kans van één op twaalf dat het hele systeem bij een lange reis stilvalt (u denkt al gelijk aan uw laatste autopech op de Périferique), en een klein kansje, heel vervelend, dat de airbags spontaan ontploffen . . .' Welnu, na die voorlichting, hoe accuraat en goed bedoeld ook, rijdt u gewoon minder gelukkig naar huis terug. En nu kan een mens een andere auto kopen. Maar een nieuw leven, nee. Je zult het met het ouwe beestje moeten doen.

We staan hier dus voor een even vervelend als reëel dilemma. Sommige dingen *moet* je weten; je bent het jezelf en anderen verschuldigd. Het is niet handig om je kop in het zand te steken als er gevaar dreigt. Maar dat gaat niet eindeloos. Kinderen bijvoorbeeld moeten niet alleen leren om informatie op te nemen maar ook om informatie te *blokkeren*. Daar zijn zelfs medicijnen voor. Bergsporters leren dat wanneer ze op een smalle richel balanceren, ze bepaalde informatie absoluut niet kunnen gebruiken. Ze denken niet aan de gevaren maar vertrouwen op hun materiaal en hun skills, ze kijken niet naar beneden maar concentreren zich op de stappen en handgrepen in hun directe blikveld. Zo is het veelal ook in de geneeskunde. Als wij ons van nu af concentreren op wat er zou *kunnen* gebeuren, worden we vreugdeloos en nerveus. En dat wordt alleen maar erger. Er komen steeds meer tests bij. En je doet het nooit goed. Henny Huisman maakte in het afgelopen jaar reclame. Dankzij een Total Body Scan kwam hij een behandelbare niertumor op het spoor. Voel ik me dus schuldig dat ik niet ook naar Duitsland ga. Dat heet in de literatuur geanticiperde beslissingsspijt. Maar het komt ook regelmatig voor dat ik op internet op zoek ga naar mogelijke ziektes die ik zou kunnen hebben ('waarom ben ik toch altijd zo moe?', 'Waarom zie ik wazig?', etc.) en dat ik achteraf constateer dat ik me veel teveel zorgen maak. Wie kennis vermeerdert, vermeerdert smart. Deze uitspraak van Prediker (Pred. 1:8) geldt ook voor voorspellende geneeskunde. Maar behalve een verzuchting is de uitspraak van de Prediker misschien ook een geruststelling. 'Bedenk wel of je alles wilt weten', en 'het is OK om niet alles te willen weten'.

Ik zei al: de twee curves van 'weten' en 'iets kunnen doen' lopen uiteen. Temidden van het geweld van de autonomietaal ('Ik doe wat ik zelf wil', 'Het leven is mijn hoogsteigen project') zou je bijna vergeten dat we onszelf toch primair in het leven aantreffen alvorens we überhaupt autonome keuzen kunnen maken. Op het moment dat je je voor het eerst van jezelf bewust bent, zijn alle keuzes al

voor je gemaakt. Zelfs de tot grote hoogten van autonomie gerezen mens kan niets veranderen aan het feit dat zijn neus aan de voorkant zit en niet opzij. Je geslacht, je voornaam en achternaam, een vrije of een strenge opvoeding, huidskleur, capaciteiten, het huwelijk van je ouders, ja het leven zelf overkomt je: je hebt er niet om gevraagd. Als het leven al een project is, dan is het een project om iets kostbaars wat je in handen hebt gekregen, voor enige tijd te mogen beschermen. De mens treft zichzelf aan als de chauffeur van de allerhoogst geavanceerde BMW. Zo'n auto rijd je niet de sloot in, of zet hem tegen een boom, omdat-ie immers van jou is. Iedereen zou je voor gek verklaren. Maar je zet hem evenmin in de garage in een poging om zijn levensduur eindeloos te rekken. Iedereen spreekt altijd maar over autonomie; maar volgens de uitvinder van de moderne autonomie, de filosoof Kant, is autonomie niet dat je alles maar beslist. Nee, autonomie is het vermogen om je als een waardig mens te verhouden tot het feit dat je leeft, verplichtingen hebt maar ook beperkingen. Vanouds schipperen mensen tussen de Scylla van maakbaarheid, preventie en mannetjesputterij en de Charybdis van natuurlijkheid, naïviteit en onbevangingheid. Odysseus wist het al: het is bijna onmogelijk om daar tussendoor te varen, want wie het één omzeilt slaat lek op het ander.

Dat dilemma gaat ook de voorspellende geneeskunst niet voor ons oplossen, niet in de richting van de maakbaarheid en naar het van begin tot eind beheerste leven. De oplossing ligt in onszelf. Ik denk dat we met deze spanning op termijn wel zullen leren omgaan. Wie van u had veertig jaar geleden gedacht dat hij naar een avond als deze zou komen dankzij een computer waar je je digitaal op kunt aanmelden, en dankzij een Tomtom waarin een geduldige dame ons rustig door steeds drukker verkeer heen loodst? Onze generatie, u en ik, wij behoren tot een prachtig pilot-generatie van mensen die met een niet eerder vertoonde toename aan kennis mag zien klaar te komen. Laten we ook onze zegeningen maar tellen.

Alvorens te sluiten wil ik u tenslotte vier indicatoren aan de hand doen die ons helpen bij het bepalen of wij wel gebruik willen maken van voorspellend onderzoek:

- 1 De *ernst* van de aandoening. Naarmate het gaat om kans op een aandoening die ernstiger is, is er meer reden om je te laten testen. Dat je wintertenen kunt gaan krijgen, is minder ernstig dan dat je mogelijk een gen hebt waardoor je een enorm risico hebt op agressieve tumoren.
- 2 De *mate van zekerheid*, ofwel *de kansen* waarmee je kunt voorspellen. Naarmate de kans verder in de richting van de 50% en hoger zal gaan, des te meer reden is er om het te willen weten.
- 3 De *termijn* waarop het zich zal gaan voordoen. Iets krijgen als je jong bent, is in het algemeen erger dan wanneer je ouder bent. Van een ziekte op hoge leeftijd kijkt bij wijze van spreken niemand op.
- 4 De *mate waarin je er iets aan kunt doen*. Als je een ziekte kunt voorspellen waarbij er mogelijkheden zijn om die te voorkomen, is dat heel wat anders dan een ziekte die toch volledig zijn eigen gang gaat.

Als het klopt dat mens-zijn ook betekent: dingen uithanden geven, vertrouwen hebben, niet alles willen beheersen, genieten van wat er aan je gebeurt, dan kan het niet anders of er komt ook een corrigerende beweging op gang. Zoals er een recht is op informatie zal ook het recht om *niet* te weten een verankering in de wet krijgen en moeten krijgen. Culturen vertonen wel vaker pendelbewegingen. Inmiddels weten we dat een te vrije opvoeding kinderen schaadt, teveel transparantie op tv leidt tot voyeurisme en teveel consumptie de aarde beschadigt. Zo zal ook het schip van de kennishonger en de

maakbaarheid wel door de wal gekeerd worden. Veel waarschijnlijker dan een maatschappij van neurotische alwetters zal zich een nieuw evenwicht zal gaan aftekenen. En in dat evenwicht mogen christenen met kracht hun unieke selling points inbrengen. En ik heb de neiging om te zeggen: het unieke selling point in de huidige context is dat christenen ook een bepaald basisvertrouwen, een ontspannenheid in het debat inbrengen. God zal voorzien. Psalm 139, al onze dagen zijn in Gods boek opgeschreven, psalm 90 'Gij zijt ons een toevlucht van geslacht op geslacht', psalm 127 'Als de Here het huis niet bouwt, tevergeefs zwoegen de bouwlieden'. De geschiedenis heeft al laten zien dat dat christenen niet passief maakt. Daarvoor zijn Bijbelteksten over onze eigen verantwoordelijkheid te belangrijk. Maar het geloof dat God ons kent en draagt en dat onze dagen in zijn hand liggen, mag ons helpen om bij het nemen van beslissingen niet te bang te zijn voor fouten, en mag dienen als tegengif tegen de gedachte dat mensen met deze beslissingen moederziel alleen zijn.

Ik dank u voor uw aandacht.